



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Elève Directeur d'Hôpital
Promotion 2006

**LA PREVENTION DES RISQUES
PROFESSIONNELS A L'HÔPITAL :
pour une politique de promotion de la
santé au travail**

Vanessa VILLAFRANCA

Avertissement

Mémoire universitaire

L'individualisation des parcours de formation permet aux Elèves Directeurs d'Hôpital de préparer, durant leur formation, un diplôme de 3^{ème} cycle.

Le mémoire universitaire réalisé dans ce cadre est présenté devant le jury de l'Ecole Nationale de Santé Publique, accompagné d'une note mettant en perspective l'apport de l'étude réalisée pour l'exercice du métier de directeur d'hôpital.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du diplôme suivant :

Master professionnel de Gestion des Ressources Humaines dans le Secteur Public

À l'Université Panthéon Sorbonne de Paris I – Centre d'Education Permanente

Année : 2005 - 2006

LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS A L'HÔPITAL : Pour une politique de promotion de la santé au travail

NOTE EXPLICATIVE

En parallèle à mon cursus d'Elève directeur d'hôpital à l'ENSP, mon intérêt pour les questions de ressources humaines m'a conduit à suivre le Master de *Gestion des Ressources humaines dans le Secteur public* proposé par l'Université Panthéon Sorbonne de Paris 1.

La présente note a pour objet de préciser la spécificité du Master que j'ai suivi, cette spécificité ayant des conséquences notables tant sur la nature du mémoire que j'ai réalisé que sur le format de cette note (I). Elle vise également à rappeler brièvement en quoi la problématique traitée constitue une question importante pour l'exercice du métier de directeur d'hôpital (II).

I. Spécificités du Master suivi :

A. Public auquel s'adresse le Master :

Le Master de *Gestion des Ressources humaines dans le Secteur public* de Paris 1 ne s'adresse pas à des étudiants. En effet, cette formation diplômante a la spécificité de s'adresser aux cadres de la fonction publique de catégorie A en charge des questions de personnel ou se destinant à ce type de fonction. Les administrations d'origine sont diverses puisqu'il s'agit de fonctionnaires d'encadrement des administrations centrales et des services déconcentrés de l'Etat, ainsi que des collectivités territoriales, des établissements hospitaliers et des établissements publics. En tant que fonctionnaire hospitalier stagiaire, je pouvais donc prétendre bénéficier de cette formation.

B. Objectifs du Master :

Les objectifs de ce Master sont de plusieurs ordres :

- présenter les éléments d'une meilleure articulation entre les règles statutaires de la fonction publique et les exigences de la gestion des personnels,

- contribuer à la professionnalisation des gestionnaires des ressources humaines en approfondissant la connaissance des outils de GRH,
- Favoriser un meilleur dialogue social au sein des organisations publiques,
- Disposer d'éléments de comparaison internationale,
- Capitaliser et confronter les expériences de modernisation de la gestion du personnel dans un cadre public.

Ces finalités s'intègrent pleinement dans le cursus de l'ENSP en offrant un apport et une perspective complémentaires et enrichissants.

C. Spécificités du mémoire réalisé :

Les profils du public – des fonctionnaires en poste - ainsi que les objectifs affichés expliquent de facto la spécificité des exigences pédagogiques, notamment en matière de mémoire. Ainsi, dans la mesure où ce dernier est réalisé dans le cadre d'une formation universitaire, il conviendrait de le classer dans la 3^{me} catégorie. Toutefois, il ne correspond pas à la production d'une expertise mais se rapproche davantage dans ses modalités et sa réalisation du mémoire professionnel de type 1. Cette singularité par rapport aux formations universitaires « classiques » explique le format que prend cette note explicative.

Les attentes du Master et de l'ENSP sont effectivement très proches : l'analyse et la résolution d'une situation qui pose question, les enjeux posés par cette problématique au sein d'une administration. Mon lieu de stage, le Centre hospitalier de Longjumeau, a constitué mon terrain d'étude même si j'ai tenu à observer et étudier ce qui se passait dans d'autres établissements de santé de tailles différentes. Il convient également de rappeler ici l'importance dans les deux types de formation des préconisations et des pistes de réflexion concrètes afin que l'étude soit un véritable outil pratique d'aide à la décision.

La méthodologie à laquelle j'ai recouru est également celle utilisée pour un mémoire de type professionnel puisque j'ai eu à définir et à mettre en œuvre une méthode rigoureuse d'investigation. L'outil utilisé pour le recueil de l'information a essentiellement été le guide d'entretien semi-directif, celui-ci m'ayant permis de structurer ma démarche et ma réflexion. J'ai ainsi réalisé quatorze interviews dont deux ont été conduits par téléphone. La visite de trois établissements de dimension différente, outre mon lieu de stage, a permis une étude comparative sur les méthodologies utilisées et les atouts et écueils rencontrés.

II. Apport de l'étude pour l'exercice du métier de directeur d'hôpital :

A. La maîtrise des risques professionnels : un enjeu stratégique :

La prévention des risques professionnels est une matière transversale ; elle touche en effet tous les domaines (organisation, formation, achats, juridique, finances, communication...) et implique tous les acteurs hospitaliers, non seulement les victimes d'un accident ou d'une maladie.

Il s'agit d'une problématique essentielle pour l'exercice du métier de directeur. Tout d'abord celui-ci a la responsabilité, en tant qu'employeur, d'assurer la sécurité et de protéger la santé du personnel, conformément à la réglementation¹. Par ailleurs, dans une structure tel que l'hôpital, cette responsabilité revêt une dimension particulière : il paraîtrait paradoxal de prendre soin des patients tout en sous-estimant ou négligeant les risques auxquels les agents sont susceptibles d'être exposés. Ceci est d'autant plus essentiel que l'hôpital est un milieu présentant de très nombreux risques dont certains sont spécifiques, notamment dans le milieu de soins et médico-technique.

Les autres enjeux autour de la prévention des risques professionnels sont tout autant stratégiques ; le coût de la non prévention n'est pas négligeable et est à la fois direct et indirect. L'impact des risques professionnels sur l'absentéisme et ses conséquences au niveau de l'organisation des services et de la continuité des soins en est une bonne illustration.

B. Une prise en compte indispensable de cette problématique par le chef d'établissement et son équipe de direction :

Au-delà de l'obligation réglementaire, la prévention des risques professionnels peut devenir une véritable opportunité de progrès et de plus value pour la structure que le directeur et tous les acteurs doivent saisir. Ces améliorations se constatent sur des critères tant organisationnel (réduction de l'absentéisme et accroissement de la disponibilité des équipes, diminution des incidents engendrant des pertes de temps), qualitatif (préservation et amélioration de la qualité du service rendu au patient), que financier (baisse du coût des cotisations, baisse également des coûts indirects comme le turn-over). Au niveau de l'attractivité accrue de la structure, du maintien en activité des salariés vieillissants porteurs

¹ Article L 230-2 du Code du Travail

d'inaptitudes – point longuement analysé dans le mémoire - et enfin au niveau de la restauration d'un climat et de relations sociales favorables, les résultats sont tangibles.

Ces gains directs et indirects doivent donc inciter à faire de la promotion de la santé et de la sécurité au travail un axe stratégique important de l'établissement. Cette politique est l'expression d'une volonté de changement mais ne peut réussir sans l'engagement clair et durable de la direction.

Il convient ici de faire la distinction suivante : s'il est d'usage de parler du métier de « directeur d'hôpital » au sens générique du terme, celui-ci renvoie en réalité à une pluralité d'exercices que l'on peut séparer en deux :

- les chefferies d'établissement
- les directions fonctionnelles.

Si le chef d'établissement, en tant qu'employeur, a la responsabilité d'assurer la sécurité et la santé des personnels, les directeurs adjoints au sein de leur direction fonctionnelle sont également impliqués à part entière dans la conception et la mise en œuvre de la politique de prévention des risques professionnels mais aussi en terme de responsabilité (via la délégation de gestion du chef d'établissement) :

- la direction des ressources humaines est au cœur de la prévention. Elle assure la gestion quotidienne des déclarations d'accidents du travail et collabore avec le médecin du travail. C'est également dans cette direction qu'est élaboré le plan de formation.
- La direction des services économiques est chargée des choix et de l'acquisition des matériels.
- La direction des services techniques est responsable du contrôle régulier, du bon fonctionnement du matériel et des réparations qui s'imposent comme des remplacements préventifs de matériels usagés.
- La direction de la qualité et de la gestion des risques peut être amenée à concevoir l'élaboration et le suivi du document unique dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

C. Les conséquences sur le mode de management hospitalier :

Les évolutions démographiques, touchant les personnels ainsi que les usagers, mais aussi l'augmentation de la durée de vie professionnelle nécessitent de réfléchir aux conséquences possibles de ces changements dans la gestion des personnels. Parmi les grandes politiques à mener, celle qui consiste à assurer le maintien dans l'emploi des personnels âgés et/ou ayant des problèmes de santé paraît essentielle et doit par conséquent s'appuyer sur un engagement institutionnel fort. Cette démarche doit s'appuyer sur une gestion prévisionnelle

des emplois et des compétences (GPEC) consistant précisément à évaluer qualitativement et quantitativement les ressources en personnel à moyen terme. Il est alors utile d'anticiper les compétences qui pourront être développées par les agents en difficulté et d'utiliser au mieux le potentiel humain dont ils disposent. Il paraît donc important d'adapter la politique de prévention dans un environnement de plus en plus contraignant et changeant.

Ces fortes évolutions de l'environnement induisent incontestablement un changement radical dans les modes de managements hospitaliers et notamment dans les modes de gestion des ressources humaines. L'exercice du métier de directeur est alors nécessairement bouleversé du fait de ces évolutions.

Au-delà de l'obligation réglementaire, la maîtrise des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail constituent donc un véritable facteur de performance. Dans un contexte marqué par la pénurie de certaines catégories professionnelles, cette démarche apparaît comme un levier efficace d'attractivité.

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier M. Richard BARTHES, chargé de mission emploi / formation à la DHOS, au Ministère de la Santé et des Solidarités, et « encadrant mémoire », pour son soutien, ses enseignements, ses encouragements et ses conseils ainsi que pour la vision du métier de directeur qu'il a su me transmettre.

Je remercie également Mme Véronique GAVINI, Conseillère au cabinet du Ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement et Maître de Conférences dans le cadre du Master de « Gestion des Ressources humaines dans le Secteur Public » de Paris 1, pour ses recommandations.

Mes remerciements vont aussi au personnel du Centre hospitalier de Longjumeau : Mme Anabelle DELPUECH, Directrice des Ressources Humaines, Mme Monique DELMAS-LALOUM, médecin du travail, Mme Françoise COUTELLE, chargée de mission en gestion des risques ainsi que tous ceux qui ont permis d'enrichir ce travail par leur contribution.

Je souhaite également remercier les personnes du Centre hospitalier de Versailles qui ont pris le temps de m'aider dans ma recherche et de me faire part de leur démarche : M. Jean Marie BARBOT, Directeur des Ressources Humaines, Mme Sandrine BROEKAERT, psychologue du travail et Melle Isabelle EYMERY, chargée de mission en gestion des risques.

Un grand merci aussi à Mme Christine BIGNEBAT, médecin du travail et Mmes Elisabeth PEREZ et Sylvie DESWARTE, assistantes sociales du personnel, de l'Hôpital de Saint Antoine, à l'AP-HP, pour leur disponibilité et leur aide.

De même, je remercie Mme Hélène JACQUES, Responsable du Département Prévention et Santé au Travail à la Direction du Personnel et des Relations sociales de l'AP-HP, pour sa grande disponibilité.

Je remercie Melle Karine HALEMA, Directrice des Ressources Humaines des Etablissements hospitaliers du Bessin pour sa très grande disponibilité, son aide et ses conseils précieux.

Enfin un grand merci au Docteur Lionel SCTRICK, Secrétaire général de l'Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH) et médecin du travail au Centre hospitalier intercommunal de Poissy, pour les échanges que nous avons eu sur ce thème et les enseignements que j'en ai tirés.

Sommaire

Introduction	1
Pourquoi s'intéresser à ce sujet ?	1
Aspects sociologiques	3
Aspects méthodologiques	5
1 La maîtrise des risques professionnels constitue un enjeu important qui a conduit les établissements de santé à mettre en place une politique globale de prévention	9
1.1 Les données qualitatives et quantitatives sur les risques professionnels montrent à quel point ces derniers constituent un objet de préoccupation	9
1.1.1 Les risques professionnels : des données qualitatives et quantitatives	9
A) L'évolution de la législation régissant les risques professionnels	9
B) La situation hospitalière en matière de risques professionnels	12
1.1.2 Les risques professionnels : une préoccupation à plusieurs titres	16
A) Une préoccupation éthique et symbolique forte en ressources humaines	16
B) Une préoccupation organisationnelle en lien avec l'absentéisme	17
C) Une préoccupation économique	18
1.2 La réduction des risques professionnels passe par une politique globale de prévention...	19
1.2.1 Le nouveau cadre juridique	20
A) De l'impulsion communautaire...	20
B) ...A l'échelon national	20
1.2.2 Les principaux acteurs impliqués dans la prévention des risques professionnels	23
A) Les acteurs internes à l'établissement	23
B) Les acteurs extérieurs à l'établissement	25
1.2.3 L'expérience du Centre hospitalier de Longjumeau	26
A) Les caractéristiques de l'établissement	26
B) Les étapes d'élaboration du document unique	29
1.3 ...Qui rencontre cependant des limites pratiques et doit tenir compte de facteurs aggravants	32
1.3.1 Les difficultés d'élaboration du document unique	32
1.3.2 Des risques professionnels exacerbés par d'autres facteurs aggravants	34
A) Le vieillissement démographique et l'augmentation de la durée de vie professionnelle	34
B) L'évolution du contexte hospitalier et ses répercussions	36

2 Cette démarche de prévention doit pour réussir mobiliser toutes les ressources disponibles et s'inscrire dans une véritable politique institutionnelle de promotion de la santé au travail _____ **39**

2.1 Les bénéfices à retirer de l'utilisation croissante et optimale de certaines ressources _____ **39**

2.1.1	Le recours à l'expertise et aux échanges d'expériences	39
A)	De la médecine du travail au service de santé au travail	39
B)	Les leçons de l'expérience	40
C)	Les interventions du réseau ANACT	41
D)	Le Fonds national de prévention de la CNRACL	42
2.1.2	Les ressources à développer dans le domaine de la formation	43
A)	Le recours à des référents	43
B)	Le recours aux nouvelles technologies de la communication	44

2.2 L'amélioration des conditions de travail doit être pensée dans le cadre d'une démarche institutionnelle et volontariste pour les agents en difficulté _____ **46**

2.2.1	Les différents niveaux de maintien au travail : de l'aménagement des conditions de travail au reclassement	46
A)	De l'aménagement des conditions de travail pour les agents en difficulté ...	46
B)	...Au reclassement	47
2.2.2	Une réponse institutionnelle à donner pour une gestion personnalisée des agents en difficulté	49
A)	La nécessité d'intégrer dans une démarche de GPEC la gestion des agents en difficulté	49
B)	Une réponse possible apportée par plusieurs établissements : la mise en place d'une commission de gestion personnalisée des agents en difficulté	50

2.3 La démarche de prévention des risques professionnels reste un choix essentiellement politique d'établissement _____ **52**

2.3.1	Un engagement fort de la direction pour un axe stratégique essentiel	52
A)	L'accréditation	52
B)	Le projet social	53
2.3.2	La prévention des risques professionnels, une opportunité managériale	55
A)	Une opportunité de progrès et de plus-value pour l'établissement	55
B)	Un levier de management	55

Conclusion _____ **59**

Bibliographie _____ **61**

<i>Liste des annexes</i>	<i>I</i>
Annexe 1 Grille d'entretien	III
Annexe 2 Liste des personnes interviewées	VII
Annexe 3 Principales références législatives et réglementaires utilisées	VIII
Annexe 4 Cartes d'identité	IX

Liste des sigles utilisés

AES Accident d'Exposition au Sang
ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation
ANACT Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARACT Antennes Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail
AT-MP Accidents du Travail - Maladies Professionnelles
CH Centre Hospitalier
CHU Centre hospitalier Universitaire
CHSCT Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CNRACL Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales
CRAM Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre des Soins
ETP Equivalent Temps Plein
GPEC Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAS Haute Autorité en Santé
INRS Institut National de Recherche et de Sécurité
INVS Institut National de Veille Sanitaire
OMS Organisation Mondiale de la Santé
TMS Troubles Musculo-Squelettique

Introduction

Pourquoi s'intéresser à ce sujet ?

L'hôpital est un milieu de travail à risques multiples. Aux risques propres à toute structure organisationnelle s'ajoutent ceux liés à l'essence même de son activité : présence d'agents pathogènes, utilisation de technologies ou appareils sensibles, côtoiement du stress, de la souffrance et de la mort.

Depuis les scandales tel que celui du sang contaminé, et l'accroissement des mises en cause de la responsabilité, l'hôpital a mis en place une politique de prévention et de gestion des risques iatrogènes à l'égard des patients dont les exigences sont croissantes en matière de sécurité des soins. L'établissement de santé, comme toute organisation, a toutefois également une responsabilité lourde à l'égard du personnel qu'il emploie et qui est susceptible d'être frappé par un accident du travail ou une maladie professionnelle. Liés aux conditions de travail, les risques professionnels font en effet peser sur les travailleurs la menace d'une altération de leur santé¹ qui peut se traduire par une maladie ou un accident. La loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 attribue cette responsabilité au chef d'établissement qui doit tout faire pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs. Les établissements de santé sont donc confrontés à une obligation forte de sécurité absolue à l'égard des malades, des personnels et même de l'environnement.

Pendant longtemps pourtant, les risques encourus par les personnels ont été "*sous-estimés, négligés, considérés comme les risques du métier en quelque sorte*"². Mais comme l'explique Maslow dans sa pyramide des besoins humains, après avoir assouvi ses besoins physiologiques élémentaires (nourriture, abri...), l'homme éprouve le besoin de sécurité pour sa personne et ses biens.

¹ L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « *l'état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

² Editorial du dossier sur les accidents d'exposition au sang, *Hygiènes*, 2003, vol XI n°2, p 101

Les risques professionnels sont un bon indicateur de mesure des dysfonctionnements et des conditions de travail d'une organisation si bien que toute action sur ses causes - plurielles la plupart du cas³ - dans le cadre d'une politique de prévention donne des résultats positifs même si le risque zéro n'est jamais atteint.

Si depuis les années 1970 les différentes actions menées - tous secteurs d'activité confondus - ont permis d'obtenir des résultats encourageants et d'améliorer la santé, la sécurité et les conditions de travail des travailleurs en France, il n'en reste pas moins que 760 000 accidents avec arrêt sont recensés chaque année tandis que 35 000 maladies professionnelles sont reconnues annuellement⁴. Mais cette politique de prévention, qui a été définie dans un cadre global et général, doit aussi être capable de s'adapter aux spécificités hospitalières et à de nouvelles évolutions notamment démographiques.

A la prévention stricto sensu des risques professionnels doit nécessairement être associée une réflexion sur le maintien dans l'emploi des agents en difficulté à la suite d'une altération de leur santé. Comment prendre en charge au mieux les restrictions d'aptitude existantes mais aussi comment anticiper une aggravation de cette altération ? Comment utiliser au mieux le potentiel humain dont ces agents disposent ? Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, l'allongement de la durée de vie professionnelle ou encore le phénomène du "burn out"... , il paraît nécessaire de prendre en compte ces paramètres et de développer une vision prospective pour anticiper, dans la mesure du possible, la réalisation du risque et les situations de restriction d'aptitude médicale. Une gestion personnalisée des agents présentant des difficultés peut à cet égard apparaître comme une réponse possible.

Il est dès lors important de s'interroger sur les risques qui pèsent sur la disponibilité des ressources humaines mais aussi sur les enjeux et priorités qui prédominent en matière de conditions de travail afin de préserver le plus possible ce « capital humain » dont parlait Becker.

³ D'après l'Institut Universitaire de Médecine du Travail de Rennes, *Accidents du travail*, mis à jour le 22 décembre 1998 [en ligne] : "*La pluricausalité est une notion importante : en effet moins de 20 % des accidents du travail seraient imputables à une seule cause.* "

⁴ Cf. Plan Santé au Travail 2005-2009, *Liaisons sociales*, 4 mars 2005, n°15, p 1

Aspects sociologiques

Comprendre le fonctionnement actuel de l'hôpital et les évolutions auquel il est confronté nécessite deux préalables : tout d'abord connaître les bouleversements qui ont profondément touché à son mode de fonctionnement et par ailleurs analyser les cadres organisationnels théoriques qui le caractérisent. Nous verrons ainsi que le modèle de référence de la bureaucratie professionnelle défini par Mintzberg est doublement remis en cause.

L'hôpital dans sa configuration actuelle est une organisation récente marquée par une étape déterminante après la seconde guerre mondiale. Institution communale depuis la révolution, il accueille jusque là uniquement les indigents, les vagabonds et les exclus avant de s'ouvrir à l'ensemble de la population. Un ensemble de dispositions réglementaires et de grandes options organisationnelles internes participent alors à l'élaboration de la structuration actuelle de l'hôpital telles que la création de la Sécurité sociale en 1945, la réforme du temps plein universitaire en 1958 ou la spécialisation des services d'hospitalisation par classe de pathologies.

La forme organisationnelle actuelle de l'hôpital public apparaît ainsi comme la conséquence de l'histoire mais aussi de choix politiques, sociaux, économiques.

H. Mintzberg s'est intéressé à l'hôpital dans le cadre de ses travaux sur la structuration des organisations (*Structure et Dynamique des organisations*, 1982). Le modèle d'analyse proposé considère cinq parties de base : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, les fonctions de support logistique. Mintzberg identifie à partir de paramètres de conception et de facteurs de contingence cinq configurations structurelles (auxquelles il ajoutera par la suite deux autres : l'organisation missionnaire ou idéologique et l'organisation politique) dans lesquelles une des parties de base est prépondérante : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnelle et l'adhocratie.

Dans ce cadre ainsi posé, l'hôpital relève de la bureaucratie professionnelle tout comme d'autres organisations telles que les universités ou les cabinets d'expertise comptable. En effet, la bureaucratie professionnelle utilise comme mécanisme de coordination la standardisation des qualifications à partir de la formation spécifique des acteurs du centre opérationnel. Dans le cas de l'hôpital, le centre opérationnel est précisément composé des médecins. L'autorité repose de facto sur la compétence et les professionnels travaillent avec une large autonomie. A côté de l'élément clé que constitue

le centre opérationnel composé du corps médical se développent les fonctions de support logistique ayant pour mission d'être au service de la base.

Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital peuvent être synthétisées dans le tableau ci-après.

Mécanisme de coordination principal	Standardisation des qualifications
Partie clé de l'organisation	Centre opérationnel
Principaux paramètres de conception	Formation, spécialisation horizontale du travail, décentralisation horizontale et verticale
Facteur de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué

Les travaux de Thierry Nobre⁵ en 1999 sont venus remettre en cause le modèle de la bureaucratie professionnelle à l'hôpital. L'évolution de certaines variables amène tout d'abord un nécessaire approfondissement du modèle de Mintzberg. Le modèle de la bureaucratie professionnelle n'intègre pas en effet au niveau du centre opérationnel le personnel soignant dont le rôle et la place sont pourtant très importants. De même, les facteurs de contingence du modèle ont largement évolué puisque l'environnement, s'il continue d'être complexe, devient de plus en plus instable au vu des évolutions de l'offre de soins, du mode de financement... tandis que parallèlement les techniques évoluent rapidement. Nobre propose alors une nouvelle définition du centre opérationnel qui intègre et différencie le corps médical mais aussi le personnel soignant.

Concernant le corps médical, son rôle évolue puisqu'il est amené à développer une plus grande coopération d'une part avec la direction dans la prise de décision stratégique face aux autorités de tutelle (avec par exemple l'importance du codage des actes dans le mode de financement) et d'autre part avec le personnel soignant dans la mise en œuvre de cette stratégie. La mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière vient renforcer davantage la collaboration médecins - direction par l'instauration d'un pilotage conjoint au sein d'une nouvelle instance paritaire, le conseil exécutif.

⁵ NOBRE T., *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité*, XXème Congrès de l'Association francophone de comptabilité, Bordeaux, 1999

En outre, la bureaucratie professionnelle n'apparaît plus comme l'unique structure organisationnelle dans le cadre de laquelle s'exerce l'activité hospitalière publique. D'autres schémas ont été mobilisés par Nobre pour traduire l'exercice de celle-ci.

La transformation d'une médecine aux pratiques routinières et répétitives tout comme le transfert des prises de décision de la Commission médicale d'établissement au Conseil d'administration conduisent à ce que l'activité hospitalière relève davantage du modèle de la bureaucratie mécaniste que de la bureaucratie professionnelle.

Le développement croissant des divisions au sein de l'établissement de santé dans le cadre d'une différenciation croissante des modalités d'organisation de certaines activités tels que l'ambulatoire (hôpital de jour) ou les urgences peut également faire relever l'hôpital de la structure divisionnelle. La constitution de pôles d'activité dans le cadre de la nouvelle gouvernance ne pourra que renforcer cette approche compte tenu des marges de manœuvres dont ils disposeront et des résultats qu'ils devront fournir.

Nobre avance également l'apparition de deux nouveaux types de configuration qui se justifient par les nouvelles coopérations et contraintes des établissements de santé ; les réseaux de soins, centrés autour de l'hôpital dans le cadre d'une coordination avec d'autres partenaires extérieurs, et les réseaux inter-établissements, assurant la mutualisation de moyens et ressources.

L'analyse de l'hôpital comme organisation dans laquelle interagissent des acteurs et se produisent des évolutions permet ainsi de mieux comprendre les problématiques qui le parcourent. La problématique des risques professionnels illustre précisément la multiplicité des intervenants, les contraintes mais aussi les enjeux posés dans un environnement de plus en plus complexe.

Aspects méthodologiques

Le thème retenu pour cette étude s'est progressivement élargi pour cerner de façon large la problématique de la prévention des risques professionnels même si des orientations ont nécessairement été prises. Cela a impliqué d'aborder la prévention à travers l'élaboration du document unique mais aussi le rôle de certains déterminants - tel que le vieillissement - et leurs impacts possibles au niveau tant de l'aptitude au poste de travail que de l'organisation du travail. L'amélioration des conditions de travail appartient également au champ de la prévention des risques professionnels et cette dimension s'avère d'autant plus essentielle à considérer pour les agents en difficulté pour raison de

santé. Ce dernier aspect a été abordé en accord avec le Directeur des Ressources humaines du Centre hospitalier de Longjumeau ; en effet, la mise en place d'une commission de reclassement correspondait à une préoccupation actuelle de l'établissement.

Les difficultés rencontrées ont essentiellement été d'ordre conceptuel : les risques professionnels et les mesures ou normes de prévention et de protection renvoient bien souvent à un vocable très technique et difficile au premier abord qui est perceptible dans l'élaboration du document unique notamment. J'ai tenu à ce que se dégage de l'analyse non pas tant cet aspect technique – quoique nécessaire - que les enjeux multiples que soulève cette problématique afin de démontrer à quel point cette question doit être considérée comme une priorité stratégique pour l'établissement qui retirera de cet engagement un gain direct et indirect.

L'élaboration d'une grille d'entretien – nécessairement adaptée en fonction de l'interlocuteur - a constitué une étape essentielle de ma démarche afin de structurer les quatorze entretiens que j'ai conduits. L'objectif étant de rendre cette étude dynamique et concrète, les commentaires des personnes rencontrées viennent alimenter et compléter un travail d'analyse nécessairement plus théorique.

L'observation de plusieurs établissements, par visite sur site et/ou par entretiens téléphoniques, a conduit à un échange d'informations et d'expériences permettant de comparer tant les méthodologies employées que les atouts et écueils de chaque démarche. Les caractéristiques de ces structures sont présentées de manière synthétique en annexe sous forme de « cartes d'identité ». Il s'agit des établissements suivants :

- le Centre hospitalier de Longjumeau
- le Centre hospitalier de Versailles
- les établissements hospitaliers du Bessin
- l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et plus précisément l'hôpital de Saint Antoine

Par ailleurs, le profil des personnes rencontrées a volontairement été diversifié afin de recueillir le point de vue du plus grand nombre d'acteurs intervenant dans la prévention des risques professionnels :

- Directeur des Ressources humaines
- Médecin du travail
- Gestionnaire des risques

- Assistante sociale du personnel
- Psychologue du travail
- Agent reclassé
- Cadre supérieur de santé responsable des formations
- Infirmière hygiéniste
- Secrétaire général de l'Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMETPH)
- Directeur du Département Santé et Prévention de l'AP-HP

Il a à cet égard été très intéressant de constater les différences de discours entre acteurs en fonction de leur positionnement mais aussi les décalages existants entre ce qui est énoncé et ce qui, en pratique, est réellement réalisé.

Plus précisément au niveau de l'établissement dans lequel j'ai réalisé mon stage, le Centre hospitalier de Longjumeau, l'implication dans le projet a été la suivante :

- participation au groupe de travail se rendant dans les services pour le recensement des risques professionnels
- participation à la Commission des risques professionnels
- présentation au CHSCT du projet de commission de gestion des personnels en difficultés pour raison de santé puis validation de son règlement devant cette même instance
- animation d'un groupe de travail pour l'élaboration du règlement intérieur de cette commission de reclassement (en présence de représentants syndicaux)
- suivi des opérations engagées

1 La maîtrise des risques professionnels constitue un enjeu important qui a conduit les établissements de santé à mettre en place une politique globale de prévention

1.1 Les données qualitatives et quantitatives sur les risques professionnels montrent à quel point ces derniers constituent un objet de préoccupation

1.1.1 Les risques professionnels : des données qualitatives et quantitatives

A) L'évolution de la législation régissant les risques professionnels

La prise en compte des risques professionnels telle qu'elle existe aujourd'hui découle de l'évolution de la législation sociale et des droits liés aux conditions de travail en France. Ce domaine a largement évolué depuis le XIXème siècle.

Au XIXème siècle, le développement industriel a conduit le législateur à intervenir pour édicter les premières mesures de protection au bénéfice des travailleurs les plus fragiles : les femmes et les enfants. Puis, la loi fondamentale du 12 juin 1893 a étendu le champ de protection à l'ensemble des industries et à toutes les catégories de salariés. Dès 1892, l'Inspection du travail est créée tandis que le Ministère chargé du travail naît en 1906. La loi de 1892 pose les premiers jalons d'une politique globale de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. La loi du 9 avril 1898 est une étape capitale pour la réparation des risques professionnels et pour la prévention. Elle établit le principe de la responsabilité civile systématique de l'employeur pour les accidents survenus dans son entreprise, l'employé ne devant plus apporter la preuve que le chef d'entreprise a commis une faute pour pouvoir bénéficier d'une indemnité. Le 10 juillet 1913, un décret impose des normes fondamentales d'hygiène, de sécurité et de prévention des incendies dans les locaux de travail.

Une 2ème phase s'ouvre à partir de 1945 : d'une part, la prévention s'appuie sur de nouveaux concepts comme celui de l'« amélioration des conditions de travail » et les réglementations " techniques " se développent et, d'autre part, elle bénéficie de la création d'institutions nouvelles : Sécurité sociale, médecine du travail ou encore comités d'hygiène et de sécurité.

En matière de réparation médico-légale, le terme « risques professionnels » désigne trois types d'évènements définis par le Code de la Sécurité sociale : l'accident du travail, l'accident de trajet et la maladie professionnelle.

On réserve habituellement les termes « accidents du travail » aux accidents survenus aux salariés relevant du Code de la Sécurité sociale et « accidents de service » aux accidents survenus à des agents relevant d'un statut de la fonction publique. Pour ce qui concerne la fonction publique, le régime de réparation des accidents est apparu très tôt puisque la loi de 1853 prévoyait à côté de l'institution d'une pension d'ancienneté due à tout fonctionnaire une pension spéciale destinée aux fonctionnaires qui ne pouvaient plus exercer leur activité à la suite d'un accident grave résultant de l'exercice de leur fonction. Aujourd'hui les dispositions relatives au régime des accidents de service dans la fonction publique sont dispersées et se retrouvent dans :

- les dispositions du Code des pensions civiles et militaires de retraite
- les dispositions instituant le statut général des fonctionnaires et pour notre étude le titre IV relatif à la fonction publique hospitalière.
- les dispositions réglementaires prises en application du statut général.

Après avoir longtemps considéré que l'accident de service devait résulter d' "*une action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion du corps humain*"⁶, la jurisprudence du Conseil d'Etat a évolué pour retenir trois éléments caractérisant et définissant l'accident de service⁷ :

- le lieu de l'accident, qui doit être le lieu de travail, incluant également le trajet (étant entendu que le trajet est le parcours habituel entre la résidence de l'agent et son lieu de travail ou entre le lieu de travail et le lieu de restauration habituel)
- l'heure de l'accident, qui doit se situer pendant les heures de travail
- l'activité exercée au moment de l'accident, qui doit avoir un lien avec l'exercice des fonctions

⁶ CE, 24/22/2971, Ministre de l'Intérieur et de l'Economie et des Finances c/ Even

⁷ CE, 30/06/1995, Bedez ; CE, 13/10/1997, Pollédri

En outre, si la présomption d'imputabilité n'est pas reconnue dans la fonction publique, la jurisprudence du Conseil d'Etat tend progressivement à s'aligner sur le régime général de la Sécurité sociale qui précisément établit cette présomption au profit des salariés.⁸

D'un point de vue terminologique, le terme « maladies professionnelles » est remplacé pour la fonction publique par celui de « maladie contractée ou aggravée dans l'exercice des fonctions ».⁹ La maladie professionnelle se distingue de l'accident du travail en ce qu'elle résulte d'une exposition habituelle à un risque sans qu'il soit possible de situer avec exactitude, dans le temps, un événement professionnel précis qui en serait la cause. La maladie contractée ou aggravée en service dont peut être atteint le fonctionnaire est généralement reconnue par référence aux tableaux des affections professionnelles qui figurent dans le Code de la Sécurité sociale mais il convient de rappeler que ces tableaux ne sont pas limitatifs.

A côté de cette classification médico-légale, les médecins du travail utilisent une classification par nature de risques :

- risques physiques
- risques chimiques
- risques biologiques
- autres risques spécifiques aux établissements de santé
- autres risques non spécifiques aux établissements de santé

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) définit le risque comme une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine.

⁸ CE, 04/03/1988, Dame Teyssier : “ *tout accident survenu à l'occasion d'un acte de service au temps t et au lieu de travail de l'intéressé constitue un accident de service.* ”

⁹ Par la suite et pour des raisons de commodité, les termes d'accident du travail et de maladie professionnelle pourront être utilisés pour parler des événements survenus aux agents de la fonction publique.

Le tableau ci-après¹⁰ présente cette classification :

Risques professionnels en établissement de santé				
Risques physiques	Risques chimiques	Risques biologiques	Autres risques spécifiques	Autres risques non spécifiques
Facteurs d'ambiance : - thermique - sonore Rayonnements ionisants : - sources scellées ¹¹ - sources non scellées ¹² Non ionisants : - laser - autres	Irritants, caustiques (désinfectants..) Allergiques organiques, animaux, végétaux, minéraux Toxiques (décontaminants, solvants...) Mutagènes, cancérigènes (cystostatiques)	Classification par : Modes de contamination: aéroportée, manuportée, AES... Micro-organismes : virus, bactéries, parasites...	Contraintes d'effort et de postures liées à la manutention des malades Contact avec les agités Travail de nuit Postes à charge mentale élevée (charge sensorielle et charge cognitive) Postes à charge psychologique élevée	- Travail sur écran - Chutes et glissades de plain-pied - Manutention manuelle - Risques de brûlures - Travail en hauteur - Electrocutation, - Incendie, - Explosion ...

B) La situation hospitalière en matière de risques professionnels

Hormis l'absentéisme pour maternité et maladie ordinaire, l'aggravation de l'absentéisme pour raison médicale depuis 1991 concerne l'ensemble des autres motifs : longue maladie et maladie de longue durée, accidents du travail et de trajet, maladie professionnelle.

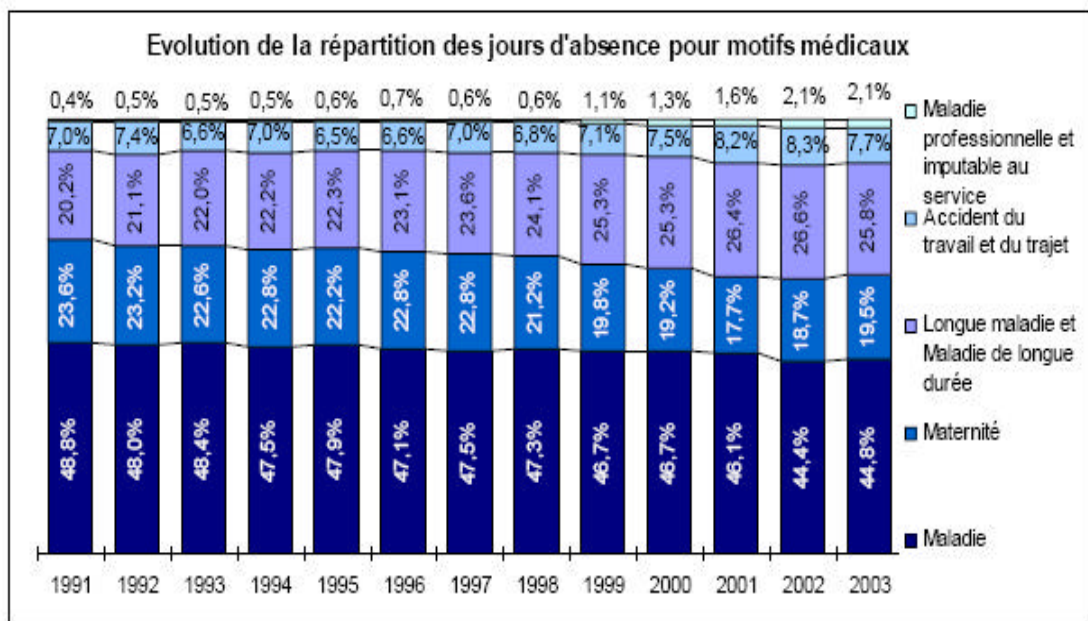
¹⁰ Tableau tiré de *L'aide-soignante*, février 2004, n°54, p 12

¹¹ Les sources scellées sont des sources constituées par des substances radioactives solidement incorporées dans des matières inertes ou scellées dans une enveloppe inactive, présentant une résistance suffisante pour éviter dans des conditions normales d'emploi, toute dispersion de substances radioactives.

¹² Les sources non scellées sont des sources dont la présentation et les conditions normales d'emploi ne permettent pas de prévenir toute dispersion de substances radioactives.

Comme en témoigne le graphique ci-après issu des données sociales hospitalières de 2003¹³, l'observation des absences selon le motif médical montre deux évolutions significatives :

- une légère diminution de la part constituée par les accidents de service et de trajet après trois années d'augmentation
- à l'inverse, la part des maladies professionnelles augmente.



Données hospitalières de 2003, DHOS

L'augmentation des arrêts en maladie professionnelle s'explique par le fait que ces dernières sont mieux diagnostiquées médicalement et mieux reconnue juridiquement : en cinq ans, le nombre déclaré a ainsi doublé. La reconnaissance des affections dorso-lombaires en tant que maladie professionnelle en 1999 et l'importance des troubles musculo-squeletiques (TMS) contribuent fortement à cette progression.

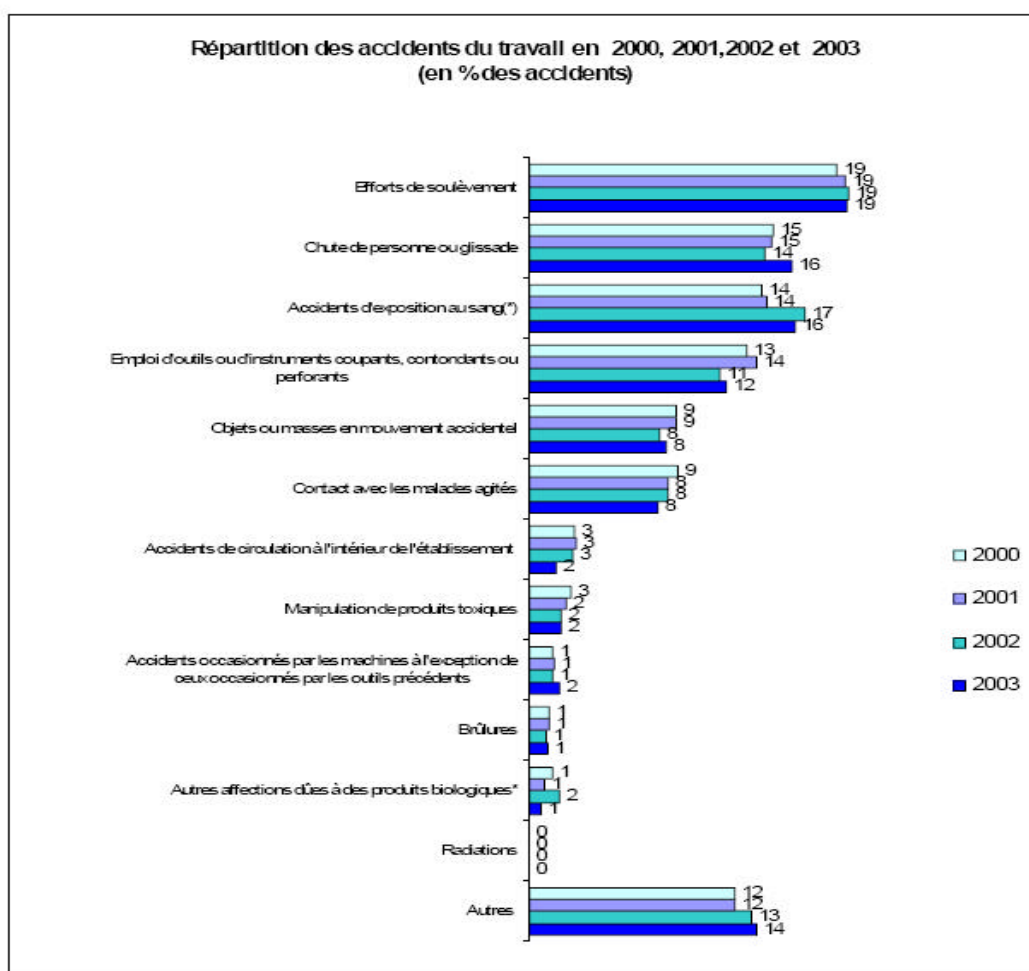
En ce qui concerne les causes d'accidents du travail, 80% des accidents (hors accident du trajet) survenant en milieu hospitalier sont dus à l'une des 6 causes suivantes, classées dans l'ordre décroissant d'importance :

1. Efforts de soulèvement
2. Chutes de personne ou glissements

¹³ Les données sociales hospitalières sont issues de l'exploitation des bilans sociaux des établissements publics de santé d'au moins 300 agents ; il s'agit d'une enquête sur échantillon dont l'effectif employé représente 54% des effectifs de l'ensemble des établissements de santé.

3. Accidents d'exposition au sang
4. Emplois d'outils ou instruments coupants
5. Objets ou masses en mouvement accidentel
6. Contacts avec les malades agités

Le tableau ci-après reprend l'évolution entre 2000 et 2003 pour chaque cause d'accidents du travail par rapport à l'ensemble des accidents.



Données hospitalières de 2003, DHOS

Ainsi si l'on reprend la première cause d'accidents, les efforts de soulèvement, l'importance de ce risque est révélatrice des contraintes que l'on peut rencontrer dans les établissements de santé :

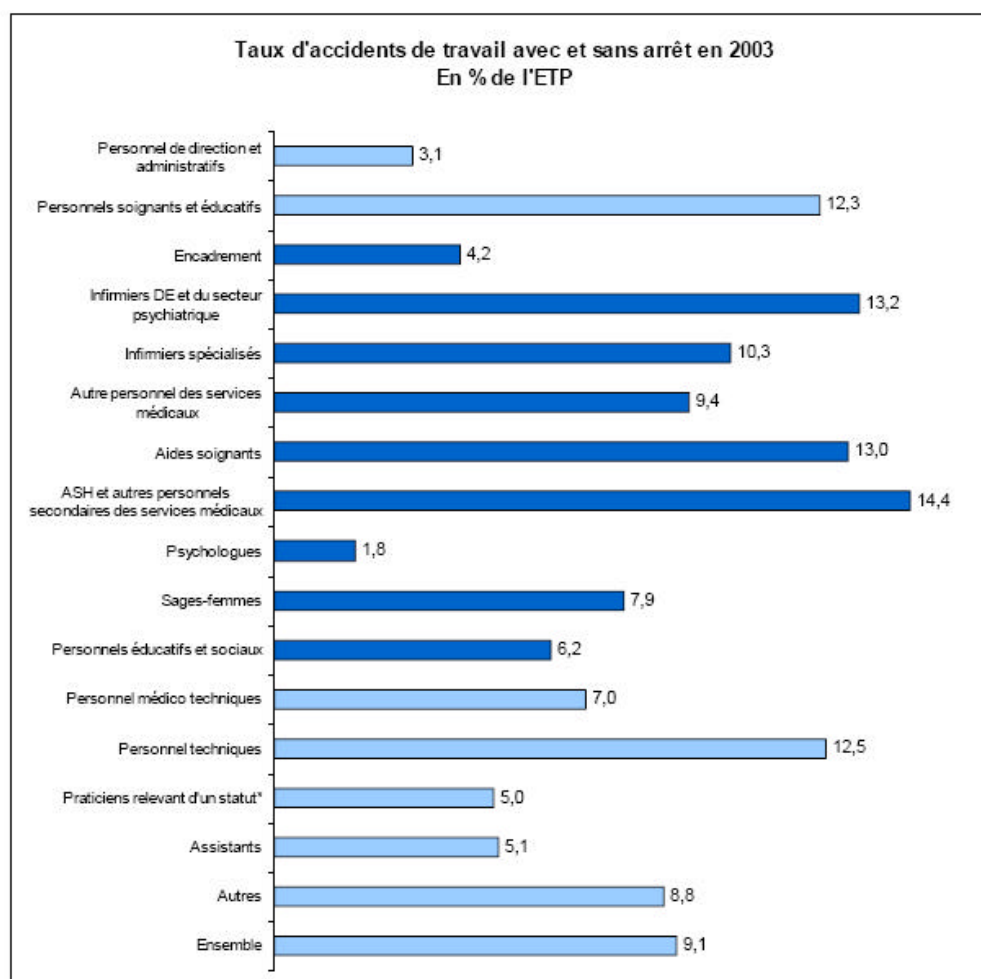
- des contraintes de fonctionnement (effectif, organisation...)
- des contraintes techniques (lits électriques, lève-malades...)
- des contraintes architecturales (possibilité de tourner autour du lit du malade)

De même, le risque de chutes et glissades est accentué par :

- des contraintes d'organisation (heure de nettoyage, technique de nettoyage des sols...)

- des contraintes architecturales (fuite par temps de pluie...)
- des contraintes comportementales (port de chaussures adaptées)

L'incidence sur les personnels montre par ailleurs que deux filières sont particulièrement exposées : les personnels techniques et les personnels soignants et éducatifs avec des taux d'accidents du travail supérieurs à 12% des effectifs ETP (Equivalents Temps Plein) si l'on inclut les accidents avec et sans arrêt. Au sein du personnel soignant - qui est la catégorie la plus importante numériquement - les métiers les plus exposés sont ceux occupés par les agents des services hospitaliers puis les aides soignants et les infirmiers.



Données hospitalières de 2003, DHOS

Enfin l'analyse par type d'établissement permet de constater que ce sont dans les plus grands établissements, i.e. supérieurs à 3000 agents, que le taux d'accidents du travail

est le plus faible. Ce taux représente 3,8% de l'ETP soit un taux de fréquence¹⁴ de 24,9 tandis que ce taux s'approche de 30 pour les établissements entre 500 et 3000 agents, les petits établissements se situant dans une position intermédiaire.

Il est à ce titre intéressant de noter que ce sont précisément dans les grands établissements – qui ont le taux d'accidents du travail le plus faible - que sont réalisés les efforts financiers les plus importants en matière de dépenses de sécurité, les deux éléments pouvant être rapprochés.

1.1.2 Les risques professionnels : une préoccupation à plusieurs titres

A) Une préoccupation éthique et symbolique forte en ressources humaines

“Il est important que le personnel ait le sentiment qu’il travaille dans des conditions de travail optimales. C’est une responsabilité particulière que nous avons, en tant qu’employeur, à l’égard des agents.”

C'est en ces termes que le Directeur des Ressources humaines du Centre hospitalier de Versailles justifie les actions de prévention qu'il mène. Il place ainsi au premier rang des préoccupations celle relevant de l'obligation particulière qui incombe à l'employeur d'assurer à ses travailleurs la sécurité et la santé au travail.

Bien que cette responsabilité soit le propre de tout employeur (privé ou public) - comme le rappelle la réglementation - elle prend toutefois une dimension particulière dans le secteur hospitalier. En effet, si le travail du soignant est de protéger la vie des personnes soignées et si pendant longtemps les risques pris par les agents étaient considérés comme faisant partie des risques du métier, l'évolution actuelle a conduit à ce que ne soit plus accepté un tel paradoxe.

Le questionnement que soulèvent Marie-Ange Coudray et Richard Barthès dans un article intitulé « le management hospitalier à la croisée des chemins » souligne bien les difficultés mais aussi l'obligation morale pour la structure de prendre aussi soin des agents de sorte que chacun se sente utile et reconnu : « *L'hôpital est-il en capacité de prendre soin à la fois des patients qui lui sont confiés et du personnel qui y travaille ? /.../*

¹⁴ Taux de fréquence : nombre d'arrêts pour 1 000 000 d'heures travaillées

L'hôpital, lieu de soins et d'humanité, est-il toujours exemplaire avec ses propres personnels ? »¹⁵

Favoriser un contexte propice à l'épanouissement professionnel, réducteur de stress et assurer une qualité de vie au travail constituent alors de véritables enjeux qui passent par une recherche d'amélioration des conditions de travail.

B) Une préoccupation organisationnelle en lien avec l'absentéisme

Les problématiques des risques professionnels et de l'absentéisme sont interdépendantes.

Les accidents et maladies du personnel soignant – première catégorie professionnelle à être exposée - constituent un motif d'absence à l'origine d'une désorganisation des services de soins. Cela est d'autant plus vrai que l'organisation des services est souvent construite à partir d'un effectif qui ne permet que peu de marge de manœuvre pour faire face aux aléas des arrêts de travail. Ainsi l'absentéisme de très courte durée est pallié par le personnel présent et peut entraîner la production d'heures supplémentaires. L'absentéisme de longue durée, par exemple pour des maladies professionnelles, pénalise durablement les services dans la mesure où il n'y a pas toujours de remplacements prévus et que les personnes absentes restent comptabilisées dans les effectifs de chaque service.

Une des autres conséquences suscitées par l'absentéisme concerne l'impact des arrêts de travail au niveau de la continuité des soins et de la qualité des prestations rendues aux patients. En outre, l'impossibilité de remplacer à temps l'absence d'un soignant peut induire une augmentation de la charge de travail pour les collègues présents voire un glissement des tâches vers des agents d'un autre grade ainsi qu'une disponibilité et une écoute auprès des patients plus limitées.

Les risques professionnels sont donc un élément possible à l'origine d'une désorganisation des services et d'une remise en cause de l'amélioration de la qualité des soins et du service rendu aux patients.

Enfin l'absentéisme peut conduire à une plus grande fragilisation des agents démotivés et surchargés et peut de fait entraîner un phénomène de spirale, la surcharge de travail entraînant un stress supplémentaire et un découragement pour les agents présents dont le risque d'absence augmente alors afin de fuir cette situation.

¹⁵ COUDRAY M.-A., BARTHES R., Le management hospitalier à la croisée des chemins, *Gestions hospitalières*, janvier 2006, p 20

C) Une préoccupation économique

Chaque risque professionnel représente un coût financier direct et indirect susceptible de mettre en difficulté l'équilibre financier des établissements.

Le coût financier direct est composé des frais médicaux et pharmaceutiques, du versement des émoluments pour les fonctionnaires ou des indemnités journalières pour les contractuels et des rentes d'invalidité.

Pour les fonctionnaires titulaires et stagiaires, l'hôpital a deux possibilités : soit être son propre assureur soit être assuré auprès d'une compagnie. L'établissement peut alors assurer uniquement les frais médicaux ou bien les frais médicaux et le maintien du traitement. Une politique de prévention permet de baisser le coût des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles.

Pour les non-titulaires en revanche l'établissement cotise auprès du régime général de la Sécurité sociale.

Le Secrétaire général de l'ANMTEPH rappelle à cet égard qu'il ne faut pas « *somber dans une logique assurantielle. L'objectif premier n'est pas la baisse des cotisations mais le bien être de l'agent dans son poste* ».

Lorsque l'accident ou la maladie impose un arrêt et que la durée de celui-ci et/ou les nécessités du service le justifient, il peut être nécessaire de procéder au remplacement de l'agent, même temporairement. Il faut alors prendre en compte des coûts indirects difficilement mesurables mais non négligeables tels que :

- les frais de gestion du changement qui peuvent être : une mutation interne ou un recrutement extérieur ; le temps de recherche du candidat, la sélection, les formalités du recrutement, le délai de formation éventuel et son adaptation au poste... ;
- tout ce qui touche au changement lui-même et qui consiste en : la déclaration de vacance au poste, le temps de latence avant que le poste soit occupé, la moindre rentabilité du nouveau titulaire du poste pendant un délai plus ou moins long...

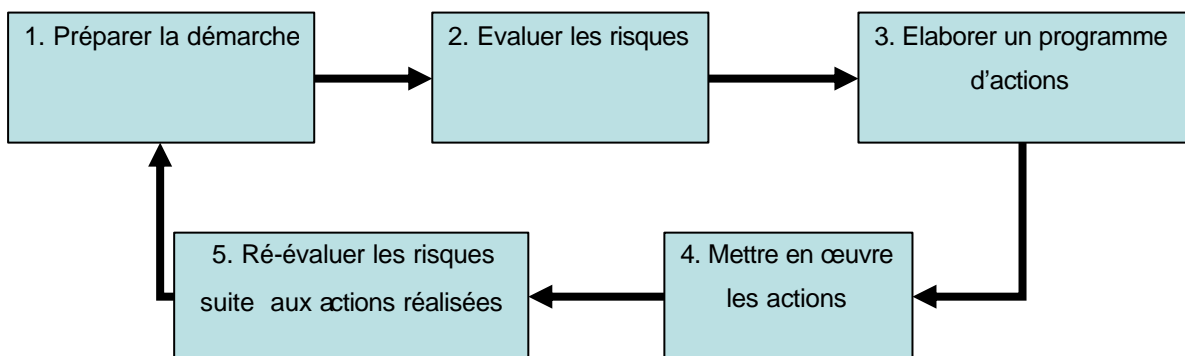
Les enjeux essentiellement éthiques, organisationnels et financiers suscités par les risques professionnels justifient toute l'importance de leur maîtrise au travers d'une politique de prévention dont les effets ne sont toutefois pas toujours mesurables immédiatement comme le rappelait la Responsable du Département Santé et Travail de la Direction du Personnel et des Relations sociales de l'AP-HP :

« *La part d'imputabilité à la prévention reste très difficile à estimer. Autant il est facile d'évaluer les coûts, autant ce n'est pas si facile pour les bénéficiaires.* »

1.2 La réduction des risques professionnels passe par une politique globale de prévention...

La prévention des risques professionnels peut se définir comme l'ensemble des actions anticipées destinées à maîtriser les risques d'accidents de travail ou de maladies professionnelles et à améliorer les conditions de travail par des solutions techniques, organisationnelles et humaines.

La démarche de prévention peut se dérouler en cinq grandes étapes qui sont successivement :



La démarche de prévention

Schéma issu de la circulaire DRT n°6 du 18 avril 2002

Le concept de prévention est clairement défini dans le secteur hospitalier par la loi du 4 mars 2002 relative à la prise en charge des patients et à la qualité du système de santé :

“ La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé /.../ en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie ou accident. /.../ La politique de prévention tend notamment 1° à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer tels /.../ le travail. ”¹⁶

Sans attendre 2002 et de façon générale, la politique de promotion de la santé au travail s'est fortement développée ces vingt dernières années à partir d'une part d'un cadre

¹⁶ Article L 1417-1 de la loi du 4 mars 2002

juridique formalisé et de l'implication d'acteurs tant internes qu'externes à la structure hospitalière d'autre part.

1.2.1 Le nouveau cadre juridique

A) De l'impulsion communautaire...

L'Europe est à l'origine de l'essentiel de l'actualisation des normes françaises et de la modernisation de notre système en matière de santé et de sécurité au travail.

L'impulsion de la politique de prévention est ainsi communautaire puisque c'est la directive n°86-391 du 12 juin 1989 relative à la sécurité et la santé au travail qui impose aux employeurs privés mais aussi publics l'évaluation systématique et exhaustive de la nature et de l'importance des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés. Il convient de rappeler que l'échelon communautaire ne fait pas de distinction entre secteur privé et public mais conçoit uniquement des employeurs et des travailleurs.

B) ...A l'échelon national

La loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 transpose en droit français la directive communautaire dans l'article L 230-2 du Code du travail. Les établissements publics de santé sont également assujettis à cette disposition du Code.

L'article L 230-2 du Code du Travail précise ainsi les obligations de l'employeur puisque celui-ci :

- prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement
- met en œuvre les mesures prévues ci-dessus sur la base des principes généraux de prévention suivants tels que :
 - éviter les risques,
 - évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités,
 - combattre les risques à leur source,
 - adapter le travail à l'homme,
 - tenir compte de l'état d'évolution de la technique
 - remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux
 - planifier la prévention en y intégrant la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et les facteurs ambiants

- prendre des mesures de protection collective
- donner les instructions appropriées aux travailleurs
- procède à l'évaluation des risques professionnels.

Le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 suivi de la circulaire de la Direction des Relations de Travail DRT n°6 du 18 avril 2002 précisent les conditions concrètes de mise en œuvre. Ils obligent notamment le chef d'établissement à établir et tenir à jour un " document unique " relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (art L230-2 du Code du Travail), le non respect étant passible d'une sanction pénale. C'est dans ce document unique que doivent être transcrits les résultats de l'évaluation des risques. Cette évaluation doit comporter «*un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'établissement* » et faire l'objet d'une mise à jour au moins annuelle. Il doit également être actualisé lors de toute décision d'aménagement modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, dès qu'une information supplémentaire est disponible (connaissances scientifiques, nouvelle réglementation, survenue d'un accident ou d'une maladie professionnelle).

L'évaluation des risques est définie par la circulaire précédemment mentionnée en deux étapes :

- l'identification des dangers : le danger est la propriété ou capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail, de causer un dommage pour la santé des travailleurs
- l'analyse des risques : il s'agit de l'étude des conditions d'exposition des travailleurs à ces dangers.

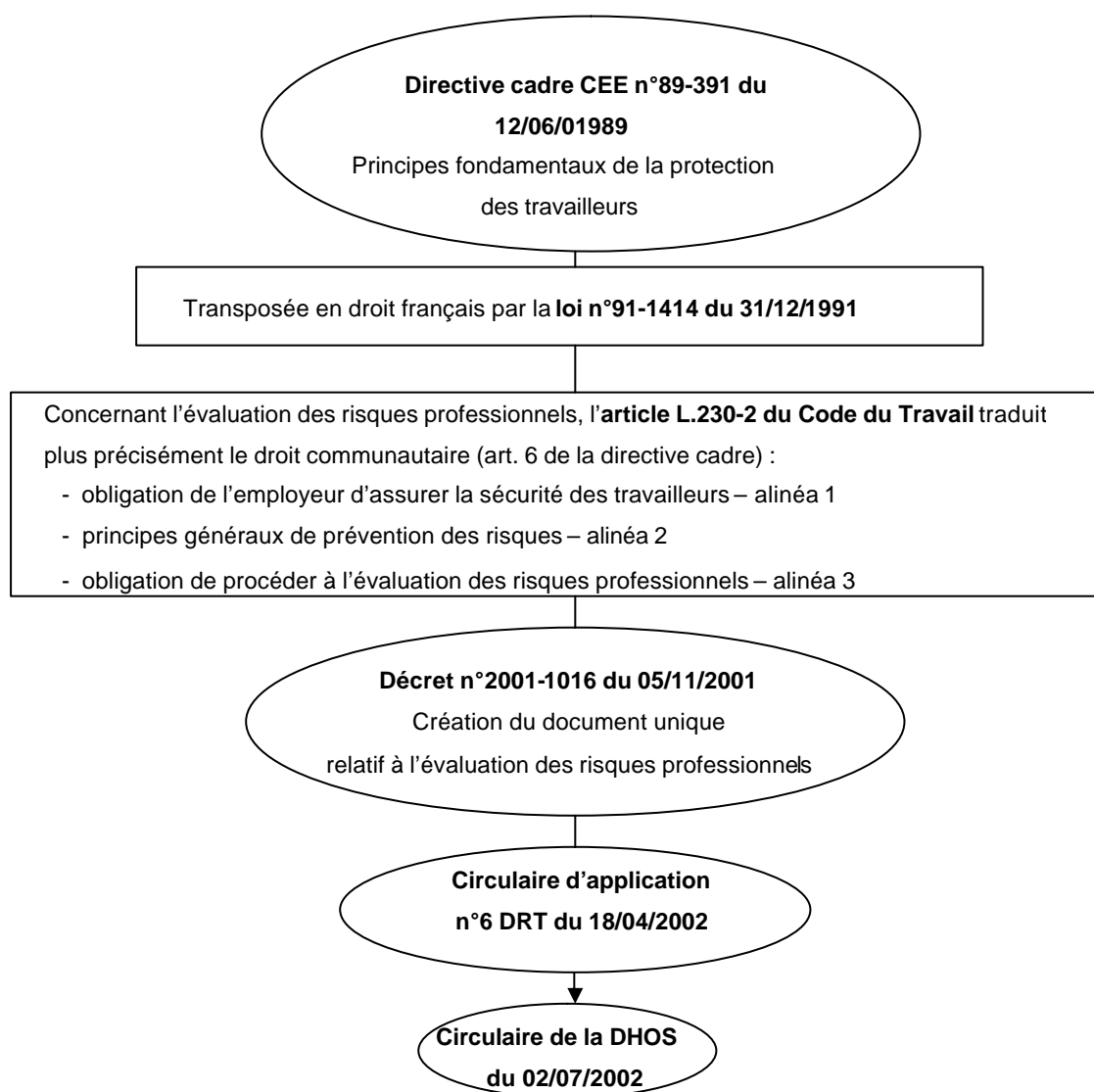
Au-delà de cet inventaire minimum exigé, rien n'interdit aux rédacteurs du document unique d'ajouter d'autres éléments constituant l'évaluation des risques professionnels à savoir la classement des risques et des propositions d'action de prévention.

Il n'existe par ailleurs pas de modèle type d'élaboration du document unique mais celui-ci doit toutefois répondre à trois exigences :

- la cohérence : les données issues de l'analyse des risques professionnels doivent être regroupées sur un même support.
- la lisibilité : le document unique doit être transcrit de façon pratique afin de faciliter le suivi des actions de prévention et la mise à jour des risques.
- la traçabilité : ce terme inclut la notion de transcription ; l'ensemble des éléments doit être transcrit sur un même support écrit ou numérique mais de façon à garantir l'authenticité de l'évaluation avec une notion de transparence et de fiabilité.

Si les entreprises du secteur privé ont rapidement répondu à cette exigence - la date de réalisation du document unique étant fixée au plus tard au 8 novembre 2002 sous peine de sanctions pénales - il a fallu une note du 2 juillet 2002 de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) pour rappeler aux établissements de santé et aux établissements sociaux et médico-sociaux leur obligation de mise en conformité avec le décret de 2001.

L'ensemble de ce dispositif juridique découlant du droit européen peut être synthétisé dans le graphique suivant représentant l'évolution législative française depuis 1991¹⁷.



Ce dispositif législatif et réglementaire témoigne de la volonté de l'Etat d'assurer des conditions de travail et de sécurité favorables aux travailleurs. Mais de nombreux autres acteurs, au niveau local ou national, interviennent de près ou de loin, dans la démarche de prévention des risques professionnels.

1.2.2 Les principaux acteurs impliqués dans la prévention des risques professionnels

Toute action sur les risques professionnels ne peut être acceptée et mise en œuvre sans une prise de conscience générale du phénomène et de ses possibles répercussions négatives. L'association et l'implication de tous les acteurs de l'établissement apparaissent donc primordiales.

Les acteurs de l'établissement ont un rôle essentiel à jouer, quelque soit leur positionnement, même si d'autres intervenants extérieurs peuvent contribuer utilement à cette démarche.

A) Les acteurs internes à l'établissement

S'il n'y a pas d'acteurs essentiels et d'acteurs secondaires, la place et le rôle de chacun ont toutefois besoin d'être définis :

- **L'employeur**, en l'occurrence le directeur de l'établissement de santé : il est responsable de l'évaluation des risques professionnels.

Il convient également de considérer plus largement les différentes **directions fonctionnelles** comme acteurs ayant un rôle à jouer, notamment :

- la direction des ressources humaines qui est au cœur de la prévention. Elle assure en effet la gestion quotidienne des déclarations d'accidents du travail et collabore avec le médecin du travail. C'est également dans cette direction qu'est élaboré le plan annuel de formation.

¹⁷ Cf DAUTEL A.-C., Améliorer la santé et la sécurité du personnel au Centre hospitalier d'Avignon: l'élaboration du document unique, plus qu'une obligation légale, une opportunité managériale, mémoire ENSP, Elève directeur d'hôpital, 2004, p 10

- La direction des services économiques qui est chargée des choix et de l'acquisition des matériels. Il est important que cette direction intègre l'avis des personnes chargées de la prévention dans toute décision d'achat.
 - La direction des services techniques qui est responsable du contrôle régulier, du bon fonctionnement du matériel et des réparations qui s'imposent comme des remplacements préventifs de matériels usagés.
 - La direction de la qualité et de la gestion des risques qui peut être amenée à concevoir l'élaboration et le suivi du document unique dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.
 - La direction des soins qui intervient dans l'organisation des services de soins, médico-techniques et de rééducation. Celle-ci a une influence forte sur l'importance et la fréquence des accidents ainsi que d'une manière plus générale sur l'absentéisme. Cette direction participe également à la définition des protocoles et au choix du matériel, ces décisions devant concilier l'efficacité des soins avec le confort et la sécurité des agents.
- **Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)** : La constitution d'un CHSCT est obligatoire dans toutes les entreprises et tous les établissements sanitaires et sociaux publics de plus de 50 salariés. Le décret n°85-946 du 16 août 1985 institue les CHSCT dans les établissements de la fonction publique hospitalière. Son rôle est avant tout de contribuer à l'élimination des dangers et d'analyser les conditions de travail. Il a un pouvoir de proposition et de promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement. C'est dans cette instance que s'étudie la politique de l'établissement en matière de prévention et d'amélioration des conditions de travail.
- **Le médecin du travail** : née en France en 1946 pour les salariés du secteur privé, ce n'est qu'en 1985 par le décret n°85-947 du 16 août que la médecine du travail est instituée dans le secteur hospitalier public. Le médecin du travail s'intéresse aux aspects individuels et collectifs de la santé et de la sécurité des agents au travail. Il a donc à la fois une mission de protection individuelle et un rôle dans la prévention collective afin d'éviter toute altération de la santé du fait du travail. Conseiller du chef d'établissement, des personnels et de leurs représentants, il apporte en outre sa contribution à l'évaluation et la prévention des risques professionnels et à cet égard il participe de droit au CHSCT à titre consultatif. Depuis la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, la dénomination « médecine du travail » a été remplacée par celle de « service de santé au travail ».

- **Les personnels eux-mêmes** : ils doivent être responsables de la prise en charge de leur propre santé. L'article L230-3 du Code du Travail dispose qu' « *il incombe à chaque travailleur de prendre soin en fonction de sa formation et selon ses possibilités de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail.* »

- **Le corps médical et les cadres de proximité** : ils jouent un rôle majeur dans l'organisation du travail de leurs équipes mais aussi comme relais d'information et doivent de fait être conscients des risques auxquels leurs équipes peuvent être exposées.

- **Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)** dans les limites de ses compétences : d'après le décret n°99-1034 du 6 décembre 1999, « *il organise au sein de l'établissement de santé la lutte contre les infections nosocomiales, y compris la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques* ».

- D'autres professionnels de la santé au travail tels qu'ergonomes, ingénieurs ou techniciens spécialisés en sécurité du travail dans les établissements de santé.

B) Les acteurs extérieurs à l'établissement

Le décret du 5 novembre 2001 précise que le document unique doit être mis à disposition de responsables extérieurs. L'article R 230-1 du Code du travail désigne en particulier l'Inspection du travail et les agents des services de prévention des organismes de Sécurité sociale :

- l'Inspection du travail : les services de l'Inspection du travail sont intégrés à la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP). Son rôle est de sensibiliser en amont les acteurs internes à la structure mais aussi de contrôler l'évaluation des risques.

- les agents des services de prévention des organismes de Sécurité sociale : ils jouent également un rôle important en matière de prévention au travers d'incitations ou même d'injonctions vis-à-vis des employeurs.

Bien d'autres acteurs extérieurs participent toutefois au système de prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, notamment dans le secteur privé :

- le Ministère chargé du travail élabore et met en œuvre la politique publique de prévention sur les lieux de travail.
- les réseaux techniques de la Sécurité sociale (Institut national de recherche et de sécurité INRS, Caisse régionale d'assurance maladie CRAM) et du Ministère chargé du travail (Agence nationale ou Antennes régionales d'amélioration des conditions de travail ANACT, ARACT) voire des organismes spécialisés (Institut national de veille sanitaire INVS) disposent de capacités d'expertise technique.

1.2.3 L'expérience du Centre hospitalier de Longjumeau

A) Les caractéristiques de l'établissement

L'expérience du Centre Hospitalier de Longjumeau (CHL) permet une étude pragmatique de l'ensemble des aspects concernant la prévention des risques professionnels et plus précisément l'élaboration du document unique. Il convient toutefois auparavant de préciser les caractéristiques propres de l'établissement, tant générales que spécifiques aux accidents de travail et maladies professionnelles.

Le CHL est un établissement de taille moyenne qui emploie 1 320 personnes dont 131 médecins, pharmaciens et internes et dispose d'une infrastructure permettant de remplir ses missions de soins dont :

- l'accueil et le traitement des urgences adultes et urgences pédiatriques (47 000 passages adultes et enfants par an), le CHL ayant reçu la qualification de Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU) dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROS). Le service dispose en outre de 6 lits d'hospitalisation de très courte durée (HTCD).
- les consultations généralistes et spécialisées (144 000 actes pratiqués).
- l'hospitalisation de 23 000 patients par an pour une capacité d'hébergement de 583 lits et places dont 74 lits en maison de retraite.

L'hôpital a satisfait à la procédure d'accréditation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2000 et vient d'achever la procédure " V2 " de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 qui a mobilisé fortement les agents.

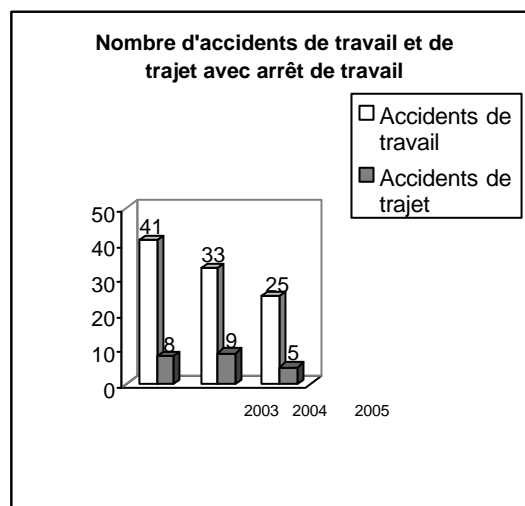
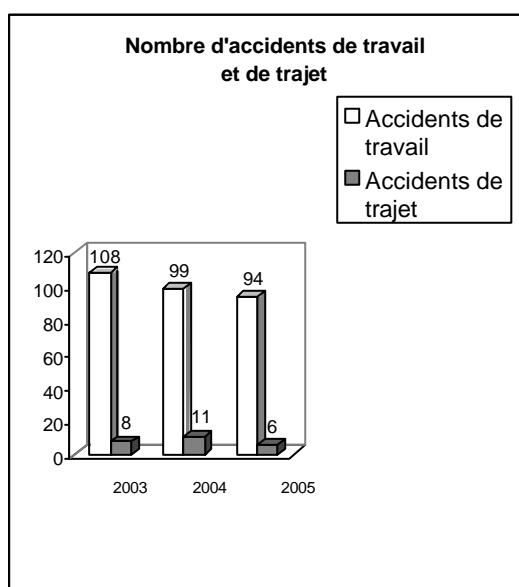
De nombreux projets vont prochainement être mis en œuvre et notamment la contractualisation interne dans le cadre de la constitution de pôles d'activités dont les responsables - des médecins - bénéficieront de délégation de gestion.

Néanmoins, comme d'autres établissements publics de santé, le CHL fait l'objet d'un report de charges important, estimé pour 2005 à 8 millions d'euros. Un contrat de retour à l'équilibre a été conclu avec l'autorité de tutelle - l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF) - en 2004 qui impose des réorganisations d'activités voire des restructurations impliquant une réduction d'effectifs.

La réorganisation des activités est également repensée dans le cadre d'un rapprochement avec un autre Centre hospitalier, celui d'Orsay, distant de 12 km et comprenant 421 lits et places. Les réunions de direction sont communes ainsi que la permanence des soins pour certaines spécialités chirurgicales.

De façon générale, les établissements ont à leur disposition des outils précieux pour apprécier les évolutions touchant aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ; parmi ces outils figurent le rapport d'activité annuel du médecin du travail et le bilan social.

Au CHL, les données relatives au nombre d'accidents du travail appellent plusieurs remarques :



Graphiques issus du Bilan social 2005 du CHL

- Les accidents d'exposition au sang sont comptabilisés dans les accidents de travail mais ils ne sont généralement pas suivis d'arrêt de travail ; leur nombre est passé de 40 à 35 sur la période 2003-2005¹⁸.
- Si le nombre d'accident du travail et de trajet n'a que faiblement baissé entre 2003 et 2005 (diminution de 13%), la part constitué par les accidents ayant entraîné un arrêt de travail a en revanche diminué de près de 40% en 3 ans, ce qui coïncide avec la mise en place de la démarche d'évaluation des risques professionnels et l'adoption de mesures de prévention et de protection.
- Ce constat est renforcé par la forte diminution du nombre de journées d'absences pour accidents de travail et de trajet enregistrée entre 2003 et 2005, de manière générale mais surtout pour le personnel technique comme le montre le tableau ci-après.

**Nombre de journées d'absence
Pour accidents de travail et de trajet**

	Accidents de travail			Accidents de trajet			Total		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
ADMINISTRATIFS	0	0	11	0	5	5	0	5	16
SOINS	213	622	334	174	24	90	387	646	424
TECHNIQUES-GENERAUX	1516	404	164	190	92	56	1706	496	220
MEDICO-TECHNIQUES	0	121	65	0	0	22	0	121	87
TOTAL	1 729	1 147	574	364	121	173	2 093	1 268	747

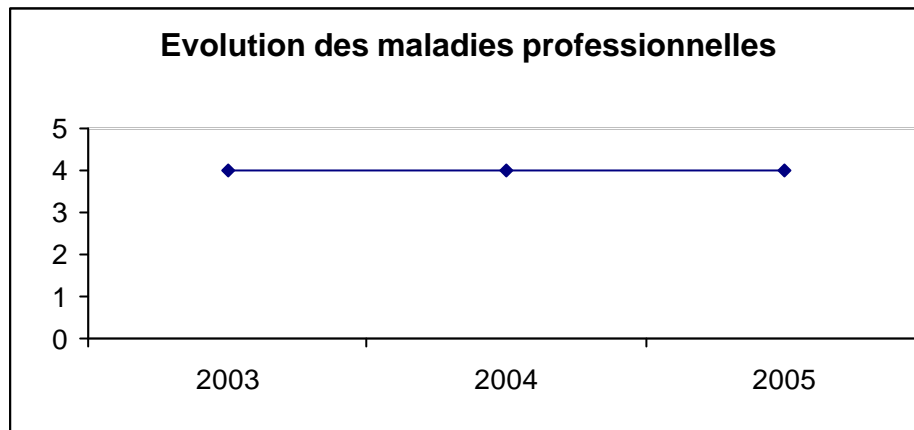
Tableau réalisé à partir des données du bilan social 2005 du CHL

Les données issues du rapport d'activité 2005 du médecin du travail précisent que la manipulation de malades et de charges totalise environ 39% des accidents (hors accidents de trajet). Ce chiffre est en diminution compte tenu d'actions menées pour assurer la formation des agents à la manutention de patients et charges inertes. Par ailleurs, les chutes représentent près de 29% des accidents du travail. Ce résultat a également baissé grâce à une sensibilisation sur le port de chaussures adaptées au poste de travail réalisée avec la participation active du personnel en 2005.

Les services les plus touchés au CHL sont les ateliers et les services de réanimation, médecine et urgences. Il apparaît ainsi que ce sont bien les personnels techniques et soignants qui sont le plus concerné par ces accidents, conformément aux données recensées au niveau national.

¹⁸ cf. données issues du rapport d'activité 2005 du service de santé du CHL

Concernant le dépistage des maladies professionnelles, leur nombre est stable depuis 2003.



Nombre de déclarations établies et reconnues

(données issues du bilan social 2005 du CHL)

B) Les étapes d'élaboration du document unique

Pour répondre à l'obligation rappelée par la circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002, prise en application du décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 relatif à la création du document unique, le Centre Hospitalier de Longjumeau a engagé dès avril 2003 le projet d'évaluation des risques professionnels.

Compte tenu du retard pris dans la réalisation du document unique, plusieurs attitudes étaient possibles :

- Déléguer la réalisation de cette démarche à un prestataire extérieur ;
- Réaliser une démarche pluridisciplinaire et pédagogique permettant de répondre à l'obligation réglementaire tout en sensibilisant les personnels aux risques inhérents à leur activité et, le cas échéant, leur rappeler l'existence de matériel de protection et repérer les besoins en formation.

Afin de créer une véritable dynamique interne, la dernière option a été privilégiée. La démarche initiée par le Directeur de la Qualité et de la Gestion des risques a peu après été confiée à un chargé de mission gestionnaire des risques rattaché à cette Direction.

Un appel à candidature a été lancé pour participer à la Commission de prévention des risques professionnels qui réunit :

- le Directeur de la Qualité et le chargé de mission,
- le Directeur des Ressources humaines,
- le Directeur des Soins,

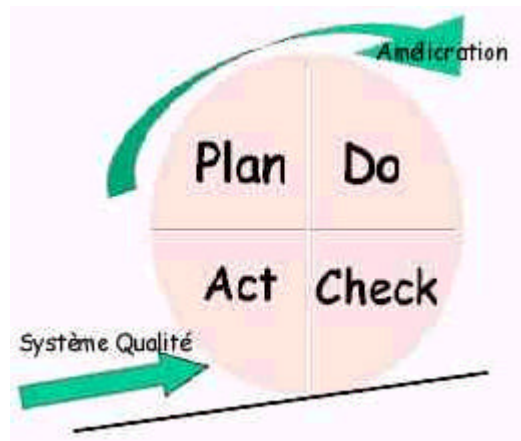
- le médecin du travail et l'infirmière du travail,
- des représentants du CHSCT,
- des cadres de santé
- des représentants de la Direction du Patrimoine et de la Logistique.

Cette commission a pour but de procéder à une cotation des risques évalués. Un groupe de travail pour procéder aux visites dans les services et poser le bilan de l'existant a également été constitué en partenariat avec le CHSCT, la Médecine du Travail et la Direction de la Qualité. L'unité de travail retenue a en effet été le service. Le nombre de services visités depuis juin 2003 s'élève actuellement à 38 ce qui correspond à une proportion estimée à 80-90% des services de soins. La visite des services administratifs se déroule sur le dernier semestre 2006. La synthèse réalisée par le chargé de mission en gestion des risques, le médecin du travail et son infirmière est ensuite soumise à l'équipe du service puis vue en commission pour cotation des risques avant validation par le CHSCT. Une enveloppe de 60 000 euros a précisément été allouée aux risques professionnels. La cotation repose sur la conjugaison de deux facteurs comportant chacun quatre niveaux : la fréquence et la gravité des risques, les risques étant présentés dans un ordre de criticité décroissant allant de 45 à 1.

Par ailleurs, l'approche choisie permet d'impliquer et d'associer les acteurs afin d'améliorer le niveau d'information dans le domaine de la réglementation des risques professionnels et de favoriser les retours d'expériences. Comme le rappelait le chargé de mission en gestion des risques du CHL, l'« *équipe est vraiment attendue dans les services* ».

L'implication des agents de l'établissement lors du passage dans les services permet de les sensibiliser à la culture du risque professionnel et aux risques auxquels ils sont confrontés, ainsi qu'aux moyens de prévention existants, certains agents oubliant le danger par habitude de la prise de risques.

La démarche adoptée respecte les principes du management par la qualité, c'est-à-dire les étapes du PDCA ou « roue de Deming » : plan (planifier), do (mettre en œuvre), check (vérifier), act (améliorer), conformément au schéma ci-après.



Les principales étapes de l'élaboration du document unique sont :

1. Préparation de la démarche :

- Elaboration d'une stratégie
- Information et communication
- Constitution et missions du groupe de travail pour l'élaboration du document unique
- Constitution et missions d'une commission de prévention des risques professionnels
- Choix de l'unité de travail
- Création d'un outil d'évaluation
- Elaboration d'un inventaire des risques professionnels adapté au domaine de la santé

2. Evaluation des risques et état des moyens de prévention

- Identification des risques
- Cotation des risques
- Mesures de prévention et de protection proposées
- Mesures déjà mises en œuvre et dépenses réalisées

3. Elaboration d'un programme d'action

- Choix des actions en fonction de la priorisation des risques
- Mise en œuvre d'actions en réduction de risques

4. Evaluation et suivi du programme d'action et du document unique

- Mesure de la criticité restante des risques après mise en œuvre des moyens de prévention ou protection
- Mise à jour périodique du document unique

- Evaluation des actions

La fin de l'élaboration du document unique pour le CHL est prévue pour fin 2006 - début 2007.

1.3 ...Qui rencontre cependant des limites pratiques et doit tenir compte de facteurs aggravants

1.3.1 Les difficultés d'élaboration du document unique

Plusieurs difficultés ont pu être rencontrées par les établissements dans l'élaboration du document unique.

La première difficulté est globale et tient avant tout aux spécificités hospitalières car comme le précise le Secrétaire général de l'ANMETPH, « *il n'y a pas un secteur avec autant de risques que l'hôpital.* » De par l'évolution de la technologie mais aussi la structure des métiers et des modes d'organisation du travail, les situations de travail actuelles sont susceptibles d'exposer l'agent à différents risques¹⁹.

D'autres difficultés sont d'ordre méthodologique dans la mesure où le décret de 2001 ne prévoit ni méthodologie ni modèle de présentation unique. La Directrice du Département Santé et Prévention de l'AP-HP explique à cet égard à quel point ses équipes ont pu « *flotter sur la méthodologie* » tandis que le Secrétaire général de l'ANMETPH parle d' « *un manque d'informations directes* » et que le gestionnaire des risques du Centre hospitalier de Longjumeau regrette le « *manque d'informations réglementaires* ».

Ces difficultés pratiques sont très diverses et varient d'un établissement à l'autre en fonction des moyens et expertises dont ils disposent. Ainsi à l'AP-HP, deux tiers des sites ont achevé la réalisation du document unique. Une méthodologie a d'abord été définie au niveau central avec la formation de référents puis des bilans d'enquête auprès des directeurs de site ont été réalisés deux fois par an. Cette année, les sites ont dû retourner au Siège ce qu'ils avaient élaboré. Ce retour a permis de constater plusieurs types de difficultés méthodologiques rencontrées fréquemment ailleurs. Des établissements ont ainsi été confrontés à des difficultés pour définir les unités de travail. La circulaire n°6

¹⁹ *L'aide soignante*, février 2004, n°54, p13

DRT du 18 avril 2002 précise que la notion d'unité de travail doit être comprise au sens large afin de recouvrir les situations très diverses d'organisation du travail. Certains établissements ont choisi la pièce tandis que d'autres ont pu considérer comme unité l'ensemble des services cliniques. Or dans le premier cas la spécialisation des risques n'est pas mise en valeur par un tel découpage tandis qu'au contraire le second ne permet pas le niveau de précision requis.

En outre la phase de confrontation entre d'une part le ressenti des équipes dans les services à partir de questionnaire et d'autre part l'évaluation des risques par le groupe de travail *ad hoc* n'a pas toujours eu lieu ce qui a pu conduire à une surévaluation des risques ou bien à une rédaction impropre. La perception du risque soulève par ailleurs beaucoup d'interrogations lors de la cotation d'un risque.

L'absence d'une personne dédiée uniquement à la gestion des risques professionnels et à la rédaction du document unique a pu également apparaître comme une limite dans l'élaboration de ce support. La responsable du Département Santé et Prévention de l'AP-HP reconnaissait à cet égard une double difficulté source d'instabilité :

« Ces fonctions, lorsqu'elles existent, ne sont que rarement occupées à 100% ; elles font par ailleurs l'objet d'un fort turnover. »

Si un ingénieur sécurité a à cet effet été recruté à l'AP-HP et est intervenu sur les sites, les besoins au niveau des établissements étaient et restent importants et les moyens parfois insuffisants comme le souligne le médecin du travail de l'hôpital de Saint Antoine pour qui le temps et l'expertise constituaient deux éléments essentiels mais trop souvent absents pour achever l'élaboration du document unique, générant de facto un sentiment d'insatisfaction et de frustration.

La technicité de la réalisation du support d'évaluation des risques a pu conduire certains établissements à recourir à un prestataire extérieur ou bien à se doter en interne d'une expertise en matière de gestion des risques. La première option a été retenue par les établissements hospitaliers du Bessin, structure publique qui s'est faite accompagner par un chargé de mission de l'ANACT et un cabinet de conseil pour présenter la réglementation et la démarche tandis que la dernière option a été retenue par le Centre hospitalier de Longjumeau ainsi que celui de Versailles qui ont confié la conduite de la démarche à un chargé de mission ayant reçu une formation en gestion des risques. Ce recours à une technicité extérieure ou interne explique certainement pourquoi ces établissements ont rencontré moins de difficultés que d'autres. Dans les deux derniers établissements précédemment cités, la démarche de prévention des risques professionnels et d'élaboration du document unique a été intégrée à la Direction de la

Qualité et de la Gestion des Risques et non à celle des Ressources humaines. Ce choix peut s'expliquer par l'intégration qui est souvent faite des risques professionnels dans un objectif global d'amélioration continue de la qualité et par le recours à des outils et concepts fréquemment utilisés en ce domaine ; la démarche inspirée «de la roue de Deming » en est une bonne illustration.

1.3.2 Des risques professionnels exacerbés par d'autres facteurs aggravants

- A) Le vieillissement démographique et l'augmentation de la durée de vie professionnelle

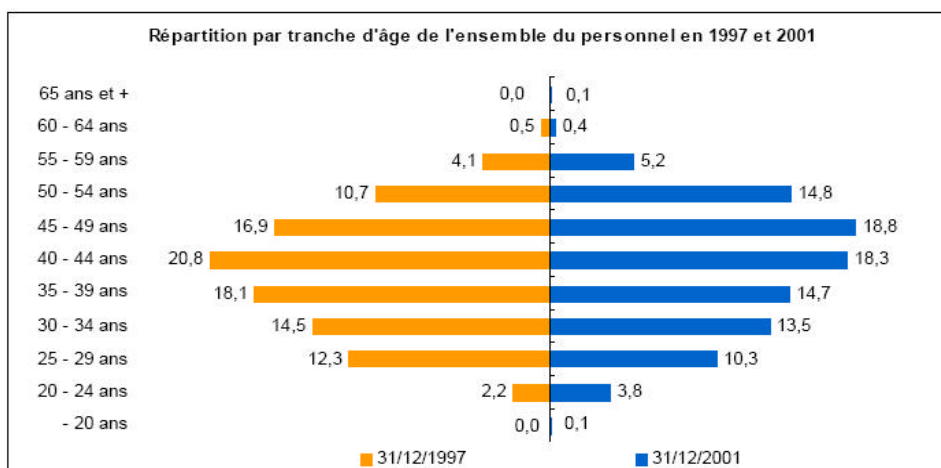
Le vieillissement démographique constitue un facteur susceptible de favoriser la survenue d'accidents ou de maladies graves. Le personnel hospitalier n'échappe pas à cette évolution puisque près de 60% du personnel non médical de la fonction publique hospitalière ont plus de 40 ans comme l'atteste le tableau ci-après.

Répartition du personnel par tranches d'âges et catégories professionnelles en 2001

PERSONNEL	AGE	AGE	AGE	AGE
	-30 ans	+35 ans	+40 ans	+50 ans
Ensemble Personnel	11.7%	74.6%	57.7%	17.2%
Administratif	14.1%	71.4%	54.7%	14.5%
Infirmier	9.5%	78.2%	62.3%	20.1%
Aide-soignant	8.5%	77.7%	56.8%	13.6%
A-S-H	18.3%	64.2%	48.0%	15.1%
Médico-technique	9.5%	79.5%	64.8%	19.8%
Technique	7.6%	82.4%	68.8%	28.1%

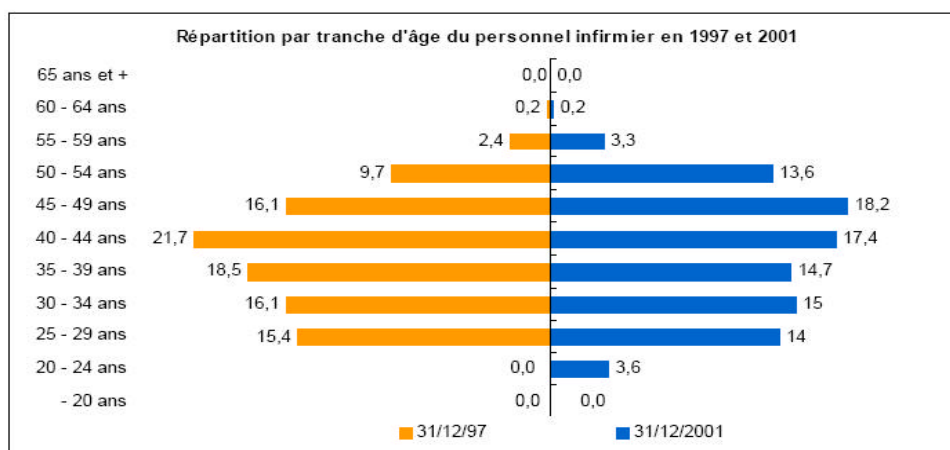
Source : Enquête "Coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé

La pyramide des âges du personnel non médical montre plus précisément une augmentation de la part constituée par les plus de 45 ans sur 2001 en comparaison avec 1997.



Source: *Enquête Coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé (échantillon de 118 établissements, données non redressées)*

Cette augmentation est particulièrement visible pour le personnel infirmier.



Source: *Enquête Coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé (échantillon de 118 établissements, données non redressées)*

Ce phénomène est encore renforcé par les récentes modifications concernant l'âge de départ à la retraite qui implique de facto un allongement de la durée de la vie professionnelle.

S'il n'y a pas davantage de déclaration d'accidents de travail chez les agents plus âgés que chez les agents jeunes, « l'expérience compens[ant] l'âge en terme de risque »²⁰, il n'en demeure pas moins que la souffrance et la pénibilité augmentent notablement avec

²⁰ Cf. entretien avec le Secrétaire général de l'ANMETPH

l'âge lorsqu'il existe une hyper sollicitation articulaire, une station debout prolongée, le maintien d'attitudes pénibles ou encore des distances importantes à parcourir pour se déplacer, ce qui est fréquemment le cas chez le personnel soignant.

Par ailleurs, les pathologies liées au vieillissement ou s'aggravant avec celui-ci sont une source possible d'absentéisme (comme le prouve le développement des congés longue maladie / longue durée) et par conséquent de souffrance pour les équipes dont la charge de travail augmente.

Le risque d'avoir un congé longue maladie / longue durée est fortement corrélé avec l'âge. Ainsi, une étude sur l'évolution de l'absentéisme entre 1998 et 2002 réalisée par DEXIA SOFCAH avance que les agents de plus de 50 ans ont 2,5 fois plus de risques que les agents de la tranche 30-39 ans et 7 fois plus que les agents de moins de 30 ans.²¹

B) L'évolution du contexte hospitalier et ses répercussions

L'évolution du contexte hospitalier montre une intensification forte des soins, une baisse des durées moyennes de séjour (DMS), une augmentation de la charge en soins qui y est associée, des horaires de travail particuliers. Assurer la continuité du service public impose ainsi aux agents des contraintes qui peuvent devenir accidentogènes. Ces éléments peuvent conduire à des situations d'épuisement professionnel ou « burn out », phénomène qui traduit un constat d'inadéquation entre les objectifs professionnels, les efforts dépensés et les résultats obtenus²².

Deux enquêtes récentes confirment ce phénomène. Ainsi, l'enquête PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) menée dans le cadre de l'étude scientifique européenne NEXT (Nurses Early Exit Study) et réalisée en 2002 sous la coordination du Dr Madeleine Estryng-Behar a concerné le personnel soignant de 55 établissements de santé français et de l'AP-HP. Les résultats montrent que si 87% des soignants affirment être fiers de leur métier, environ 13% d'entre eux pensent néanmoins « souvent » ou « parfois » à quitter définitivement leur profession. On observe que ce chiffre est plus important parmi les personnels des catégories les plus qualifiées (infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres). Cette conception est liée d'une part à la difficulté croissante de concilier vie de famille et travail et d'autre part à la

²¹ Cf. DEXIA SOFCAH, Les absences au travail dans les établissements hospitaliers, *Enjeux statistiques*, 2005, p 4

²² Cf. ROBERT O., Personnels soignants et risques professionnels, *Soins*, Juin 1997, n°616, p 7

dégradation de la santé physique et mentale liée à une activité professionnelle soutenue. La DREES a également réalisé en 2003 une enquête «conditions et organisation du travail à l'hôpital » auprès d'un échantillon de 5000 salariés des établissements de santé en comparant les résultats avec ceux issus de l'enquête «conditions de travail » de 1998 de la DARES. Il en ressort ainsi que les efforts d'attention et les efforts physiques semblent être devenus plus exigeants. 87% des infirmières se sentent ainsi exposées au risque de blessures avec du matériel.

Ce qu'il faut retenir

✓ Les risques, en milieu hospitalier, sont complexes et multiples. A ceux inhérents à l'activité de toute organisation s'ajoutent des risques spécifiques, notamment en milieu de soins et médico-technique.

✓ Les enjeux autour de la prévention des risques professionnels sont importants, principalement éthique, organisationnel, financier. Au-delà de l'obligation de tout employeur d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs telle que mentionnée dans la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991, et plus précisément de procéder à l'évaluation des risques professionnels, soigner les malades sans prendre soin des soignants apparaîtrait comme un paradoxe qui n'est aujourd'hui plus accepté.

✓ La politique de prévention des risques professionnels s'appuie sur des outils, tel que le document unique, et sur l'intervention de différents acteurs internes - la direction, des intervenants spécialisés, les responsables de services et les assemblées compétentes - et externes.

✓ Les contraintes hospitalières ainsi que des paramètres comme l'évolution de la pyramide des âges sont susceptibles de favoriser la survenue d'accidents ou de maladies, justifiant de facto leur prise en compte dans une politique de prévention.

2 Cette démarche de prévention doit pour réussir mobiliser toutes les ressources disponibles et s'inscrire dans une véritable politique institutionnelle de promotion de la santé au travail

2.1 Les bénéfices à retirer de l'utilisation croissante et optimale de certaines ressources

2.1.1 Le recours à l'expertise et aux échanges d'expériences

A) De la médecine du travail au service de santé au travail

Au printemps 2002 et suite au protocole d'accord du 14 mars 2000 qui prévoyait dans son volet « améliorer les conditions de travail » des mesures concernant la médecine du travail et la prévention des risques professionnels, un groupe de travail technique a été chargé de mener une première réflexion quant aux évolutions possibles de la médecine du travail dans les établissements de santé.

La dernière statistique sur la démographie des médecins du travail, qui date de 1999 et tire sa source de la Statistique d'Activité des Etablissements (SAE), recense 413 médecins en effectif physique dans les établissements de santé soit 248 ETP. Il convient de rajouter à ce chiffre les services de médecine inter entreprise auxquels les établissements de moins de 1500 agents recourent fréquemment.

Le médecin du travail a vu ses domaines d'intervention se renforcer et se complexifier ; ainsi il est amené à participer à des enquêtes demandées par les pouvoirs publics (risques d'exposition au sang, accidents de trajet...) et participe dans le même temps à toutes les démarches d'amélioration des conditions de travail qui se sont développées ces dernières années, notamment celles qui ont abouti à des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ainsi qu'à l'élaboration du document unique.

Depuis la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, la médecine du travail a évolué vers une médecine de santé au travail privilégiant l'approche multidisciplinaire avec la constitution d'un réseau de collaborateurs spécialisés dans les actions sur le milieu du

travail «*afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels*²³».

La situation actuelle est marquée par des difficultés de recrutement liées à une insuffisante attractivité de la fonction : statut et rémunération peu attractifs, faible reconnaissance institutionnelle et absence d'intégration à la communauté médicale sont souvent mis en avant.

Plusieurs pistes de réflexion ont été proposées par le groupe de travail technique afin de pallier les difficultés rencontrées à court et moyen terme et avoir accès à des ressources humaines spécialisées de plus en plus rares. Parmi ces propositions :

- la revalorisation de la rémunération et la définition d'un véritable statut
- la définition d'un cadre territorialisé de mutualisation de la médecine du travail distinguant trois niveaux et permettant de faire face à la pénurie à venir : le maintien d'un service de médecine de santé au travail dans les grosses structures, la mutualisation des médecins du travail - via une action coordonnée des Agences Régionales de l'Hospitalisation - pour les autres établissements qui n'en disposent pas et enfin un niveau national -qui existe déjà en partie - sous la forme de l'Institut National de Veille sanitaire (INVS) chargé de diffuser les bonnes pratiques et de conseiller les pouvoirs publics sur les politiques à conduire en matière de prévention des risques professionnels.

B) Les leçons de l'expérience

Afin de tirer les enseignements des accidents qui surviennent dans les services, l'établissement doit impérativement dresser de manière régulière un bilan des accidents du travail ainsi qu'une analyse de leurs circonstances et conséquences. Ces informations permettent de définir les actions à mener en priorité sur un risque ou un service. L'arbre des causes est une méthodologie créée dans les années 1970 par l'Institut National de Recherche et de Sécurité ; il s'agit d'un outil important d'analyse des accidents du travail au service de la prévention.

En pratique pourtant, cette démarche n'est que peu utilisée dans les établissements de santé. Il s'agit en effet d'une méthode scientifique qui requiert une formation et par ailleurs, la nature et les motifs des accidents survenus ne le justifient pas bien souvent du point de vue de nombreux acteurs de la prévention.

²³ Article 193 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002

Il conviendrait que les accidents ayant eu – ou qui auraient pu avoir – des conséquences graves, ceux qui se reproduisent très régulièrement dans les mêmes circonstances, soient analysés sous forme d'arbre des causes. En effet, cette méthode permet d'identifier les divers facteurs ayant entraîné un accident en partant de l'accident lui-même. A chaque étape, deux questions doivent être posées :

- Qu'a-t-il fallu pour que ce fait apparaisse ?
- A-t-il fallu autre chose ?

L'arbre des causes cherche effectivement à mettre l'accent sur l'enchaînement logique des faits (cause, conséquence, coexistence) et pas uniquement sur leur enchaînement chronologique.

Les règles de construction de l'arbre des causes sont les suivantes :

- observer les faits sans jugement de valeur ni interprétation
- décomposer la situation de travail en quatre éléments : individu, tâche, matériel, lieu
- remonter le plus loin possible en partant de l'accident
- faire l'enquête le plus tôt possible après l'accident sur les lieux mêmes de ce dernier en présence des personnes concernées.

C) Les interventions du réseau ANACT

L'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT) est un établissement public administratif créé en 1973 et placé sous la tutelle du Ministère chargé du travail. L'ANACT a développé un réseau d'antennes régionales (25) : les Antennes régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT).

Depuis 1999, le réseau ANACT conduit de nombreuses interventions dans le secteur hospitalier mais à partir de 2003, les demandes d'accompagnement des structures hospitalières se sont orientées vers la prévention des risques compte tenu de l'exposition des personnels dans ce secteur professionnel à de nombreux risques tant physiques que psychiques et des particularités hospitalières en matière de prévention des risques professionnels.

Il intervient à la demande des acteurs pour les aider à développer des projets innovants de changement dans les domaines touchant au contenu du travail et à son organisation.

L'ANACT et ses antennes régionales peuvent ainsi intervenir sous différentes formes :

- l'information et le conseil à l'employeur, au CHSCT, au médecin du travail.
- un diagnostic court : prestation permettant d'éclairer, par une intervention d'environ 5 à 10 jours, la situation de l'organisation au regard de la prévention des risques

professionnels, afin d'aider à la rédaction du document unique et à l'élaboration du plan d'action.

- une intervention longue afin d'accompagner l'organisation sur l'ensemble de sa démarche de prévention et sur un processus complet de changement.

D) Le Fonds national de prévention de la CNRACL

Le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles de la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) a été mis en place par la loi du 17 juillet 2001 pour réduire les risques professionnels auxquels sont exposés les agents des collectivités territoriales et des établissements hospitaliers.

Les missions du fonds sont de trois types :

- Le recensement et l'analyse des causes, conséquences et circonstances des risques professionnels
- Le financement de démarches de prévention sous forme de subventions
- L'élaboration de recommandations en matière de prévention.

Les axes soutenus par le fonds sont à la fois organisationnels et thématiques. Pour 2004-2006, ces volets comprennent :

* Pour les axes organisationnels

- système de sensibilisation interne
- organisation des services et des acteurs spécifiques de prévention
- organisation de l'accès aux ressources techniques ou juridiques traitant du domaine des risques professionnels
- développement des systèmes d'échange et de formation entre structures.

* Pour les axes thématiques

- maintien au travail après un accident du travail ou une maladie professionnelle
- risques liés à la circulation routière
- risques liés aux déplacements en milieu hospitalier
- pratique du sport chez les pompiers
- accueil du public dans les collectivités
- troubles psychosociaux
- manutention
- absentéisme

Afin de relayer son action auprès des hospitaliers, le Fonds national de prévention a décidé en 2005 de développer un partenariat avec la Société française de médecine du travail et d'apporter un soutien au projet de réseau inter CHU. Grâce à l'association de quatorze CHU, un réseau d'informations traitant de thématiques propres au milieu hospitalier dans le cadre de la démarche d'évaluation des risques est en cours d'élaboration et devrait aboutir en 2007.

La constitution d'un tel réseau va permettre la mise à disposition pour tous les établissements hospitaliers d'outils méthodologiques mais aussi de connaissances sur la démarche d'évaluation des risques.

2.1.2 Les ressources à développer dans le domaine de la formation

A) Le recours à des référents

Le recours à des formateurs internes pour assurer un relais au niveau des services peut apparaître comme une réponse aux difficultés généralement rencontrées par les établissements :

- limiter les coûts dans la mesure où il faut former plusieurs centaines d'agents
- permettre un suivi de la méthode dans les services par les formateurs eux-mêmes, ce qui ne peut être assuré par un intervenant extérieur
- associer des agents de l'établissement à la démarche en leur confiant un rôle de formateur

Ce dernier point est important dans la mesure où ce recours à une ressource interne constitue un levier fort de motivation et d'implication des agents.

Une possibilité consiste à démultiplier des formations reçues au plus près des agents. Cette option a été adoptée dans des structures comme le Centre hospitalier de Longjumeau ou de Versailles.

Au Centre hospitalier de Versailles, un consultant extérieur a formé des référents en matière de prévention des situations de violence qui forment à leur tour les principaux secteurs concernés ; ces agents formés ont été :

- le psychologue du travail
- le responsable de l'équipe sécurité
- le responsable formation
- un cadre supérieur

De même, au Centre hospitalier de Longjumeau, plusieurs formations en lien avec la prévention des risques professionnels sont assurées par des agents au niveau

décentralisé. Une formation en hygiène par binôme cadres/soignant par unité de soins a été initiée sur 2005/2006 par des intervenants internes à l'établissement. Ces correspondants hygiène améliorent la diffusion des nouveaux protocoles en facilitant leur mise en application correcte dans les services et expliquent les obligations réglementaires relatives à la prévention du risque infections ; ils ont aussi pour fonction de faire remonter toute difficulté à l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) qui constitue le véritable référent en ce domaine. L'infirmière hygiéniste précisait à cet égard qu'ils « *font passer un message de compétences* ».

En 2004, 13 référents manutention, choisis dans les services qui étaient le plus exposés, ont par ailleurs été formés par un organisme en interne pour participer aux actions de prévention et d'éducation auprès du personnel soignant, médico-technique et de toute personne pratiquant des manutentions. Ces référents transmettent alors et partagent les connaissances acquises et un savoir faire au quotidien à leurs collègues. Une formation de formateurs a aussi été organisée pour démultiplier les formations en interne auprès de petits groupes, leurs compétences pédagogiques étant mises en avant.

L'hôpital de Saint Antoine à l'AP-HP a fait le choix de recourir à des référents dans chaque service. Ces référents - correspondants hygiène et correspondants manutention - ont un rôle principalement d'alerte et de circulation des informations et problèmes rencontrés.

Ce recours à des ressources internes en tant que relais d'action au niveau décentralisé n'enlève toutefois aucunement le rôle essentiel attribué à la formation. La formation continue reste un élément important de lutte contre les risques professionnels et doit être systématique et accessible à tous. Il convient également de ne pas négliger la formation continue des personnels qualifiés – direction, médecins, cadres de santé – totalement concernés par cette démarche et dont l'exemple peut être déterminant.

Il est par ailleurs de la responsabilité de l'établissement de sensibiliser le personnel aux risques inhérents aux fonctions exercées, par le biais précisément de la formation continue mais aussi des campagnes d'information. Le personnel doit prendre conscience des risques qu'il court dans son travail sans les sous-estimer ni les surestimer.

B) Le recours aux nouvelles technologies de la communication

L'hôpital ne peut rester à l'écart du développement des nouvelles technologies qui peuvent au contraire se révéler être un outil efficace et original en matière de prévention des risques professionnels. Les établissements publics de santé, à l'inverse de ceux du

secteur privé, n'accordent encore que peu d'intérêt à ce qui paraît toutefois être une approche très innovante : l'autoformation via le e-learning.

Le Centre hospitalier de Versailles s'est précisément démarqué en investissant dans ce projet dès 2005. Sa démarche a découlé de quatre constats :

- les problèmes de disponibilité du personnel pour se rendre aux formations dites traditionnelles
- la conception désuète de la formation continue fondée essentiellement sur le présentéisme (cf. aspect scolaire, salle de cours..)
- le coût direct et indirect engendré par les impératifs de formation continue
- une cible pas toujours atteinte concernant certaines actions de formation

Avec l'aide d'une société spécialisée dans la gestion des risques trois modules ont été élaborés :

- les infections nosocomiales,
- la sécurité incendie
- le bio-nettoyage.

L'expérimentation a été faite auprès des équipes de nuit, soit 200 agents, qui ont eu trois mois pour valider les trois modules.

Si le travail de préparation reste important et l'implication des cadres nécessaire, les résultats ont été très encourageants avec un taux de validation de 98%.

Au regard des résultats obtenus mais aussi de l'intérêt financier que cette démarche constitue – le coût est de 20 euros par agent et par module - la démarche est actuellement en cours de diffusion auprès des soignants, l'objectif étant qu' « *en 2008 tous les agents au lit du malade aient acquis les connaissances indispensables sur les risques professionnels* »²⁴.

D'autres modules sont par ailleurs en préparation et vont être mis en ligne très prochainement tels que celui sur les accidents d'exposition au sang ou celui sur les gestes et postures.

²⁴ Cf. propos du Directeur des Ressources humaines du Centre hospitalier de Versailles

2.2 L'amélioration des conditions de travail doit être pensée dans le cadre d'une démarche institutionnelle et volontariste pour les agents en difficulté

2.2.1 Les différents niveaux de maintien au travail : de l'aménagement des conditions de travail au reclassement

A) De l'aménagement des conditions de travail pour les agents en difficulté ...

Si la retraite se prend aujourd'hui plus tard et si la diminution des forces physiques et l'usure professionnelle se font sentir plus tôt, il est important de prévoir et d'essayer de diminuer les incidences possibles au niveau professionnel en améliorant les conditions de travail et en adaptant le poste de travail aux aptitudes (médicales) de l'agent. Agir de manière préventive sur les risques professionnels est donc aussi un moyen d'éviter ou du moins de réduire l'apparition éventuelle d'inaptitudes physiques futures. De même, dans le cas d'un retour au travail après une absence prolongée pour cause d'AT-MP, des mesures d'organisation et des conditions de travail adaptées sont nécessaires puisqu'il appartient à l'administration de tout mettre en œuvre pour faciliter le retour à l'emploi d'un agent victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle et/ou qui souffrirait d'un handicap. Dans ce sens, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées montre bien à quel point les enjeux sont complexes mais les réponses essentielles à apporter. A cet égard, le décret n°2006-501 du 3 mai 2006 met en place un fonds pour l'insertion des personnes handicapés dans la fonction publique.

L'AP-HP mène depuis plusieurs années une politique active en faveur des personnels rencontrant des difficultés dans leur vie professionnelle du fait de leur santé ou de leur handicap. Cette politique a récemment été réaffirmée par la conclusion en juin 2004 d'un protocole d'accord en faveur des agents handicapés mis en œuvre au niveau du siège, principalement par le Département Prévention et Santé au Travail, et au niveau des sites. Les principales mesures mises en œuvre concernent les aménagements de poste, la formation et les bilans d'orientations et de compétences.

Le cadre réglementaire de référence est constitué par la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, le décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière et le décret n°89-376 du 8 juin

1989 pris pour l'application de la loi du 9 janvier 1986 relatif au reclassement des fonctionnaires pour raison de santé. L'article 71 de la loi du 9 janvier 1986 dispose notamment que « *lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation n'est pas possible, ils peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils sont déclarés en mesure de remplir les conditions correspondantes.* » Cet article montre la volonté du législateur de prioriser l'adaptation du poste à l'agent, c'est-à-dire l'aménagement du poste de travail à l'état de santé de l'agent, par rapport au reclassement qui doit rester la solution ultime.

Le médecin du travail, qui formule un avis à un moment donné sur l'aptitude médicale de l'agent à son poste de travail, peut être amené à apporter des recommandations sur l'aménagement des conditions de travail. C'est en effet le rôle du médecin du travail de prévenir ou de limiter toute dégradation de l'état de santé des agents, notamment en faisant des propositions d'adaptation de poste de travail.

Ces aménagements, qui peuvent être définitifs ou temporaires, consistent à rechercher les éventuelles améliorations à apporter au poste afin d'éviter une aggravation des lésions ou bien, si les lésions sont stabilisées, permettre un maintien de la personne sur un poste de travail qui respecte au mieux son état de santé.

Ces recommandations peuvent concerner divers domaines du poste de travail :

- l'agencement de l'espace de travail (dimension, situation des tâches à réaliser les unes par rapport aux autres, accessibilité aux espaces de travail...)
- le matériel de travail, i.e. les structures et formes du matériel favorisant un travail qui respecte au mieux la physiologie humaine
- le contenu et l'organisation des tâches à accomplir

Outre l'aménagement de son poste de travail dont peut bénéficier l'agent reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions par suite d'une altération de sa santé, une affectation dans un autre emploi de son grade est également possible au regard du principe de séparation du grade et l'emploi.

B) ...Au reclassement

Si le handicap ou les difficultés ne peuvent être compensés par des aménagements du poste de travail, des possibilités de reclassement sont prévues dans des corps de niveau supérieur, équivalent ou inférieur.

Le reclassement dans un autre corps est proposé par le médecin du travail et nécessite l'avis du Comité médical et de la Commission administrative paritaire mais dans tous les cas, la demande doit être faite par l'agent.

Dans les faits toutefois, ce type de reclassement n'est que rarement réalisé compte tenu des avantages – notamment financiers – que l'agent perd en acceptant un changement de grade.

A ce reclassement administratif²⁵ ou statutaire se substitue alors un reclassement fonctionnel²⁶ ou une reconversion professionnelle, les termes usités étant divers pour signifier la même chose. Le changement de métier concerne dans la majorité des cas les soignants pour qui la seule solution compte tenu de leurs restrictions d'aptitude est la plupart du temps d'être affectés dans les services administratifs. La responsable du Département de Santé et Prévention de l'AP-HP parle à ce propos d'un « *vrai sujet de tension* » :

« Le reclassement des personnels est très mal vécu par les administratifs car c'est selon eux nier leurs compétences. »

Pour les agents eux-mêmes, ce changement est aussi difficile à accepter et ce à double titre : d'abord changer de métier suppose de faire le deuil de celui que l'on exerçait et que l'on aimait ; c'est ce qu'exprimait justement une aide-soignante affectée dans un service administratif au Centre hospitalier de Longjumeau :

“Le plus dur est d'accepter l'idée que l'on ne refera plus jamais son métier”.

La vision du « reclassé » reste par ailleurs encore largement négative. Les propos du Secrétaire général de l'ANMETPH sont symptomatiques de ceux tenus par d'autres médecins du travail ou par les assistantes sociales rencontrées à l'occasion des entretiens qui ont été conduits :

« Le reclassé n'est jamais bien perçu dans le service où il arrive. Le cadre préfère bien souvent que l'agent soit en arrêt pour avoir quelqu'un qu'il considère plus performant. »

²⁵ Terme utilisé dans le protocole précédemment cité conclu à l'AP-HP

²⁶ idem

2.2.2 Une réponse institutionnelle à donner pour une gestion personnalisée des agents en difficulté

- A) La nécessité d'intégrer dans une démarche de GPEC la gestion des agents en difficulté

Dans le cadre d'une prise en compte des incidences professionnelles des risques professionnels et des facteurs favorisant la survenue des accidents et maladies tel que le prolongement de la durée de vie professionnelle, il paraît essentiel de mettre en place une démarche prospective en matière de gestion des ressources humaines. Faire de la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) consiste précisément à évaluer qualitativement et quantitativement les ressources en personnel à moyen terme. S'il s'avère difficile de prévoir le nombre d'agents présentant des inaptitudes physiques et la nature de celles-ci, il est en revanche utile d'anticiper les compétences qui pourront être développées par les agents en difficulté et d'utiliser au mieux le potentiel humain dont ils disposent. Le vieillissement des personnels, même s'il n'est pas toujours synonyme d'inaptitude, incite encore plus à développer ce type de politique. Dans ce cadre, un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière a été élaboré à la suite d'une longue démarche d'association des professionnels de santé au sein de l'Observatoire des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière créé en 2001. Ce document représente un outil d'aide à la décision individuel et collectif pour les professionnels. Il identifie et décrit 183 métiers, classés selon une nomenclature à quatre niveaux : métier, sous famille, famille et domaine fonctionnel. Chaque métier y est décrit suivant une même méthodologie et organisé en rubriques : définition, activités, compétences, relations professionnelles, passerelles...

La prise en compte des agents présentant des restrictions d'aptitude du fait de problème de santé conduit donc à réfléchir à la mise en place d'une gestion personnalisée (et anticipée dans la mesure du possible) pour le maintien dans l'emploi de ces agents. Cette réflexion s'intègre complètement dans le cadre réglementaire évoqué précédemment, à savoir la prévention des risques professionnels. En effet, l'article L230-2 du Code du Travail énonce parmi les principes de prévention la nécessité d'« *adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements.* » La politique d'amélioration des conditions de travail doit du reste prévenir les atteintes à la santé des personnels au travail ou en limiter les conséquences le cas échéant.

- B) Une réponse possible apportée par plusieurs établissements : la mise en place d'une commission de gestion personnalisée des agents en difficulté

Au regard des expériences réussies d'implantation d'une commission de gestion personnalisée des agents en difficultés – aux intitulés multiples selon les établissements – dans des structures elles-mêmes diverses mais aussi pour mettre fin à une approche empirique de la problématique, une démarche similaire a été conduite au Centre hospitalier de Longjumeau. La réalisation de ce projet répondait à une demande forte des différents acteurs : médecin du travail, Directeur des Ressources humaines, membres du CHSCT.

Font parties de cette « commission de reclassement » les acteurs intervenant dans la gestion des agents en difficultés pour raison de santé :

- le Directeur des Ressources humaines
- l'attaché d'administration de la direction des Ressources humaines
- la personne des ressources humaines en charge des dossiers administratifs
- un représentant de la Direction des Soins
- le médecin du travail
- un représentant du CHSCT.

Toute expérience réussie dans un autre établissement n'étant pas automatiquement transférable tel quel avec succès dans un autre, il est important de toujours tenir compte des spécificités locales en adaptant de fait la démarche. Ainsi, les contraintes budgétaires propres au Centre hospitalier de Longjumeau – l'existence d'un contrat de retour à l'équilibre financier - expliquent par exemple l'absence d'un représentant des services techniques au sein de la commission même si l'acquisition d'un matériel pourra être envisagée si nécessaire. Il convient toutefois de laisser ouverte la possibilité d'inviter de façon ponctuelle toute personne dont l'avis est estimé nécessaire au traitement du dossier.

En terme de méthodologie, la démarche d'une telle commission passe par une analyse du travail. En cas d'aptitude restreinte d'un agent, la stratégie consiste d'abord à maintenir la personne sur son poste en essayant d'adapter au mieux la situation de travail à l'état de santé de l'agent. Le point de départ est le descriptif du poste de travail. Il s'agit de voir dans les activités professionnelles ce que l'agent peut faire, ce qu'il peut faire avec (mise en place de matériel, aide d'un collègue dans le cadre d'une nouvelle organisation...) et ce qu'il ne peut pas faire. Le recours au répertoire des métiers peut précisément s'avérer un outil d'aide à la décision précieux. Si un tel maintien dans le poste d'origine n'est pas possible, l'attitude adoptée consiste à réfléchir à un reclassement dans le service, ou si

cela n'est pas possible, dans un autre service. En cas de poursuite de l'exercice professionnel rendue impossible s'applique enfin le traitement social du handicap. Il convient toutefois de souligner qu'aucun poste supplémentaire n'est spécifiquement créé pour répondre à un tel reclassement, la recherche se faisant dans le cadre des disponibilités et besoins de l'établissement.

La mission de ce type de commission doit être de permettre le maintien dans l'emploi des agents en situation d'inaptitude pour raison de santé par une analyse pluridisciplinaire. Elle a à assurer le suivi des situations d'agents placés sur des postes aménagés ou affectés sur un autre poste et pour les nouveaux cas :

- Etablir dans le respect du secret médical un bilan du potentiel modifié de l'agent en raison des restrictions d'aptitude dont il fait l'objet
- Emettre des propositions d'aménagements de poste de travail
- Contractualiser avec l'agent les conditions de l'aménagement une fois la décision finalisée et acceptée par l'agent

L'existence d'une telle commission de reclassement ne remet pas en cause l'existence d'instances médicales extérieures tel que le Comité médical dont le rôle reste essentiel. Le Comité médical départemental, dont ses attributions ont une incidence très importante dans la gestion des problèmes de santé au travail, est consulté en effet obligatoirement sur :

- La prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs
- L'octroi et le renouvellement des congés de longue maladie ou de longue durée
- La réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée
- L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé de maladie, de longue maladie, de longue durée ou disponibilité d'office
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement
- Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique de l'agent
- Ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires (comme par exemple pour le mi-temps thérapeutique)

Il ne s'agit pas là d'une instance de contrôle médical mais il donne un avis précis sur les questions posées par l'autorité compétente.

2.3 La démarche de prévention des risques professionnels reste un choix essentiellement politique d'établissement

2.3.1 Un engagement fort de la direction pour un axe stratégique essentiel

L'objectif de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail doit pour réussir s'inscrire dans une logique institutionnelle et exiger un engagement fort de la direction.

Deux supports peuvent être utilisés par l'établissement pour inscrire son engagement et sa stratégie dans la durée.

A) L'accréditation

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la procédure d'accréditation des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement. Le manuel de l'ANAES définit précisément l'accréditation comme une *« procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques »*.

L'accréditation a eu une action positive sur la prise en compte des risques professionnels. En effet, ces derniers sont un élément évalué par la procédure d'accréditation dans la mesure où l'interaction est forte entre la qualité du travail et la qualité des soins délivrée aux patients.

La deuxième procédure d'accréditation « V2 » – dite de certification - intègre dans ses chapitres des liens forts avec la gestion des risques notamment des critères concernant spécifiquement la gestion des risques professionnels :

- Dans le chapitre I intitulé « Politique et Qualité du Management » - critère 3 c :

L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.

Les conditions de travail doivent être évaluées à périodicité définie, notamment dans le cadre de la prévention des risques professionnels. Une politique de suivi et de gestion, adaptée aux personnes ayant des problèmes de santé ou présentant un handicap, est mise en place.

- Dans le chapitre II intitulé « Ressources transversales » - critère 14 b :
Des dispositions sont en place pour identifier et analyser a priori les risques.

L'identification des risques permet de gérer les risques prévisibles avant la survenue d'événements indésirables. C'est par exemple la démarche utilisée pour l'inventaire des risques professionnels dans le document unique.

- Dans le chapitre II « Ressources transversales » - critère 16 e :
Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail.

La politique vaccinale avec détermination du taux de couverture vaccinale, la prévention et la prise en charge des accidents liés à l'exposition au sang et aux produits biologiques, la prévention et la transmission des infections contagieuses telles que la tuberculose, la gale, les hépatites virales font partie de ce programme.

La démarche d'accréditation est à la fois une obligation mais aussi une opportunité pour les établissements de s'engager ouvertement dans une démarche volontariste de prévention des risques professionnels impliquant activement les agents. Il convient de souligner que la nécessité d'une gestion des personnels en difficulté du fait de problèmes de santé ou d'un handicap est clairement identifiée comme faisant partie de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

B) Le projet social

Le projet social donne les grandes orientations de l'établissement en matière de gestion des ressources humaines. Il s'est vu conforté dans son rôle moteur au sein du projet d'établissement dont il est une des composantes.

La loi de modernisation sociale n°2002-73 du 17 janvier 2002 rend la réalisation de ce document obligatoire pour tout établissement de santé ; elle présente la disposition suivante relative au projet social : « *Le projet social définit les objectifs généraux de la*

politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. » Cette loi réaffirme en outre la problématique de la prévention des risques professionnels et le caractère pluridisciplinaire de la démarche.

Il est à relever que la circulaire du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens préconisait déjà la mise en place d'une politique sociale en faveur des agents en situation de handicap.

Le projet social est le plus souvent le fruit d'un travail collectif de concertation, les axes retenus correspondant aux préoccupations exprimées par les personnels de l'établissement mais aussi aux priorités de la direction. Cette démarche explique donc pourquoi chaque projet est différent même si les grands objectifs perdurent.

Le projet social du Centre hospitalier de Longjumeau, élaboré pour la période 2003/2007, propose des actions concrètes concernant la prévention des risques professionnels, l'amélioration des conditions de travail et le traitement des personnes en difficulté pour raison de santé. Ces mesures envisagées s'inscrivent ainsi dans les axes stratégiques de l'établissement en matière de gestion des ressources humaines. Ces axes sont la gestion des carrières et des compétences et par ailleurs les conditions de travail. Il s'agit à l'intérieur de ces axes essentiellement des mesures suivantes : « reclassements professionnels médicaux ou liés à des réorganisations ou consécutifs à des réorientations professionnelles à réaliser dans de bonnes conditions », « prévention des troubles musculo-squelettiques et des lombalgies » et « renforcement de la sécurité et prévention des actes de violence à l'hôpital ». L'inscription de ces thèmes dans le projet social montre d'une part qu'ils constituent un objet de préoccupation important pour les agents et d'autre part qu'ils sont considérés comme prioritaires pour la direction.

De même, le Centre hospitalier de Versailles a inscrit l'amélioration des conditions de travail et la qualité de vie au travail comme un axe fort de son projet social 2005/2010. Six actions sont proposées dans ce sens parmi lesquelles, au-delà de la démarche de prévention des pathologies et risques professionnels, s'insèrent des actions telles que « prévenir et accompagner les situations de violence », « alléger la charge mentale et physique »...

Au sein du volet consacré à la gestion des emplois, des compétences et des qualifications la fiche action « améliorer l'adaptation au poste » montre que la gestion des

agents ne pouvant plus assurer pour des raisons médicales leur fonction dans leur métier d'origine doit être une action prioritaire à mener de manière continue et volontariste.

2.3.2 La prévention des risques professionnels, une opportunité managériale

A) Une opportunité de progrès et de plus-value pour l'établissement

Face à l'obligation légale pour tous les établissements, quelle que soit leur taille, de consigner l'évaluation des risques professionnels dans un document unique, la tentation est grande d'en rester à une démarche plus ou moins formelle, menée «à l'économie». La prévention des risques professionnels est au contraire une opportunité de progrès et de plus value pour la structure.

Ces améliorations se constatent sur des critères tant organisationnel (réduction de l'absentéisme et accroissement de la disponibilité des équipes, diminution des incidents engendrant des pertes de temps), qualitatif (préservation et amélioration de la qualité du service rendu au patient), que financier (baisse du coût des cotisations, baisse également des coûts indirects comme le turn-over). Au niveau de l'attractivité accrue de la structure, du maintien en activité des salariés vieillissants porteurs d'inaptitudes ou handicapés et enfin au niveau de la restauration d'un climat et de relations sociales favorables, les résultats sont également tangibles. Ces gains directs et indirects doivent inciter à faire de la promotion de la santé et de la sécurité au travail un axe stratégique important de l'établissement.

B) Un levier de management

La démarche de prévention des risques professionnels est aussi l'occasion, au-delà de l'obligation réglementaire, d'impulser une démarche participative et d'impliquer les agents en les associant dans un projet fédérateur. La composition pluridisciplinaire du groupe de travail qui se déplace dans les services au Centre hospitalier de Longjumeau pour réaliser l'inventaire des risques professionnels pour chaque unité de travail est un bon exemple.

C'est au directeur d'hôpital qu'il revient d'impulser une démarche efficiente et participative de promotion de la santé au travail et d'engager les actions de manière à ce que les agents accordent une forte crédibilité à ces problématiques. Une communication suffisante est dans ce sens indispensable au sein de l'établissement pour que soient diffusés et surtout appliqués les choix managériaux.

Si les échanges entre les différents acteurs participent à l'introduction d'une véritable culture du risque à tous les échelons de l'établissement, plus largement, cette démarche permet aussi une écoute active des agents. Au Centre hospitalier de Versailles, l'équipe projet s'est déplacée par binôme dans chaque unité de travail pour procéder à des visites et des interviews. La méthode de l'interview, si elle est certes plus longue, facilite cette écoute. C'est aussi l'occasion de sensibiliser les agents aux risques inhérents à leur activité et aux mesures de prévention. Ainsi, ces évaluations des risques professionnels se révèlent être une opportunité d'échange très enrichissant engendrant souvent un dialogue social sur les conditions de travail et de vie dans le service et dans l'établissement. En cela, ce dialogue constitue une véritable occasion pour connaître la perception du personnel et aller vers un changement culturel qui ne peut toutefois réussir sans un engagement fort de la direction.

Ce qu'il faut retenir

v La mise en œuvre d'une politique optimale de prévention des risques professionnels passe par un recours accru à des ressources externes et internes trop souvent sous-estimées. La prévention est une dynamique qui s'enrichit d'apports divers : expertises, échanges d'expériences, nouvelles technologies mais aussi apport des agents eux-mêmes via le rôle de référent...

v La prévention pour être efficace et acceptée par tous doit aussi et surtout s'inscrire dans la durée et être soutenue par une volonté politique forte. La prévention des risques professionnels doit être considérée comme un axe stratégique car elle est pour l'établissement une opportunité de progrès et de plus value.

v L'amélioration des conditions de travail des agents en difficulté pour raison de santé doit également être une préoccupation institutionnelle forte afin d'optimiser les compétences de ces agents et leur permettre un maintien dans l'emploi. La mise en place d'une commission chargée de trouver de manière concertée et pluridisciplinaire des réponses au maintien dans l'emploi de ces agents s'avère être une voie intéressante. Dans tous les cas, cette préoccupation doit être intégrée dans une démarche de GPEC.

Conclusion

Au-delà du respect de l'obligation légale, une politique de prévention des risques professionnels qui diminue la survenue des accidents et des maladies et améliore les conditions de travail est une opportunité de progrès et un facteur de performance pour l'établissement. Dans ce cadre, il convient d'instaurer une réelle démarche de prévention qui s'appuie sur des principes fondateurs, une politique clairement définie, explicitement formulée et portée à la connaissance de tous. L'engagement du directeur d'hôpital est déterminant pour la pérennité et la réussite de la démarche dans la mesure où il a un rôle d'impulsion et de soutien en affichant une position claire et durable dans ce sens. Les enjeux sont à la hauteur de cette évolution nécessaire : la santé et la sécurité des agents, le maintien des conditions de travail aptes à permettre la poursuite d'un service public de qualité et enfin des économies à terme en coût humain, social et budgétaire.

La politique de prévention des risques professionnels doit également se fixer comme objectif de faire des emplois de qualité la norme. Les évolutions démographiques, touchant les personnels mais aussi les usagers, nécessitent une réflexion approfondie sur les conséquences de ces changements dans la gestion des personnels. Parmi les grandes politiques à mener, celle qui consiste à assurer le maintien dans l'emploi des personnels âgés et/ou ayant des problèmes de santé apparaît essentielle. Le contexte hospitalier et ses spécificités incitent d'autant plus à une telle démarche. Il paraît donc important d'intégrer dans les politiques de prévention le facteur de l'âge au travail mais aussi d'adapter la politique de prévention dans un environnement de plus en plus contraignant et changeant. Ces fortes évolutions de l'environnement induisent incontestablement un changement radical dans les modes de managements hospitaliers et notamment dans les modes de gestion des ressources humaines. Les pratiques de gestion anticipée des ressources humaines et particulièrement la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont à développer ou à renforcer dans les établissements.

L'expérience anglo-saxonne des «*Magnet Hospitals*» lancée dès les années 1980 dans un contexte de pénurie de personnel doit également donner à réfléchir. Cette démarche s'intéresse aux méthodes de gestion des ressources humaines et aux caractères organisationnels spécifiques qui permettent dans des conditions pourtant difficiles à des établissements d'attirer et de fidéliser leur personnel : style de gestion participatif, accent sur la formation initiale et continue, possibilités de développement de la carrière professionnelle, conditions de travail attractives... Plus que jamais, la préservation de conditions de vie et de travail favorables sera un levier de choix pour les personnels auquel devra s'adapter l'établissement s'il veut les recruter et les retenir.

Bibliographie

Ouvrages

ASKENAZY P, *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Seuil, 2004, 95 pages

BAROTEAUX F., *la prévention des risques professionnels*, la Lettre du cadre territorial, 2001, 149 pages

GEY J-M, COURDEAU D, *Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail : maîtriser et mettre en oeuvre l'OHSAS 18001*, Paris : AFNOR, 2005, 149 pages

GRANDGUILLOT D, *Droit du travail et de la Sécurité sociale*, Gualino, 2005, 270 pages

MALINGREY P., *Droit de la santé et de la sécurité au travail*, Gualino, 2003, 270 pages

POITOU P., *Souffrances, le coût du travail humain*, Paris : L'Harmattan, 2005, 192 pages

RAK R., *Accidents du Travail, guide pratique médico-administratif et juridique*, éd. Mimi Editions, 137 pages

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Le travail en France. Santé et sécurité 2004-2005. Actions. Perspectives. Chiffres clés*, Liaisons sociales, 2005, 234 pages

Articles de périodiques

Dossier Handicap et fonction publique, *Les Cahiers de la fonction Publique et de l'Administration*, mai 2004, n°234, pp 3 - 10

Plan santé au travail 2005-2009, *Liaisons sociales*, 4 Mars 2005, n°15, pp1-18

ANHOURY P., SCHEIDER B., Mettre en place une politique de gestion des risques professionnels, *Gestions hospitalières*, Janvier 2003, n°422, pp 31 - 37

BADEL M, La notion de risque professionnel : état des lieux à la lumière des évolutions récentes, *Revue de droit sanitaire et social*, Mars 2004, n°1, pp. 206-232

CAILLARD J-F, GEHANNO J-F., L'évaluation des risques professionnels, une démarche de progrès pour l'hôpital, *Gestions hospitalières*, Janvier 2003, n°422, pp 26 - 30

COUDRAY MA et BARTHES R., Le management hospitalier à la croisée des chemins, *Gestions hospitalières*, Janvier 2006, p18-23

CRU D. Dépasser les circonstances de l'accident, DAVEZIES P., Mythiques tricheries du lundi, MARASCHIN J., Du zéro accident au zéro prévention, VOLKOFF S., Décomptes ou mécomptes, *Santé et travail*, Juillet 2002, n°40, pp 21 - 49

COUTURIER G., Vers un droit du reclassement? , *Droit social*, Mai 1999, n°5, pp 497 - 503

DELPLANQUE R., Les risques du travail soignant, *Soins Cadres*, Mai 2001, n°38, pp 46 - 50

DRUET-CABANAC M., SZOPINSKI M., TIBARBACHE H., DUMONT D., Etude des causes de non-déclaration des accidents d'exposition au sang au CHU de

Limoges, *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 2003, n°7-8, pp 453 - 459

DUHAMEL C., Des précautions pas si universelles que ça, *Santé et Travail*, Juillet 2002, n°40 pp 38 - 39

ERTEL S., Les risques d'un métier, *Hygiène en milieu hospitalier*, Mars 1998, n°6, pp 8 - 15

ESTRYN-BEHAR M., Souffrance psychique et risque de burn out chez les infirmières, *Soins*, Juin 1997, n°616, pp 13 - 17

FORISSIER, VOLCKMANN, Les différentes formes de violence sur le personnel hospitalier, *L'aide-soignante*, Février 2004, n°54, pp 18 - 19

GALLET A.-M., Risques professionnels et risques psychosocial à l'hôpital, *Revue hospitalière de France*, Mars Avril 2006, n°509, p 35-38

GUIMBAUD B., La gestion des risques à l'hôpital, des concepts à la mise en place, *Soins*, Janvier - Février 2000, n° 642, pp 31 - 34

GUIMBAUD B., La gestion des risques à l'hôpital, *Revue hospitalière de France*, Juillet - août 2000, n°4, pp 51 - 57

GUIMELCHAIN-BONNET M., Les accidents exposant au sang, *L'aide-soignante*, Février 2004, n°54, pp 14 - 17

HEAS F., Les obligations de reclassement en droit du travail, *Droit social*, Mai 1999, n°5, pp 504 - 505

HOIBIAN F., Agir contre les accidents du travail au Centre hospitalier de Firminy, *Gestions hospitalières*, Novembre 1996, n°360, pp 680 - 684

LE BIANIC T., L'inaptitude au travail : une construction sociale ? , *Éducation permanente*, 2003, n°156, pp 55 - 65

MARESCOTTI H., RAMOS M., Le mal de dos, *Soins*, Juin 1997, n°616, pp 10 -12

MERTANI C., JOBIT-LAUDETTE, Risques professionnels : du constat à posteriori à l'évaluation a priori, *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, Novembre 2003, pp 9 – 24

MERTANI C., Personnels en situation de handicap : où en est la Fonction publique hospitalière ? , *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, Mars 2002, pp 9–17

NICOLLE P., La prévention des risques professionnels dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, *Performances*, Janvier - Février 2006, n°26, pp 34-40

PARNEIX P., Les Accidents d'exposition au sang, *Hygiènes*, 2003, volume XI, n°2, pp 101-169

RIVES C., Dispositif du Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, *Revue hospitalière de France*, Mars - Avril 2006, n°509, pp 34 - 35

ROBERT O., Personnels soignants et risques professionnels, *Soins*, Juin 1997, n°616, pp 5-9

SCTRICK L., Les risques professionnels à l'hôpital, tour d'horizon, *L'aide-soignante*, Février 2004, n°54, pp 12-13

Conférences

NOBRE T., L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité, XXème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Bordeaux, 1999

Rapport et enquêtes

Synthèse annuelle des données sociales hospitalières Année 2003, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Décembre 2005

Conditions et organisation du travail à l'hôpital, DRESS, 2003

Les absences au travail dans les établissements hospitaliers : évolution de l'absentéisme entre 1998 et 2002, DEXIA SOFCAH, 2005

Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, étude Presst Next, 2004

Mémoires

DAUTEL A.-C., Améliorer la santé et la sécurité du personnel au Centre hospitalier d'Avignon : l'élaboration du document unique, plus qu'une obligation légale, une opportunité managériale, mémoire ENSP, Elève directeur d'hôpital, 2004, 79 pages

FRITSCH A., Les postes aménagés à l'hôpital : recenser pour anticiper, mémoire ENSP, Elève directeur d'hôpital, 2000, 63 pages

GOËTINCK J., La gestion des postes pour les agents en difficulté ou comment lutter contre un absentéisme prévisible ?, mémoire ENSP, Directeur des soins, 2002, 65 pages

Sites Internet

www.anact.fr : agence nationale d'amélioration des conditions de travail

www.anaes.fr : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

www.anmteph.fr : site des médecins du travail des hôpitaux

www.sham.fr : société hospitalière d'assurances mutuelles

www.sante.gouv.fr : site du Ministère de la santé et des solidarités

www.risquesprofessionnels.ameli.fr : site de l'assurance maladie consacré aux
AT-MP

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Liste des personnes interviewées

Annexe 3 : Principales références législatives et réglementaires utilisées

Annexe 4 : Cartes d'identité des établissements de santé observés

Annexe 1 Grille d'entretien

Cette première grille a servi de trame pour conduire des entretiens avec les professionnels de la prévention des risques professionnels :

1. Quelques données sur les risques professionnels :

- Quel est le niveau d'absentéisme pour motif médical dans votre établissement?
- Quelle est la part des accidents du travail (AT) et des maladies professionnelles (MP) dans l'absentéisme pour motif médical ?
- Quelle est l'évolution des AT-MP sur ces dernières années ?
- Quelles sont les principales causes d'AT ?
- Quels sont les métiers les plus touchés ?
- Avez-vous mis en place une gestion organisée de déclaration des risques professionnels et notamment des AT ?
- Les agents ont-ils été informés de ces démarches institutionnelles ?
- Tous les AT, même bénins, sont-ils enregistrés ?
- Les AT sont-ils étudiés systématiquement ?
 - Les mortels ?
 - Les graves ?
 - Avec et sans arrêt ?
 - Les bénins ?
- Par qui, sous quelle forme et sous quels délais ?
- Recourez-vous notamment à l'arbre des causes ?
- La problématique des risques professionnels est-elle une préoccupation pour vous ? De quelle nature essentiellement (financière, sociale, éthique..) ?

2. Sur la démarche d'évaluation des risques professionnels et d'élaboration du document unique dans l'établissement :

Aspects stratégiques :

- Une politique de prévention des risques professionnels a-t-elle été clairement définie ?
- Qu'est-ce qui a motivé cette démarche ? (obligation réglementaire, augmentation des accidents...)
- Qui a été à l'initiative du projet ?
- Qui a été en charge du dossier ? (DRH, Directeur de la qualité...) ?

- L'objectif d'amélioration des conditions de travail et plus précisément de prévention des risques professionnels est-il clairement identifié dans le projet social comme un axe stratégique important ?

Aspects méthodologiques :

- Des groupes de travail ont-ils été constitués ?
- Si oui quelle a été leur composition ?
- A quel rythme se sont-ils réunis ?
- Quelles ont été les étapes chronologiques dans cette démarche ?
- Quel a été le calendrier de réalisation du projet ?
- Qui a collecté les données sur le terrain ?
- Comment les risques ont-ils été identifiés ?
- Comment les risques ont-ils été hiérarchisés ?
- Quels sont les difficultés que vous avez rencontrées ?
- Quels sont selon vous les points forts et points faibles de cette démarche ?
- La réalisation du document unique et la démarche utilisée sont-elles selon vous une opportunité managériale ?

Communication :

- Comment a été perçu le projet par le personnel ?
- Y a-t-il eu une communication auprès des agents autour de ce projet ? Si oui, quelle forme a-t-elle prise ?

3. Sur les outils de traitement et d'anticipation de l'altération de la santé des agents :

- Quels sont selon vous les causes ou les facteurs favorisant l'usure professionnelle?
- Avez-vous déjà procédé à un recensement des postes aménagés dans votre établissement?
- Ces postes aménagés ont-ils augmenté ou non ces dernières années ?
- Le nombre d'agents reclassés dans un autre corps ou mis à la retraite d'office est-il important ?
- Quels sont les types d'aménagements réalisés ?
- A quelles difficultés êtes-vous confronté lors de la déqualification ou de l'inaptitude des agents suite à un accident ou une maladie ?
- La gestion des personnes en difficulté du fait de problèmes de santé et la recherche de solution d'affectation sont-elles organisées et inscrites dans une stratégie globale de l'établissement ?

- Y a-t-il des formations de réadaptation ou d'accompagnement des agents sur leur nouveau poste ?

*

Cette deuxième grille est davantage adaptée aux agents, considérés comme des travailleurs susceptibles d'être exposés à des risques dans leur exercice professionnel.

1. Situation personnelle à l'égard des risques professionnels :

- Depuis combien de temps travaillez-vous à l'hôpital ? Dans ce service ?
- Quel sont votre emploi et votre grade ?
- Avez-vous déjà eu un accident du travail, même bénin, qui vous a obligé à vous faire soigner ? À vous arrêter ?
- Avez-vous déclaré cet accident auprès de votre établissement ?
- Comment s'est déroulée la reprise ? (visite médicale, adaptation du poste...)

2. La situation de travail :

- Comment le travail est-il organisé dans votre service ?
- Quels sont dans votre service les risques les plus fréquents ?
- Sont-elles toujours portées ?
- Y a-t-il à votre connaissance des postes aménagés dans votre service ?

3. Démarches institutionnelles et procédures :

- Avez-vous une bonne connaissance des démarches institutionnelles liées aux accidents du travail et maladies professionnelles : déclaration, prise en charge, indemnisation ?
- Y a-t-il un registre de signalement des événements indésirables ? L'avez-vous déjà utilisé ?
- Considérez-vous que la réduction des risques professionnels est ou *devrait* être, le cas échéant, une préoccupation voire une priorité pour l'établissement ?

(Complément pour les agents en cours de reclassement ou reclassés)

- Comment s'est passée votre reprise ?
- Vous a-t-on proposé des aménagements de votre poste de travail ?
- Quels ont été vos interlocuteurs dans cette démarche de reclassement ?
- Avez-vous pu exprimer vos souhaits professionnels en terme d'orientation ?
- Considérez que le traitement des inaptitudes est bien assuré ?

- Que pensez-vous du principe d'une commission de reclassement qui réunirait administration/médecin du travail/représentants du CHSCT et réfléchirait ensemble à une recherche de solutions (anticipation des retours, suivi des dossiers, identification des postes, évaluation...)

Annexe 2 Liste des personnes interviewées

1. Directeur des Ressources Humaines du Centre hospitalier de Longjumeau
2. Médecin du travail du Centre hospitalier de Longjumeau
3. Chargée de mission en gestion des risques du Centre hospitalier de Longjumeau
4. Cadre supérieur de santé responsable des formations du Centre hospitalier de Longjumeau
5. Infirmière de bloc opératoire hygiéniste du Centre hospitalier de Longjumeau
6. Agent reclassé du Centre hospitalier de Longjumeau
7. Directeur des Ressources Humaines du Centre hospitalier de Versailles
8. Psychologue du travail du Centre hospitalier de Versailles
9. Chargée de mission en gestion des risques au Centre hospitalier de Versailles
10. Médecin du travail de l'Hôpital de Saint Antoine, à l'AP-HP
11. Assistantes sociales du personnel de l'Hôpital de Saint Antoine, à l'AP-HP
12. Responsable du Département Prévention et Santé au Travail à la Direction du Personnel et des Relations sociales de l'AP-HP
13. Directeur des Ressources Humaines aux établissements hospitaliers du Bessin
14. Secrétaire général de l'Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH)

Annexe 3 Principales références législatives et réglementaires utilisées

- **Directive communautaire n°86-391 du 12 juin 1989** relative à la sécurité et la santé au travail

- **Loi n°86-33 du 9 janvier 1986** portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- **Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991** transposant en droit français la directive communautaire du 12 juin 1989
- **Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002** de modernisation sociale

- **Décret 85-946 du 16 août 1985** relatif aux CHSCT dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 Janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- **Décret 85-947 du 16 août 1985** relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail dans les établissements mentionnés dans le Code de la santé publique
- **Décret 88-386 du 19 avril 1988** relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière
- **Décret n°89-376 du 8 juin 1989** pris pour l'application de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raison de santé
- **Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001** portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs
- **Circulaire DRT n°6 du 18 avril 2002** prise pour l'application du décret du 5 novembre 2001
- **Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004** relatif à la réforme de la médecine du travail
- **Décret n°2006-501 du 3 mai 2006** relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Annexe 4 Cartes d'identité

LE CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU

- v Inscrit dans le territoire de santé Essonne 91- 2 pour une population de 500 000 habitants
- v 1 320 professionnels dont 131 personnels médicaux
- v Budget : 89 millions d'euros
- v 583 lits et places dont 74 lits en maison de retraite
- v Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU) avec 47 000 passages adultes et enfants par an + 6 lits d'hospitalisation de très courte durée (HTCD)
- v Hospitalisation de 23 000 patients par an
- v Accréditation en 2000 (V1) puis en 2005 (V2)
- v Contrat de retour à l'équilibre financier signé avec l'ARH conclu en 2004
- v Réorganisation des activités dans le cadre d'un rapprochement avec le Centre hospitalier d'Orsay comprenant 421 lits et places

LE CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

- v Inscrit dans le territoire de santé Sud Yvelines 78-1 pour une population de 640 000 habitants
- v 2400 professionnels dont 490 personnels médicaux
- v Budget : 177 millions d'euros
- v Regroupe 3 sites pour 737 lits :
- v l'Hôpital André Mignot sur la commune du Chesnay pour les consultations, le plateau technique et les services de court séjour et ambulatoire
- v l'Hôpital Richaud, au centre de Versailles qui se convertit en pôle gérontologique
- v un établissement pour personnes âgées dépendantes : la maison de retraite Despaigne, pour une capacité de 114 résidents
- v Accrédité en 2001 (V1) et 2005 (V2)

L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS
L'HÔPITAL DE SAINT ANTOINE

- v Regroupe 39 hôpitaux ou groupes hospitaliers
- v Organisée en 4 Groupement hospitaliers Universitaires (GHU) : Nord, Sud, Est et Ouest

- v 80 000 professionnels

L'hôpital de Saint Antoine

- v Inscrit dans le territoire n°1 pour Paris et les départements du 93 et 94
- v 3700 professionnels
- v Budget : 215 millions d'euros
- v 766 lits d'hospitalisation et 55 places de jour
- v Hospitalisations de 22000 patients par an
- v 45000 passages aux urgences
- v Accrédité en 2002 (V1)

LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DU BESSIN

- v Syndicat interhospitalier (SIH) regroupant le Centre hospitalier de Bayeux et la Clinique de la Croix Rouge Française
- v Dessert un bassin de population d'environ 90 000 habitants, le "Pays du Bessin"
- v Budget : 55 millions d'euros
- v 513 lits et 81 places installés en MCO, psychiatrie (adulte et infanto juvénile), MAS, hébergement
- v 1100 professionnels dont 100 personnels médicaux
- v Activité 2005 :
 - Hospitalisation MCO : 52 400 journées
 - MAS : 10 258 journées
 - Psychiatrie adulte: 7900 journées (+ 3000 journées en hospitalisation de jour)
 - Pédo psychiatrie : 3028 journées
- v Accréditation en 2004 (V1)