

PRÉVENIR LES RISQUES PROFESSIONNELS

Guide méthodologique
à destination des établissements
du secteur public sanitaire et social

LE GUIDE

Coordination : Anne-Marie Gallet et Marie-Odile Sasso

Principaux contributeurs :

Xavier Poupart (ARACT Nord-Pas-de-Calais),
Jean-Michel Schweitzer (ARACT Lorraine),
Daniel Depincé (antenne ANACT Basse-Normandie)

1

LES SPÉCIFICITÉS HOSPITALIÈRES À PRENDRE EN COMPTE DANS LA CONDUITE DU PROJET PRP	2
--	---

2

LA PRÉPARATION DE LA DÉMARCHE	5
-------------------------------------	---

3

LES DIFFÉRENTES CONDUITES DE PROJET EXPÉRIMENTÉES	7
---	---

- 3-1 Formation Action d'un groupe référent
- 3-2 Intervention qui se situe immédiatement sur tout l'établissement
- 3-3 Approche globale qui débute par une enquête auprès des salariés sur les risques professionnels
- 3-4 État des lieux permettant de s'assurer de l'engagement des acteurs

4

LES FICHES TECHNIQUES	11
-----------------------------	----

- Les unités de travail
- Les conditions d'exposition aux risques
- La hiérarchisation des risques
- Le document unique et le plan d'action

5

POUR EN SAVOIR PLUS	20
---------------------------	----

- Glossaire
- Références bibliographiques
- Sites internet et adresses utiles

1

LES SPÉCIFICITÉS HOSPITALIÈRES À PRENDRE EN COMPTE DANS LA CONDUITE DU PROJET P.R.P.

Une histoire...

On ne part pas de rien en matière de conditions de travail et de risques professionnels dans le secteur.

L'activité des CHSCT dans la Fonction Publique Hospitalière, dont les prérogatives sont identiques à celles du code du travail, est une réalité tangible. L'identification et la prise en charge des risques majeurs sont en route depuis longtemps...

Par ailleurs, le contexte d'accréditation incite fortement les établissements à « se mettre dans les clous ». Cependant, cette démarche d'accréditation est à double tranchant. Elle est à la fois un frein et une ressource ; des outils, des pratiques, une mobilisation accompagnent l'accréditation, mais elle entretient également une certaine confusion : confusion entre les attendus vis-à-vis du patient et ceux vis-à-vis des professionnels.

Certains secteurs à très hauts risques (comme les services de radio ou d'imagerie, les laboratoires, certains services infectieux ou de cancérologie...) sont particulièrement observés et encadrés, depuis longtemps, par des mesures de prévention ou des protocoles.

Il devrait également être possible d'intégrer la question des RP au Projet social en cours de réalisation dans beaucoup d'hôpitaux, de faire le lien avec les réflexions sur la santé, le vieillissement et la GPEC, prendre en compte l'usure professionnelle qui est une vraie question dans le secteur hospitalier.

Une pratique sur les conditions du travail

Depuis la fin des années 80, les établissements ont développé des démarches contractuelles,

des formations-actions... sur les conditions de travail. Les effets d'aubaines financières ont permis d'initier ces mises en mouvement, mais pas forcément des actions très pérennes (sauf sur des grands projets spécifiques comme la prévention des lombalgies, la violence au travail, les rayonnements, la confrontation à la mort...).

Une activité de relation de service...

Dans la plupart des métiers hospitaliers, la prévention s'inscrit dans une relation de service.

Le travail est souvent organisé en fonction des risques encourus par le patient ; de multiples mesures gageant sur la sécurité de celui-ci ont été mises en place au fil du temps, pour améliorer la qualité et aussi pour faire face à la judiciarisation, dans laquelle le public n'hésite plus à s'engager.

Cet état de fait entraîne souvent une confusion, une méprise lorsque l'on parle de prévention, celle-ci étant entendue du côté du patient, mais rarement du côté des professionnels.

Par exemple, la démarche d'accréditation prend très largement en compte la question de la prévention des risques auxquels les usagers seraient confrontés.

Une organisation complexe...

La complexité de l'organisation des structures de soins (des métiers multiples, de nombreuses interfaces, des injonctions de santé publique et de service public, des jeux de pouvoirs souvent conflictuels...) rend difficile l'approche de prévention. L'impression de devoir mettre en route des « usines à gaz » n'est pas rare.

Comment être efficace, initier une démarche opérationnelle, mais aussi tendre à l'épuisement ?

Les rapports de pouvoir sont difficiles.

Les médecins par exemple, directement impliqués et concernés par la question de la prévention, en sont un acteur majeur : pour les autres salariés bien sûr (les médecins impriment directement les objectifs de l'organisation du travail, parfois transfèrent leur propre stress aux équipes de travail...), mais aussi pour eux-mêmes puisqu'ils font partie du personnel.

La représentation de la prévention...

Un autre biais tient à la nature même du travail. Même si, dans l'activité de soins, l'aspect de prévention a toute sa place, le cœur de l'activité de soins reste avant tout une action curative, dans une relation singulière au patient. Culturellement, cette approche est aux antipodes de la démarche PRP qui, elle, est une approche de prévention et collective. Les risques sont la plupart du temps appréhendés du point de vue des seuls usagers : on voit par exemple que dans la prévention incendie, on sait comment faire sortir les patients des locaux, les procédures sont écrites... Mais qu'en est-il de l'évacuation des personnels ? D'autre part, il est parfois difficile pour les personnels (voire unimaginable, déplacé, indécemment) de parler de leur santé alors qu'ils sont tournés vers celle des patients. Les situations d'automédication ou de non-déclaration d'accidents ou de maladies ne sont pas rares. On se trouve très souvent devant des situations de déni du risque, d'altération de la santé au travail...

Un zoom sur le harcèlement moral, les troubles psychosociologiques et l'usure professionnelle

En 2002 une enquête* était menée au niveau européen pour « analyser et comprendre les raisons et circonstances des départs prématurés des professionnels paramédicaux ». Les premiers résultats précisent les difficultés rencontrées : pénibilité physique, charge mentale importante. D'autres éléments peuvent aussi expliquer l'usure professionnelle,

voire le départ prématuré des agents : les contraintes organisationnelles, les relations professionnelles, hiérarchiques compliquées, le contact avec la souffrance de l'autre, la violence parfois... Tous les facteurs peuvent naturellement se cumuler, « tourner en boucles » et générer des troubles psychosociaux. La prévention doit s'occuper et prendre en compte ces questions-là.

Des réflexions sont engagées depuis plusieurs années sur les violences dans les EPS. Des actions de prévention ont été financées (Accords Aubry 1999/2000). Un groupe de travail national à la DHOS s'est plus particulièrement attaché en 2002, à analyser le processus de harcèlement moral. En janvier 2004, la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins publie une note, incitant les établissements à prévenir un type particulier de dégradation dans les relations de travail : le harcèlement moral. Un guide dans lequel les ARACT sont situées au premier plan, comme acteur susceptible d'intervenir et d'accompagner les démarches sur cette thématique, a été présenté aux partenaires sociaux et validé par le Cabinet du Ministre.

Une pluridisciplinarité à inventer...

La pluridisciplinarité s'entend par 3 approches complémentaires : médicale (et ses indicateurs comme la recrudescence de lombalgies dans un service, le bilan annuel des visites médicales) technique (protocoles, utilisation de produits, de matériels particuliers...) et organisationnelle (les coopérations, répartition des tâches...).

Elle est portée par des acteurs externes à la situation réelle de travail (Médecin du travail, CRAM, DRH, représentants syndicaux qui ont la connaissance d'indicateurs d'alerte), et les acteurs impliqués dans l'activité de travail (Cadre du service, les personnels, les médecins, etc.) qui eux ont la connaissance de la situation concrète.

Le CHSCT est l'institution où peuvent se réaliser la confrontation, le lien entre ces différents rôles.

Aujourd'hui, les liens sont faibles avec les institutionnels de la prévention, pourtant présents dans les instances paritaires comme le CHSCT. Les interventions de la CRAM, par exemple, sont très rares dans le secteur public (celle-ci n'est pas l'Assureur des fonctionnaires hospitaliers). La CRAM n'assure que les non-titulaires. En théorie, elle pourrait intervenir sur les volets de conseil ou de formation. L'intervention des Inspecteurs du travail est aussi inhabituelle, alors qu'ils sont juridiquement compétents dans le secteur hospitalier sur les questions d'hygiène et de sécurité.

Nous manquons également d'éléments comparatifs entre établissements.

En conséquence, il y a très peu de pression de l'extérieur, peu d'incitation à agir sur la prévention... Cela doit impérativement venir de l'intérieur, des ressources internes.

Par ailleurs, la présence syndicale est certes réelle et importante, mais les marges pour la négociation au niveau des établissements reste faible...

Des questions sur la conduite du projet...

L'évolution de l'activité hospitalière et des politiques de santé induit de perpétuels changements : changements souvent descendants, prescrits, qui plus est, accompagnés d'une réglementation généralement abondante et renforcée... et donc « assommante ».

La culture du secteur est fortement basée sur le respect des protocoles écrits par les experts de la question, donc rarement remis en question, rarement discutés, même si parfois leur assemblage aboutit à un dédale complexe, voire contradictoire d'injonctions.

Il s'agit donc pour le personnel de faire des liens permanents entre les différents projets en cours (outre le projet qualité). La démarche doit être à la fois participative et avoir du sens.

Lorsque l'établissement est important, avec des services multiples, très diversifiés, il y a une peur devant l'ampleur du travail. Les directeurs des structures sont exigeants, attendent des démarches pragmatiques, efficaces, opérationnelles. Il faut que nous soyons clairs avec eux sur ce que nous allons faire, sur le « comment » et surtout, mettre en confiance.

La multiplicité et la diversité d'activités peuvent donner le vertige pour tout ce qui concerne l'exhaustivité : n'oublier aucun salarié, aucun risque, aucune source d'exposition.

Pour l'intervenant, cela signifie de relier en permanence les éléments de l'activité de travail aux risques professionnels (ceux déjà identifiés et ceux qui sont révélés) ; de faire des liens entre situations de travail et efficacité de la prévention.

Il faut également être vigilant sur la structure projet, la désignation d'un chef de projet pérenne qui dispose du temps et d'une légitimité pour cela.

Le CHSCT peut assurer la fonction de groupe de pilotage. Il mandate un groupe opérationnel qui réalise concrètement le projet.

Cette dynamique donne au CHSCT des éléments pour construire ses plans de prévention annuels. Cela assoit sa mission prospective, son rôle propre qui fait défaut dans beaucoup d'établissements, et redonne un intérêt à cette institution représentative.

2

LA PRÉPARATION DE LA DÉMARCHE

Les objectifs de nos interventions, c'est d'aller au-delà de l'obligation réglementaire, et d'outiller les représentants du personnel, le CHSCT dans l'identification des risques, l'élaboration et le suivi des actions de prévention.

Le CHSCT, qui, assez couramment, est cantonné dans un rôle d'information et d'analyse de données, peut, dans ce travail, trouver une dynamique, se doter d'un réel plan de travail pluriannuel de prévention.

Travailler sur l'engagement nécessaire de la direction

... Parce qu'au bout du compte, c'est elle qui est responsable du document unique et de la mise en œuvre des actions de prévention ; mais aussi parce que c'est elle qui tient la pérennité de la démarche, le pouvoir de communication, de dégager du temps - agents, de nommer un chef de projet, de faire des liens avec les autres projets transversaux. Il convient donc de travailler avec elle dans deux orientations :

◉ quels sont ses intérêts à s'engager ?

Autrement dit, quels sont ses problèmes de gestion qui peuvent trouver une réponse dans la mise en place d'une politique de prévention (ex : absentéisme, accidents du travail, maladies professionnelles, turn-over, climat social...)?

◉ quelles sont ses craintes à engager une démarche concertée ?

Discuter des appréhensions qu'elle a de voir se mettre en marche une « usine à gaz », de ne pas pouvoir gérer toutes les demandes du terrain qui émergeraient...

Pour argumenter sur la nécessité de passer par l'activité réelle de travail pour connaître les risques, l'intervenant doit donner des exemples (voir fiche technique p.11).

Pourquoi passer par l'analyse de l'exposition aux risques :

Si beaucoup de dangers et de risques sont connus, répertoriés, voire encadrés par des normes (définition des valeurs limites, de doses acceptables... comme dans les laboratoires, les services de radio), les conditions dans lesquelles les agents les vivent et y sont exposés, dans la réalité journalière, le sont beaucoup moins.

Il est vrai que cette connaissance des conditions d'exposition aux risques n'est pas commode à établir. L'exposition est fortement dépendante d'un certain nombre d'éléments :

◉ **la variabilité** que rencontre l'agent au quotidien (changement de poste, d'équipe, de produits, d'horaires...) dans des contextes spécifiques (l'urgence, l'effort, la pression...);

◉ **l'exposition singulière** aux risques qui l'entourent : tous les agents ne sont pas réceptifs ni réactifs de la même manière ;

◉ **les coopérations** au sein de chaque équipe. Les processus de collaboration sont efficaces en matière de prévention des risques physiques et psychosociaux : il faut savoir les reconnaître, les construire ou les entretenir. On sait à l'inverse que tout ce qui conduit à l'éclatement du collectif de travail, la division en groupes antagonistes, ou l'excessive individualisation, est générateur de risques pour les professionnels (et, bien entendu, pour les patients !).

L'exposition est donc le résultat d'un compromis que réalise la personne, dans lequel elle peut, quelquefois, privilégier l'atteinte d'un résultat au respect strict des consignes de protection. Ce compromis n'est d'ailleurs jamais stable, il varie dans le temps selon le contexte et les circonstances.

Par un glissement mal discerné, par une situation d'urgence, le salarié peut s'exposer lui-même à un ou plusieurs risques en ne respectant pas une consigne. L'analyse de l'activité permet alors de comprendre cette dérive et d'agir sur l'organisation plutôt que de culpabiliser le salarié qui n'a pu agir autrement.

Souligner et s'appuyer sur l'implication des acteurs

... dans leur dimension pluridisciplinaire :

- le CHSCT, qui a les mêmes prérogatives que dans le code du travail ;
- les médecins du travail intra-entreprises ;
- le corps médical, présent dans le CHSCT, et impliqué dans l'organisation du travail. Le cœur même de l'activité médicale laisse présupposer que les médecins sont particulièrement concernés par les questions de santé. Ils doivent être largement associés à la démarche.

● L'encadrement de proximité

● **Les ressources internes :** l'hygiéniste, l'ingénieur sécurité, l'ergonome, le psychologue...

● **Les sources d'information :** le bilan social dans les plus de 300 salariés, les CLIN, les CLACT, les états des lieux réalisés à l'occasion de la RTT, les travaux sur l'absentéisme...

Repérer les financements

Certaines aides sont possibles pour la mise en œuvre du plan de prévention.

La plupart des appuis financiers passent en Région par les Agences Régionales d'Hospitalisation.

La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) a été créée par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Avec la Mission «Tarification à l'activité» et la Mission «Aide à l'investissement», elle fait partie des trois missions opérationnelles voulues par le Ministre de la Santé pour mettre en œuvre le Plan Hôpital 2007.

Elle privilégie la mise en œuvre d'actions et de missions « sur le terrain » en offrant aux établissements un dispositif d'appui-conseil délivré par des sociétés de consultants que la MEAH sélectionne et finance. À cette fin, elle est dotée d'un important budget d'études et de recherche (4,5 M€ pour 2003).

Il y existe également des possibilités dans le cadre des Contrats d'Objectifs et de Moyens, le recours auprès des fonds européens (FSE), ou encore via la MAINH (Mission d'Appui à l'Investissement Hospitalier).

La CNRACL (Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales) qui prend en charge le financement des invalidités, développe en ce moment un programme de prévention...

L'ANFH qui mutualise environ 90 % des fonds de formation des personnels hospitaliers pourrait sans doute être intéressée à développer avec le réseau une offre de formation sur la question (cela a été le cas en 2000, sur la RTT, sur la formation des CHSCT, et des coopérations se construisent déjà dans certaines régions sur la PRP).

Pour tous ces organismes et missions, voir en fin de document les différents sites ou adresses.

3

LES DIFFÉRENTES CONDUITES DE PROJET EXPÉRIMENTÉES

L'expérience que nous avons rappelle la nécessité d'être vigilant et rigoureux sur le langage que nous utilisons. Quand nous disons «conduite de projet», nos interlocuteurs entendent souvent «évaluation des risques». Ils pensent que nous allons rédiger avec eux le document final... Leurs attentes ne sont pas toujours explicites. Il faut être donc très précis, très clairs sur ce que nous faisons et ce que nous ne faisons pas. Rappelons ce que préconise le ministère public :

- **Évaluer les risques** : définir les unités de travail, faire l'inventaire des risques, les estimer et rédiger le document unique.
- **Élaborer un plan d'actions** : opérer des choix, mettre au point une stratégie.
- **Mettre en œuvre les actions**, prévoir le pilotage, le suivi.
- **Réévaluer** la démarche engagée et les actions de prévention mises en œuvre annuellement.

La valeur ajoutée des interventions du réseau ANACT se situe dans un apport méthodologique sur l'analyse du travail, les conditions d'exposition aux risques, la mobilisation des acteurs, mais aussi les modalités de transfert dans tout l'hôpital.

Il n'y a pas de modèle unique de conduite de projet. Celle-ci dépend de l'histoire de l'établissement, de l'intérêt porté au sujet, de la mobilisation interne de l'établissement (entre autres, des préventeurs et des experts présents), des relations sociales...

Nous avons repéré quelques conduites de projet aujourd'hui expérimentées, qui ont des modalités d'entrée différentes. Elles ont néanmoins des objectifs communs :

- orienter l'établissement vers une analyse de l'activité de travail dans les unités (soit cibles, soit représentatives, soit prioritaires) ;

- assurer la pérennité de la démarche, la continuité entre le document unique et le plan de prévention. L'identification progressive des risques peut enrichir chaque année le document unique.

Formation-action d'un groupe référent

L'effectif de cet établissement est de 1800 ETP sur le même site : un établissement principal, une unité psychiatrique et une maison de retraite.

Il a été créé au sein de l'hôpital un « groupe référent » composé de :

- **l'ingénieur qualité (chef de projet)**
- **les médecins du travail**
- **un représentant DRH**
- **2 membres du CHSCT**

Deux services ont été volontaires pour expérimenter la méthodologie (une unité de soins et un service logistique).

Les analyses se sont déroulées de la manière suivante : des séances en salle regroupant les membres du groupe référent et des représentants des services (cadres et agents), nourries d'analyses conduites sur le terrain par un binôme (chef de projet – chargé de mission de l'ARACT).

À l'issue de ce travail un «mini-Document Unique» (sur les 2 services) est élaboré, ainsi qu'un plan d'actions.

Le déploiement de la démarche sur l'ensemble du centre hospitalier s'organise sur la base de la méthodologie éprouvée et validée par le groupe projet.

La proposition faite à la direction et au CHSCT est de décliner progressivement la démarche au niveau des autres services de l'hôpital.

Un programme est établi sur trois années. C'est un choix qui privilégie indéniablement la qualité de l'analyse à la rapidité de la mise en œuvre.

L'intervention de l'ARACT s'arrête au niveau de la démultiplication de la démarche.

L'intervention se situe immédiatement sur tout l'établissement

Cet établissement emploie environ 800 salariés, répartis sur 5 sites distincts :

- les services MCO (médecine, chirurgie et obstétrique),
- la blanchisserie et la cuisine,
- deux maisons de retraite,
- les unités psychiatriques.

Les acteurs internes

C'est le directeur qui a impulsé cette action. Il a dégagé le temps nécessaire pour l'intervention de tous les acteurs internes.

L'action s'articule autour d'un comité de pilotage (le CHSCT dans son intégralité) animé par la directrice des Ressources Humaines. Il a en charge de définir les unités de travail et les situations caractéristiques d'exposition aux risques et de proposer à la Direction dans un premier temps, la liste des risques professionnels identifiés au sein des différents sites. Dans un second temps, il propose les critères objectifs permettant à celui-ci d'évaluer les risques.

Le comité de pilotage s'appuie sur des groupes de travail composés d'un trinôme d'intervenants internes : un membre du CHSCT (représentant du personnel), un cadre et un salarié du service investigué.

L'accompagnement

Le chargé de mission de l'Antenne ANACT a en charge le suivi de la démarche, l'animation du comité de pilotage et l'aide à la Direction pour la mise en forme du «document unique».

Deux consultants ergonomes chargés de la formation du comité de pilotage (1/2 journée) et des membres des trinômes (4 jours) sont intervenus pour la réalisation de la phase «identification des RP» : apports théoriques sur

la méthodologie de l'analyse de la situation de travail et sur le fonctionnement de l'homme au travail, suivi du travail sur le terrain des trinômes (courriel, rencontres formalisées).

Les unités de travail

Le premier travail du comité de pilotage a été de définir, au sein de l'entité, les unités de travail destinées à être investiguées par les groupes de travail. Un long débat s'est instauré au sein du CHSCT. À l'issue de celui-ci, en fonction du critère retenu (fonctions), six unités ont été identifiées : administratifs, médecine, maison de retraite, technique-logistique, médico-technique et socio-éducatif.

Les situations caractéristiques

La désignation des situations caractéristiques a été fondée sur le critère d'une catégorie professionnelle dans un service (ou site) où les conditions de travail sont connues comme «dégradées» au regard des risques professionnels et/ou en lien avec d'autres services.

La démarche

Sur le terrain (sur une période de 3 mois), le travail des trinômes consiste à mettre en évidence les différentes phases de travail, la recherche des dangers, des risques et des conditions d'exposition des opérateurs concernés dans les unités de travail. Parallèlement un repérage des savoir-faire de prudence est entrepris.

Le travail des six groupes est mis en commun pour aboutir à la liste des risques professionnels identifiés au sein des services investigués et, par extension, dans tout l'établissement.

Au sein du groupe de pilotage, le débat sur les critères d'évaluation permet d'enrichir la représentation de la Direction sur l'importance des risques encourus par le personnel. Une fois la rédaction du document réglementaire réalisée, le CHSCT décidera, à partir de l'évaluation des risques, du/des service(s) concerné(s) par la recherche des solutions visant à réduire (supprimer) les risques. Les groupes de travail seront réactivés pour effectuer ce travail de recherche.

Une approche globale qui débute par la représentation qu'ont les salariés de leurs risques professionnels

Le Centre hospitalier général emploie 1750 salariés répartis sur trois sites : le pôle de court séjour (MCO, administration et services techniques et logistiques) et deux établissements de gériatrie.

Un groupe de travail est constitué, qui assure la conduite de ce projet.

Il est constitué du directeur des ressources humaines (+ un agent chargé des dossiers AT/MP), la direction des soins, un médecin du travail, deux membres du CHSCT représentant les personnels non médicaux, la conseillère en conditions de travail et la chargée de mission évaluation des risques professionnels (en CDD), ainsi que du directeur des services techniques et des investissements.

Après débat au sujet du découpage de l'hôpital en unités de travail et compte tenu de l'ampleur de la tâche (l'exhaustivité) et de la nécessité de connaître les risques propres à chaque métier ou à chaque poste de travail, la procédure d'enquête est apparue comme le moyen permettant de balayer tous les services (service = unité de travail retenue) et toutes les fonctions.

Un questionnaire est élaboré à partir de facteurs de risques qui ont ou qui peuvent entraîner un incident, un accident ou une maladie professionnelle.

L'ensemble des services et unités est interrogé lors de rencontres animées par un membre du CHSCT. Celui-ci visite les locaux après la rencontre et éventuellement observe des agents en situation lors d'opérations présentant un risque déjà identifié ou non.

Les différentes professions travaillant au sein de chaque service sont représentées par un pair (une infirmière remplit le questionnaire au nom d'elle-même et de ses collègues, une aide-soignante fait de même...). Il en est ainsi pour tous les types de services : administratifs,

techniques, logistiques, médico-techniques et soignants, y compris pour le corps médical (participation remarquable par rapport à d'autres tentatives).

Les réponses fournies sont dépouillées et analysées selon les services et les professions.

Les risques sont classés selon :

- la fréquence, c'est-à-dire le nombre de personnes potentiellement exposées à un risque donné ;

- la gravité, c'est-à-dire le nombre d'accidents et de maladies professionnelles et l'absentéisme qui en découle ; les risques identifiés seront classés afin de déterminer les priorités en matière de prévention et/ou d'actions correctives ;

- la détection du risque (évidente à très difficile) est aussi prise en compte pour la hiérarchisation.

Cette approche nous montre la nécessité d'avoir une ressource interne (un CDD a travaillé sur la question pendant six mois en association avec la conseillère en conditions de travail). L'avantage est que, assez rapidement, l'établissement dispose d'une vision globale des risques appréhendés par les personnels. Pour certains risques (liés aux produits chimiques par exemple), une véritable prise de conscience s'est produite. L'aspect éducatif était aussi un objectif visé à travers le questionnaire.

Cette démarche dans tous les services a permis une mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Elle mobilise également la dimension « pluridisciplinaire » d'entrée de jeu.

L'inconvénient est que l'établissement ne dispose que d'une « représentation des risques ». L'analyse ne part pas du travail réel des personnes (ce qui n'exclut pas de le faire dans un deuxième temps, si l'on souhaite approfondir une question, objectiver un mode d'exposition, la pertinence ou non d'un mode opératoire...).

Pour chacune des quinze familles de risques identifiés, un référent a été désigné en fonction de ses compétences déjà connues (par

exemple la personne chargée de la radio-protection pour les risques liés aux rayonnements) pour élaborer avec un membre du CHSCT et toute personne ressource sur le sujet des fiches-actions constituant la base du programme annuel de prévention des risques professionnels.

Un état des lieux permettant de s'assurer de l'engagement des acteurs

L'établissement comprend 1200 salariés.

C'est le directeur des ressources humaines qui souhaite un accompagnement de la démarche de prévention. Un groupe de pilotage est déjà constitué, représentatif des personnels, des différentes catégories professionnelles et intégrant les compétences nécessaires au projet : les médecins du travail, le CHSCT, l'ingénieur sécurité, le psychologue, l'ergomotricienne... Les objectifs de l'intervention étaient les suivants :

- Aider la direction et le CHSCT à conduire le projet d'élaboration du plan de prévention. Une vigilance particulière sera portée à l'analyse des conditions de réalisation du travail et à une approche pluridisciplinaire.
- Transférer de la méthodologie en interne pour permettre une actualisation et une pérennisation de la démarche de prévention.
- Contribuer à la conception du Document Unique dynamique et évolutif, qui servira de base au plan d'actions.

Une phase de prédiagnostic a été réalisée sur la base d'entretiens : les organisations syndicales, des représentants de l'encadrement de proximité, le président du CHSCT, le responsable sécurité, les médecins du travail. Une consultation de documents (comptes rendus des CHSCT, bilan social qui mettait en évidence les AT, les MP et les actions de prévention) a permis de circonscrire et de structurer l'existant. Ce travail a été restitué et discuté au groupe de pilotage.

- État des lieux des risques déjà identifiés, et pour certains pris en charge par des program-

mes d'action, des formations.

- L'organisation du système de prévention et des ressources internes (les liens, les ponts, les rapports de pouvoir, les modalités de prises de décisions...).

- Repérage de la place du CHSCT dans une dynamique future et des missions du groupe de pilotage, tel qu'il a été constitué.

Ce travail a permis de mettre en lumière une réalité pas toujours connue de tous, de la discuter, de l'analyser. Il a été jugé très positif par le groupe.

À l'issue de cette étape, les modalités d'intervention proposées de type « formation-action » sont affichées, ainsi que les objectifs :

- apporter de la méthode, des connaissances, aiguïser les regards, démultiplier ;
- partir de l'analyse du travail, donc aller sur le terrain ;
- faire émerger des compétences internes, des porteurs de projet sur la durée ;
- identifier un chef de projet, associer les membres du CHSCT, solliciter la médecine du travail...);
- pérenniser une démarche en interne (reproductibilité du travail engagé dans 6 unités pilote, retenues pour la formation-action).

Dans ces conditions, la poursuite de l'action n'a pas pu se réaliser :

- sans doute l'engagement du président du CHSCT était trop faible : il jugeait sa mission au CHSCT marginale par rapport à son activité principale (directeur financier) ;
- pas d'identification d'un chef de projet, ni de moyens donnés ;
- difficultés à définir des critères de découpage de l'établissement. Difficulté à faire comprendre le sens de l'unité de travail. Il leur semblait plus pragmatique de structurer le projet à partir des risques ;
- difficulté à identifier trois ou quatre unités cibles pour la formation action ;

4

FICHES TECHNIQUES

L'ANALYSE DU TRAVAIL 1

Appréhender le risque dans l'exercice du travail

Dire que l'exposition d'un salarié à un risque ne peut s'apprécier précisément que dans les conditions réelles d'exercice de son activité est séduisant. Néanmoins, si l'on souhaite que les personnes en charge de la prévention des risques dans l'entreprise, en premier lieu le chef d'établissement, adoptent cette approche, encore faut-il démontrer que l'investissement en vaut la peine, c'est-à-dire d'en présenter la valeur ajoutée tant au niveau de l'identification des risques qu'au niveau de l'identification des mesures qui permettraient de mieux protéger les salariés.

Le cas de l'exposition au risque infectieux des agents chargés de l'évacuation des déchets

Le regard porté sur le travail des agents chargés de l'évacuation des déchets dans un hôpital apporte de l'eau au moulin des défenseurs de l'analyse du risque en situation de travail. La tâche principale confiée aux agents affectés au « poste déchets » est d'évacuer les déchets produits quotidiennement par les unités de soins et le bloc opératoire. Cela consiste à récupérer les différents conteneurs dans les locaux dits « intermédiaires » situés à chacun des six étages du bâtiment, puis, selon la nature des déchets, à les acheminer soit directement vers une zone d'enlèvement extérieure, soit au local « déchets » où ils seront pesés. Cette tâche s'effectue en principe à deux agents. La répartition du travail est la suivante : l'un assure l'approvisionnement des conteneurs vides au pied du monte-charge et évacue les pleins par les couloirs du sous-sol. L'autre effectue l'échange vide contre plein au niveau des locaux intermédiaires ; il monte le conteneur vide avec le monte charge, fait

l'échange, et descend le conteneur plein ; il démarre par le sixième étage pour terminer par le bloc situé au premier.

En principe, c'est-à-dire dans le respect des protocoles établis par l'unité d'hygiène, l'agent qui monte dans les étages n'a pas à manipuler les sacs. Ce sont les agents des services de soins qui déposent les sacs et les autres types de déchets dans les différents conteneurs du local intermédiaire. Les déchets domestiques sont déposés dans les bennes bleues, le verre dans un petit conteneur spécifique, les cartons pliés sur une sorte de caddie, et les sacs DASRI (Déchets des Activités de Soins à Risque Infectieux) dans les bennes « Aubine » - nom du prestataire qui réalise l'enlèvement et le traitement de ces déchets. L'agent doit simplement procéder à l'échange des conteneurs, c'est-à-dire déplacer les conteneurs sans toucher aux sacs.

Cependant, ce que nous observons en accompagnant l'agent dans les étages est tout autre. Tout d'abord, nous observons qu'il saisit les sacs contenant le verre pour venir compléter le conteneur des déchets domestiques. L'enlèvement sélectif du verre n'étant pas réalisé à ce jour, ces sacs seront de toute façon mélangés aux déchets domestiques. Mais aussi, nous constatons qu'il procède selon la même logique en ce qui concerne les déchets à risque infectieux. Précisément, à l'aide d'une planche de bois, l'agent tasse les sacs DASRI du conteneur plein, puis complète celui-ci des quelques sacs situés dans le deuxième conteneur DASRI. Il rabat ensuite le couvercle, tassant à nouveau les sacs avec le couvercle afin de fermer le conteneur. Cette manière de procéder n'est manifestement pas prévue

dans le protocole ; ce d'autant qu'elle expose le salarié à des risques qui ne sont pas sensés exister à ce niveau puisque maîtrisés en amont. En effet, outre le risque lié à la manipulation des sacs – les coupures, piqûres...– l'agent peut, en tassant les sacs dans la benne, les craquer et libérer les agents infectieux qui y sont contenus. Précisons que l'observation relatée ci-dessus se situe au sixième étage de l'hôpital, étage qui accueille le service de pneumologie.

Face à cette situation observée, le réflexe est le rappel et le renforcement du protocole.

1) l'agent ne doit pas manipuler les sacs.
 2) « l'écrasement des déchets est interdit dans l'établissement ». Or, sauf s'il s'agit d'une réelle méconnaissance des consignes, difficile à admettre dans le cas présent compte tenu de l'ancienneté au poste de l'agent, comment peut-t-on être sûr qu'un simple rappel à l'ordre suffira à garantir l'application stricto sensu du protocole dans la durée ? Comment être sûr qu'il ne procédera pas de la même façon lorsque la mise en garde se sera estompée ? Comprendre pourquoi l'agent déroge au mode opératoire prescrit est nécessaire si l'on veut réellement maîtriser le risque auquel il s'expose, on pourrait dire, de lui-même.

Premièrement, si l'agent complète les conteneurs – les sacs de verre dans le conteneur des déchets domestiques et le transfert des sacs DASRI du conteneur le moins plein vers le plus plein –, c'est d'abord, et bien évidemment, pour limiter le nombre de conteneurs à évacuer ; ce que l'on peut comprendre si l'on tient compte de la distance – 100 mètres environ – qui sépare le monte charge du local déchets, et si l'on tient compte des contraintes et des butées temporelles auxquelles les

opérateurs doivent répondre. La collecte des déchets domestiques s'effectue chaque matin à 7h30, ce qui suppose que les conteneurs des déchets domestiques soient évacués entre 6h (l'heure d'embauche) et 7h30. Le prestataire qui procède à l'enlèvement des déchets à risque intervient sur le site vers 10h, ce qui conduit les agents à chercher à évacuer les bennes « Aubine » avant 10h. Par conséquent, pour résumer ce premier point, on peut dire que si l'opérateur ne respecte pas le protocole, c'est en partie pour gagner du temps et limiter la contrainte physique du déplacement des conteneurs dans les couloirs du sous-sol.

Deuxièmement, si l'agent manipule et tasse les sacs, c'est aussi pour optimiser le roulement des conteneurs. En effet, pour les déchets à risque, les conteneurs pleins sont enlevés par le prestataire en échange des vides. Si, en raison de la variabilité du volume des déchets, il y a davantage de conteneurs évacués que de conteneurs réceptionnés, les agents risquent de se retrouver en rupture. Par conséquent, l'agent a intérêt à assurer la régularité de l'enlèvement des conteneurs, quitte à manipuler et à tasser les sacs.

Troisièmement, si l'agent tasse les sacs DASRI, c'est aussi parce qu'il ne mesure pas le risque auquel il s'expose à travers ce geste. C'est en tout cas ce que nous avons pu constater en questionnant l'agent. En effet, lorsque nous lui demandons s'il procède de la même façon à tous les niveaux du bâtiment, il répond qu'il fait différemment au niveau du bloc opératoire. Au bloc, il ne tasse pas les sacs DASRI avec la planche par crainte de recevoir une projection de sang, mais aussi de libérer un organe ou un membre que les sacs peuvent, selon lui, contenir. Cette représentation de la

situation et des risques associés peut prêter à sourire, il n'en demeure pas moins que pour cet agent, il existe un risque à tasser les sacs DASRI du bloc, mais pas à le faire pour ceux du service de pneumologie.

Il existe certainement encore d'autres raisons qui expliquent la manière dont l'agent procède. Le sentiment d'avoir bien fait son travail lorsque les conteneurs sont vidés chaque matin en est une autre. Pour autant ce qui importe à travers les éléments d'analyse formulés ci-dessus, c'est de donner à voir les motifs souvent légitimes qui conduisent un opérateur à prendre des libertés par rapport au protocole. Il y a d'un côté le prescrit, ce que l'on doit faire, et puis ce que l'on fait vraiment qui est parfois un compromis entre des exigences et des objectifs contradictoires : faire vite, faire bien, faire en sécurité, limiter les efforts, et respecter les consignes.

Pour conclure, cette situation réelle relatée ci-dessus montre que l'identification des risques professionnels passe nécessairement par la prise en compte des conditions réelles d'exercice du travail. Si l'on s'en tient au travail prescrit, le risque infectieux est maîtrisé au niveau des agents du « poste déchets ».

Or, la réalité est tout autre. Mais aussi, l'analyse portée sur cette situation montre que si l'agent s'expose à un risque, c'est qu'il a des raisons, pas toujours bonnes d'ailleurs. Par conséquent, agir en prévention nécessite de comprendre ce qui fait qu'un opérateur est exposé ou s'expose à un risque. En l'occurrence, si l'agent du « poste déchets » manipule et tasse les sacs, c'est parce que c'est plus efficace compte tenu des contraintes auxquelles il doit faire face, c'est aussi parce que son appréciation du risque est erronée. Prévenir le

risque infectieux, c'est agir sur la situation en donnant à l'opérateur les moyens de réaliser son travail différemment, de développer son autonomie en agissant sur l'organisation du travail.

D'une part, en aidant l'agent à modifier sa représentation du risque : qu'est-ce que le risque infectieux ? quelles sont les voies de transmission des agents infectieux ?

D'autre part, en travaillant à réduire les contraintes du travail, c'est-à-dire en l'aidant à mieux faire face aux exigences de son travail : soulager les contraintes et les butées temporelles, disposer d'un plus grand stock tampon de conteneurs vides, soulager le déplacement des bennes...

C'est en travaillant sur ces différentes pistes que l'établissement assurera une meilleure maîtrise des risques pour les agents affectés au « poste déchets ».

LES UNITÉS DE TRAVAIL

Ce sont des regroupements (géographiques, par métier, par poste, par activité) opérés dans l'entreprise sur la base des « contextes homogènes d'exposition » utilisés pour circonscrire l'évaluation des risques, en rendre compte (traçabilité), et n'oublier aucun salarié.

« La notion d'unité de travail doit être comprise au sens large, afin de recouvrir les situations très diverses d'organisation du travail. Son champ peut s'étendre d'un poste de travail à plusieurs postes de travail occupés par les travailleurs ou à des situations de travail, présentant les mêmes caractéristiques. De même d'un point de vue géographique, l'unité de travail ne se limite pas forcément à une activité fixe, mais peut aussi couvrir des lieux différents (manutentions, chantiers, transports, etc.) ... Ces regroupements ne doivent pas occulter les particularités de certaines expositions individuelles ».

Ils ne dispensent pas d'analyser la singularité des situations, de l'analyse des conditions d'exposition. Cette étape pourra d'ailleurs amener à revoir le premier découpage : les UT peuvent se faire et se défaire au cours du projet.

Ce découpage est une construction sociale qui sera l'aboutissement d'une confrontation entre les différentes logiques à l'œuvre dans l'entreprise. La connaissance de leur travail par les salariés leur confère une place essentielle dans ce travail. Les préventeurs (CRAM ou médecin du travail) grâce à leur connaissance et expertise des risques, des caractéristiques de la population... apportent également leur contribution, enrichissent les critères de choix pour le découpage.

Ce dernier remplit certains objectifs :

- La démarche permet de tendre à l'exhaustivité : il y a moins de risque d'oubli d'aucun salarié, d'aucun lieu (comme des contrats courts, des sites ou des fonctions excentrés, des entreprises extérieures...).

- L'approche par l'organisation du travail permet :

- d'identifier le rapport entre l'individu, le risque et les conditions de réalisation du travail ;
- d'installer la prévention avec les salariés, de les mobiliser ;
- de discuter aussi des risques qui ne sont pas en lien direct avec un danger, ceux qui sont moins visibles, moins évidents...

- Les préventeurs externes (Médecin du travail, CRAM, Inspection) peuvent ainsi apporter des éléments sur le cumul des expositions, aux effets différés...

Ce découpage est donc réalisé avec les acteurs du projet : direction, CHSCT, encadrement...

Quelles hypothèses peut-on retenir pour définir une unité de travail ?

Le type de service

Par exemple :

- les services de chirurgie : viscérale, orthopédie, etc.
- les services de médecine : cardiologie, neurologie, gastro-entérologie...
- les services médico-techniques : les laboratoires, la radiologie, la pharmacie...
- les services administratifs : le bureau des entrées, les vagemestres, les archives, les secrétariats médicaux.

Les types de métiers, grades ou fonctions

Par exemple :

- les soignants : médecins, infirmières, AS., sages-femmes, etc.
- les techniques : électriciens, menuisiers, informaticiens, etc.
- les administratifs : les secrétaires, les adjoints des cadres, agents de bureau, etc.

Le mode de prise en charge

Par exemple :

- les services qui n'ont pas de lien avec le patient : les services administratifs, logistiques, etc.
- ceux en relation directe avec le patient : les hospitalisations classiques, de jour, les soins externes, le bloc opératoire, les consultations, les longs séjours, etc.

La localisation géographique

Par exemple :

- le monobloc et la maternité
- les bâtiments des personnes âgées
- les bâtiments des médico-techniques

Ou bien un mixte...

... qui prenne en compte une diversité de situations, une hypothèse qui panache les découpages, qui aborde des questions transversales, qui prenne en compte certaines spécificités.

Par exemple :

- une Aide-soignante du service de gériatrie
- une infirmière de consultation du service de chirurgie viscérale
- les infirmières de médecine
- tous les personnels du service de radiothérapie
- ...

En dernière analyse, l'unité de travail retenue doit être une structure opérationnelle du point de vue de la mise en place d'actions de prévention, et surtout elle doit avoir du sens pour les acteurs internes.

Leur définition n'appartient pas à l'intervenant, mais aux résultats d'un débat social interne.

Exemples d'analyse des conditions d'exposition à un risque

Unité de travail : Parc et jardins

Un danger est répertorié
Un risque est possible



Le travail en hauteur

Types d'activité :

- Taille des arbres
- Toit d'un bâtiment
- Lavage de vitres



*Organisation prescrite
et règles de sécurité*

- Chaussures...
- Baudrier...
- Matériel spécifique
- Panneau de signalisation...

*Comment les choses se passent
dans la réalité ?*



- Niveau d'urgence pour réaliser ce travail ?
 - État du matériel (échelle, escabeau, scie...)?

Unité de travail : Un service de soins palliatifs

Risque sans danger apparent



La charge mentale et psychique

Types d'activité :

- Suivi d'un dossier complexe
- Intervention auprès d'un patient dont le pronostic vital est mis en jeu, et conséquences sur les affects du soignant
- Intervention dans l'urgence
- Gestion d'interfaces avec la famille, d'autres professionnels...

*Organisation prescrite
et règles de sécurité*

- Connaissance de la personne
- Connaissance de l'équipe
- Les effectifs déterminés
- Connaissance des circuits d'information

*Comment les choses se passent
dans la réalité ?*



- Les effectifs réellement présents ce jour-là ?
 - Une famille un peu « envahissante » ?
 - Un dossier introuvable ?

La hiérarchisation des risques

Elle revient au chef d'établissement, qui la fera à l'issue de l'ensemble des risques professionnels identifiés et analysés, et après les avis croisés du médecin du travail, de l'intervenant, voire de la CRAM, ou de tout autre intervenant en matière de sécurité des équipements et installations.

L'intervenant pourra proposer un certain nombre de critères classants au chef d'établissement.

En effet, la grille d'évaluation pour hiérarchiser les risques peut s'appuyer sur un certain nombre de critères comme :

- la gravité du dommage
- la fréquence d'accidents ou de maladies répertoriés par la médecine du travail
- la probabilité de la survenue du risque
- l'identification d'incidents (qui auront pu être renseignés dans un registre)

Attention : certains risques fortement médiatisés peuvent en occulter d'autres. Par exemple dans un service de radiothérapie, on est vigilant sur l'exposition aux rayons et peut-être moins sur les risques liés au port de charge, au sol glissant...

Peuvent être pris en compte :

- les effectifs concernés
- l'historique, les AT, les plaintes exprimées
- les stratégies d'évitement, de précaution, de prudence mises en œuvre par les agents, par les collectifs...
- l'efficacité des mesures précédentes
- les normes réglementaires
- une surveillance médicale spécifique

Peuvent également être pris en compte les éléments qui font varier l'intensité de l'exposition au risque, des facteurs aggravants. Par exemple :

- l'ancienneté des salariés
- leur démographie : homme, femme, âgé, jeune...
- le niveau d'urgence suivant lequel il réalise la tâche
- la réalité des effectifs présents
- la question des risques cumulés qui aggravent une situation
- les risques différés (il n'y a pas de danger immédiat, mais une dégradation de la santé à distance que l'on connaît)
- ...

Ces éléments pourront être pondérés et hiérarchisés par un système de cotation.

Le document unique et le plan d'action

Le document unique est la retranscription écrite de l'inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail. Il s'enrichit au fil des années, en fonction de l'évolution des situations de travail, des analyses complémentaires, des actions engagées... Il est réactualisé au minimum une fois par an. Soumis pour avis au CHSCT, il est tenu à la disposition de ce dernier, du médecin du travail, de la CRAM, et des personnels, pour ce qui les concerne.

LE DOCUMENT UNIQUE :

Dans toutes les plaquettes institutionnelles de sensibilisation, on retrouve les éléments suivants :

- Rappel des conditions de réalisation de l'évaluation des risques professionnels
- Liste des dangers et méthode d'analyse des risques liés et outils utilisés
- Méthode d'analyse des risques choisis et outils utilisés
- Méthode de classement choisie
- Liste des situations à risques identifiés, évaluation et hiérarchisation
- Les actions de prévention déjà mises en œuvre

Il s'agit de rassembler dans un même lieu, différentes sources d'information.

Dans des grands établissements, on peut imaginer que le Document Unique final soit la somme des documents uniques des unités, avec leurs spécificités.

Le programme d'action, au-delà d'objectifs locaux d'unité de travail, pourra intégrer au niveau global de l'établissement, des actions spécifiques, transversales...

Pourront être intégrés au document unique global d'autres éléments existants comme les protocoles sécurité, des actions de formation spécifiques, des comités spécifiques

travaillant sur les maladies nosocomiales, les rayonnements, les données de la médecine du travail (par exemple l'analyse d'accidents du travail)...

LE PLAN D'ACTION :

Le plan d'action doit énoncer les modalités d'action pour chaque service. Le système ne doit pas alourdir la démarche, mais chaque Unité de travail doit pouvoir rendre clairs et lisibles au personnel les actions menées, leur suivi, l'évaluation, le calendrier et les réajustements nécessaires... Ce doit être un outil opérationnel.

Il n'est pas attendu que le Document Unique énonce des modalités d'action ; celles-ci font l'objet du plan d'actions de prévention, celui-ci pouvant être laissé dans les UT, mais aussi auprès du médecin du travail, du CHSCT, ... et reprendre également toutes les actions transversales.

Ces deux étapes (document unique et plan d'action) ont du sens d'un point de vue méthodologique : bien séparer l'analyse de l'action. Éviter la correction immédiate car un risque peut en cacher un autre !

Les deux supports (document unique et plan d'action) sont l'objet d'un débat social interne et vont donc contribuer à renforcer le caractère participatif interne et externe de la démarche de prévention des risques, pour une prévention durable.

Exemple d'analyse de 2 risques dans une unité de travail

Phase de travail	Danger	Risque	Conditions d'exposition au risque	Éléments spécifiques du contexte	Solutions déjà mises en œuvre	Évaluation	Qui (suivi)	Planification
Préparation de produits cyostatiques	Inhalation de produits toxiques, contacts...	Risques allergiques, cancérogènes...	Local, hotte, Connaissance de produits Les conteneurs à déchets	L'agent n'a pas toujours le matériel adéquat	Les protections individuelles L'information	Suivi médical N° xx dans la hiérarchie des risques	Le Cadre Le s élus CHSCT	Mesures immédiates par rapport aux locaux Changement d'une hotte défectueuse...
Refaire un lit, lever le malade	Manutention	Lombalgies Risque de tendinites	Tous les jours 20 par jour Agent souvent seul	Facteur aggravant: l'âge des agents Interruptions fréquentes	Matériel de type lave-malades Réfléchir à l'organisation du travail Travailler en binôme	N° xx dans la hiérarchie des risques	Le service de formation La médecine du travail	Acquisition de matériel dans 6 mois Formation à la manutention

POUR EN SAVOIR PLUS

Glossaire

Les organismes et les abréviations les plus courantes

AES Accident d'exposition au sang

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANFH L'Association Nationales de la Formation des personnels Hospitaliers

Structure paritaire mutualisant les fonds de formation. Sont adhérents la grande majorité des établissements de santé

ARH Agence Régionale d'Hospitalisation. C'est elle qui organise l'offre de soins en région

CLACT Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail

CLIN Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (experts internes à l'établissement)

CME Commission Médicale d'Etablissement

Instance consultative représentant le corps médical

CNRACL Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

COM Contrat d'Objectifs et de Moyens. C'est un contrat passé entre l'établissement et l'ARH pour la réalisation de projets internes

CRAM Rappelons que les CRAM, dans le secteur sanitaire public, en ce qui concerne les AT/MP, ne sont pas l'assureur. Elles sont donc beaucoup moins impliquées dans les démarches «prévention» que dans le secteur privé.

Cependant, elles participent, de droit aux CHSCT.

Le service prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles des CRAM possède une expertise en matière d'analyse des risques professionnels et de leur prévention

CREMES Cellules Régionales d'Évaluation et de Modernisation des Etablissements de Santé

CTE Comité Technique d'Etablissement

Instance représentative des personnels, consultée, entre autres, sur toutes les questions d'organisation du travail

DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRASS Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DSSI Directeur du Service de Soins Infirmiers

FHF Fédération Hospitalière de France

FMES Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé

MEAH Mission nationale d'Expertise et d'audit Hospitaliers

PSPH Participant du Service Public Hospitalier Se dit des établissements privés à but non lucratif qui ont une mission de service public

Références bibliographiques

Les textes de loi :

Une directive européenne (n°89/391/CEE du 12 juin 1989) définit les principes fondamentaux de la protection des travailleurs.

Une loi (n°91-1414 du 31 décembre 1991) instaure l'obligation pour chaque employeur (public comme privé) de disposer d'un document unique de prévention des risques professionnels, exhaustif, actualisé et tenu à disposition de l'inspection du travail.

Un décret (n°2001-1016 du 5 novembre 2001) puis une circulaire du 2 juillet 2002 rappellent cette obligation pour les hôpitaux.

La Circulaire de la DHOS 2002, rappelant que les établissements publics sont concernés par le Décret de 2001.

Des revues :

Les revues spécialisées : Gestions Hospitalières, Objectif soins, La revue de l'infirmière
Les publications du réseau ANACT sur la PRP et sur l'hôpital

Brochure « Évaluer pour prévenir, comprendre pour agir » (CRAM, DRT, MSA, ANACT...)
Les documents de l'INRS (disponibles sur le site)

Le guide de la FEHAP sur la prévention des risques en milieu de soins (secteur privé) publié en 1997.

Le guide du CHSCT, édition 2003, publié par l'ANFH

OUVRAGES ET ARTICLES

«Gestion des risques», in **GESTIONS HOSPITALIÈRES**, n° 432, 01/2004, pp. 25-52

«Mal-être au travail (dossier)», in **TRAVAIL ET EMPLOI**, n° 97, 01/2004, pp. 5-91

La transformation de l'organisation des entreprises soucieuses d'efficacité économique génère de nouvelles pathologies qui sont associées au mal-être au travail : surmenage, stress, épuisement, harcèlement.

F. Novara, médecin et universitaire en Italie, décrit les facettes d'un syndrome névrotique de l'organisation et son incapacité à changer les mécanismes de défense qui le font persister. Il constate que l'organisation reste «inguérissable» tant qu'on l'enferme dans une «cage unitaire». Les interventions en entreprise réalisées par Solange Lapeyrière, ergonomiste, lui permettent de comprendre la nature collective et culturelle qui entourent les pratiques de harcèlement moral. Yves-Frédéric Livian, université Jean Moulin Lyon 3, s'intéresse au phénomène de violence au travail, entre individus engagés dans des relations marchandes. Michel Castra, université de Lille 1, analyse dans une perspective sociologique les pratiques déployées par les professionnels travaillant auprès des malades en fin de vie dans le cadre hospitalier. Dans ses consultations, la FNATH se propose d'associer au soutien psychothérapeutique une approche pluridisciplinaire. Pascale Molinier, Conservatoire des Arts et Métiers, relate les principaux jalons qui conduisent à faire des rapports sociaux de sexe et de leur enjeu, la division sexuelle du travail, une dimension centrale dans la recherche clinique, la théorie et la méthodologie en psychodynamique du travail.

«Le risque infectieux (dossier)», in SANTE ET TRAVAIL, n° 23, 04/1998, pp. 23-57

L'infection est le résultat de l'agression d'un organisme humain par divers micro-organismes : bactéries, virus, parasites et champignons. Les modes de contagion sont directs ou indirects. Dans ce dernier cas, les agents pathogènes utilisent d'autres vecteurs : une eau ou une alimentation contaminées par des germes d'origine digestive humaine ou animale par exemple. Replacée sur les devants de la scène avec l'apparition du Sida, la prévention des risques infectieux concerne de nombreux salariés, dans des secteurs d'activités très variés : agriculture, agroalimentaire, environnement, santé... L'exposition à des agents infectieux peut avoir des conséquences dramatiques pour la santé. Fort heureusement, il existe aujourd'hui des solutions thérapeutiques et préventives pour une majorité de situation. De plus, la directive européenne 90/679/CEE du 26 novembre 1990 est venue renforcer le dispositif de protection des salariés. Le problème ne reste pas moins difficile à appréhender, c'est pourquoi l'évaluation du risque reste une étape importante qui ne peut se conduire sans la participation des salariés et sans une analyse de l'activité au poste de travail. Ce risque devra être abordé comme les autres risques professionnels avec une stratégie de prévention lui correspondant.

«Sida et travail», in PERFORMANCES HUMAINES ET TECHNIQUES, n° 88, 06/1997, pp. 5-37

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) détruit progressivement et désorganise le système de défense de l'individu. Les progrès de la recherche, la découverte de traitement précoce, la prévention des maladies opportunistes augmentent la qualité et la durée de vie des malades leur permettant de conserver le plus longtemps possible une activité professionnelle. Le sida n'en reste pas moins un sujet tabou et préoccupant compte tenu de sa gravité et de son caractère

invalidant. De nouvelles thérapies comme la trithérapie par exemple fournissent des résultats encourageants qui font que la question posée aujourd'hui est non seulement celle du maintien dans l'emploi, mais aussi celle du retour vers l'emploi. Le besoin des personnes malades de réinvestir la vie active pour leur épanouissement personnel et l'assurance d'une autonomie financière est clairement exprimé. Mais les difficultés auxquelles elles se heurtent leur laissent peu de chance en termes d'accès ou de retour à l'emploi. Des aménagements de poste, un assouplissement de la réglementation, une meilleure formation des personnels médicaux et des employeurs permettraient sans doute d'être plus respectueux des droits des salariés. Au niveau de leur protection, ces derniers ne bénéficient pas d'un statut spécifique, mais des interrogations demeurent en matière de prévention des risques professionnels. La communication dans l'entreprise reste encore le meilleur atout pour éviter les incidents.

« Manutentions : à bras le corps (dossier) », in SANTE ET TRAVAIL, n° 9, 08/1994, pp. 33-70

Ce numéro de Santé et Travail est une entrée en matière à la nouvelle campagne de sensibilisation que va mener l'INRS dès 1995 sur le thème de la manutention. Le dossier débute sur une interview d'I. Kuorinka, ergonomiste de l'IRSST à Montréal qui précise que la robotisation et la mécanisation ne vont en rien supprimer l'activité de manutention. Elle demeure une nécessité pour l'entreprise. Cependant une meilleure adaptation des techniques corporelles de manutention et la conception de moyens techniques d'aide à la manutention pourraient contribuer à diminuer le nombre d'accidents et de maux de dos. J. P. Meyer, en tant que médecin s'intéresse aux risques et à la prévention. Il identifie un certain nombre de pathologies. Beaucoup d'opérations de travail sont réalisées sous de fortes contraintes de temps, et sont donc sources d'accidents.

Comme le précise A. Laville, la manutention ne se limite pas à l'action de porter. Elle fait appel à d'autres compétences en termes d'analyse du travail.

Les deux articles suivants décrivent d'autres lieux de travail réputés pour la fréquence des lombalgies du personnel. Il s'agit des hôpitaux et des crèches. Dans le premier cas, les formations dispensées n'ont pas fourni les résultats escomptés. Pour plus d'efficacité, il serait intéressant d'impliquer les travailleurs dans la conception même des programmes (Marie Saint-Vincent, Chantal Tellier). Dans le second cas, la recherche de solutions se situe pour partie dans l'analyse de la posture de l'adulte et dans l'évolution des conditions de travail en prenant en considération les besoins des professionnels et des enfants (Anne Grunstein).

Un reportage réalisé dans une usine de fabrication de filtres vient illustrer ce dossier. L'objectif s'est arrêté sur un poste d'emballage final où beaucoup d'ouvriers se plaignent de maux de dos et de problèmes locomoteurs (Martine Laganier).

Le dossier s'achève sur une démarche organisationnelle et volontariste de la Régie Renault en faveur de la réduction des contraintes physiques de travail.

AMALBERTI (René), CAILLARD (Jean-François), ANHOURY (Pierre), et al.
«Analyse : gestion des risques (dossier)»,
in GESTIONS HOSPITALIERES, n° 422, 01/2003, pp. 18-60

Sécurité à l'hôpital et risques professionnels sont au coeur de ce dossier sur la gestion des risques en milieu hospitalier. Dans un premier article, le Pr. Amalberti et le Dr. Pibarot placent les évolutions des exigences de la France en matière de sécurité du patient dans le cadre d'une réflexion plus globale sur la sécurité à l'hôpital et pèsent les difficultés de mise en conformité des institutions. J-F. Caillard et J-F. Gehanno se penchent ensuite sur l'évaluation des risques dans les établissements de santé d'après les modalités d'applications régle-

mentaires. La mise en place d'une politique de gestion globale des risques hospitaliers est étudiée dans un troisième article par le Dr. Anhoury et B. Schneider. Trois études de cas sont ensuite traitées : la coopération entre hôpitaux publics et cliniques privées en matière de stérilisation, qui soulève le problème de manque de moyens de certains établissements pour une activité parfaitement aux normes ; le choix des dispositifs médicaux stériles au CHU de Limoges ; une étude sur l'optimisation de la production d'une préparation chimiothérapeutique. Dans un septième article, P. Gaspard et S. Gayet établissent une évaluation des pratiques en hygiène hospitalière et proposent une méthodologie pour la réalisation d'un audit clinique. Le dernier article collectif soumet des réflexions sur la rentabilité des unités d'hygiène hospitalière et soulève la question suivante : comment concilier efficacité et rentabilité à l'hôpital ?

BOURNE (Jean-Paul), GADBOIS (Charles), VILLATTE (Robert), VISIER (Laurent), BRESSAND (Michelle) (Préfacier) - «Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital. Faire siens les outils du changement», INTEREDITIONS, 1993, 302 pages

Ce livre se veut à la fois une invitation adressée à tous les acteurs de l'hôpital pour qu'ils se saisissent des outils de l'ergonomie et un guide pour y réussir.

Après un premier chapitre qui souligne le caractère indispensable de l'approche ergonomique et ses traits essentiels, le second montre concrètement comment, dans différents hôpitaux, des groupes de travail associant des membres des groupes professionnels les plus variés ont mené l'analyse ergonomique d'une situation de travail, débouchant sur la définition de solutions et sur leur mise en place. Le troisième chapitre fournit une présentation systématique des différents outils de l'ergonomie (observation, analyse des dysfonctionnements, questionnaire, entretiens, arbre des causes...).

Après l'analyse, reste à passer aux solutions.

Les méthodes pour construire ces solutions font l'objet du chapitre 4, et les moyens de faire adopter ces solutions au sein de l'établissement sont discutés au chapitre 5.

Cet ouvrage peut se prêter à plusieurs lectures. Une première lecture peut en être faite en suivant l'enchaînement des chapitres. Mais on peut aussi s'en servir comme un livre à consulter, au moment où l'on est confronté à un problème donné, afin d'y trouver des informations et une aide pour traiter ce problème.

CARPENTIER-ROY (Marie-Claire) - « Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier », EDITIONS LIBER, 1991, 176 pages

Cet ouvrage québécois présente les résultats d'une recherche en psychopathologie du travail, discipline dont l'objectif fondamental est de saisir les rapports entre l'organisation du travail et la santé mentale.

À travers une enquête auprès des infirmières de quatre services hospitaliers, l'auteur montre que l'absence de reconnaissance de ce qu'elles font et de ce qu'elles sont, et le décalage entre les responsabilités qui leur incombent et leur pouvoir réel de décision sont les principales sources de souffrance et d'insatisfaction des infirmiers à l'égard du «contenu significatif de leur tâche». Dans certains cas, la technologie peut contribuer à enrichir ce contenu, si elle permet une valorisation s'appuyant sur des responsabilités accrues, une plus grande autonomie et une reconnaissance des compétences.

Les effets pathogènes des contraintes d'activité et de l'anxiété liée à la souffrance et à la mort peuvent, en partie du moins, être contre-balançés par un contenu significatif important.

Une des originalités de l'ouvrage est la place importante qu'il accorde à l'imaginaire féminin, comme élément explicatif du rapport au plaisir et à la souffrance au travail des infirmières.

CLERC (Françoise), LERT (France) - « La santé du personnel soignant à l'hôpital.

Synthèse de travaux scientifiques sur les principales pathologies », EDITIONS DE L'ANACT, 1991, 105 pages, (collection Points de repère)

Les connaissances scientifiques peuvent-elles être utiles aux acteurs de terrain ?

A cette question, l'ouvrage de France LERT et de Françoise CLERC apporte une réponse positive. Du seul fait de son existence et de son objet («synthèse des travaux scientifiques sur les principales pathologies»), mais avec des nuances : ces connaissances peuvent être utiles, mais :

- à condition d'être connues : malgré des efforts de diffusion, les connaissances scientifiques restent encore étroitement cantonnées dans les milieux scientifiques intéressés. Concernant les pathologies des personnels soignants, les auteurs ont dépouillé plus de 400 références de travaux, principalement en épidémiologie. Elles ont privilégié des travaux récents, de portée générale, et pertinents par rapport au contexte français.

- à condition d'être comprises : dans ce sens, l'ouvrage constitue un remarquable travail pédagogique combinant des synthèses thématiques et des présentations résumées des travaux les plus importants sur chaque sujet.

- à condition que les acteurs puissent se les approprier : pour F. LERT et F. CLERC cela passe d'abord par la compréhension de la façon dont les résultats scientifiques ont été élaborés (méthode, échantillon, etc.).

CLOUTIER (Esther), DAVID (Hélène), PREVOST (Johanne), TEIGER (Catherine) - « Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile », INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTE ET EN SECURITE DU TRAVAIL, 10/1998, 148 pages

Les emplois de soins à domicile sont à l'origine de lésions professionnelles chez le personnel soignant. Les changements actuels dans le secteur de la santé et des services sociaux entraînent des modifications importantes de l'organisation et de l'activité de soins à domicile : virage ambulatoire, hausse des

bénéficiaires, nature des soins, vieillissement de la population, réaffectation du personnel, introduction des nouvelles technologies. Il y a lieu de supposer que ces modifications auront des incidences sur la santé et la sécurité qu'il importe d'appréhender. L'Institut de Recherche en Santé et Sécurité du Travail du Québec (IRSST) a entrepris une étude de cas exploratoire sur les auxiliaires familiales et sociales (AFS) et les infirmières du maintien à domicile (MAD) afin :

- d'identifier les contraintes organisationnelles, environnementales et autres qui font que le travail à domicile est à risque,
- d'étudier les différentes stratégies compensatoires qui sont mises en œuvre par les individus, les collectifs de travail et les organisations pour réduire l'effet des contraintes reliées au travail,
- d'apporter une attention particulière aux variations de contraintes et de stratégies selon l'âge et l'expérience de la main-d'œuvre. Les résultats ont d'ores et déjà permis de dégager des pistes d'intervention utiles pour la prévention des accidents et des maladies professionnelles.

DESSORS (Dominique), DODIER (Nicolas), BOURGEOIS (P.) – Dossier «plein le dos», in SANTE ET TRAVAIL, 04/1991, pp. 19-60

Dans ce premier numéro, qui fait suite aux Cahiers de la Mutualité dans l'entreprise, les auteurs abordent le problème du mal de dos en milieu du travail, les difficultés à le prévenir et les obstacles à le faire reconnaître comme accident du travail; le dossier s'ouvre sur l'interview d'un rhumatologue qui confirme à quel point la lombalgie intéresse de nombreuses activités professionnelles, la nécessité de bien connaître ces activités pour envisager un traitement, et la difficulté pour le médecin à influencer les techniques de prévention.

Sont, en outre, traitées :

- les difficultés de la prise en charge du mal de dos en accident du travail, face aux contestations et blocages, tant au niveau de

l'entreprise que de la Sécurité sociale ;

- les raisons pour lesquelles le dos est une cible aussi fréquente des mauvaises conditions de travail ;

- la stratégie de prévention à adopter pour diminuer les facteurs, bien connus, de lombalgies en milieu de travail, sans toutefois céder au piège d'une «prévention facile» ;

- enfin, la nécessité d'étudier les conditions d'exécution d'un travail et de procéder à une analyse de la posture en rapport avec l'activité, avant toute action de prévention.

En complément à ce dossier, on trouvera le témoignage d'une aide-soignante exerçant en service de gériatrie, un lexique de termes spécialisés, et un article consacré à la colonne vertébrale.

DI GIOVANNI (Rita) (Coordinateur), MERCIÉCA (Pascale) (Coordinateur) – « Evaluation des risques professionnels : objectif prévention (dossier) », in TRAVAIL ET CHANGEMENT, n° 279, 08/2002, pp. 7-19

Plusieurs articles composent ce dossier :

- «L'approche réglementaire : Une ressource pour l'organisation» (article de Rita Di Giovanni et Pascale Merciéca) : le décret du 5 novembre 2001 a parfois semé le trouble dans les entreprises. Le réseau ANACT apporte un éclairage sur la démarche d'évaluation des risques professionnels, en insistant sur l'approche organisationnelle qui permet de prendre en compte le travail réel et son organisation.

- «Allia. Le risque poussière : une épreuve pour l'entreprise» (article de Karyne Dumy, Etienne Gau et Pascale Merciéca) : il convient d'analyser plus globalement l'organisation du travail où s'inscrit la persistance de risques professionnels dûs aux poussières. Telle est la position du réseau ANACT lors de l'intervention sur un site du groupe Allia, producteur de céramique sanitaire.

- «Chevassu (Franche-Comté). Une démarche légitime avant d'être légaliste» (article de Béatrice Sarazin) : l'entreprise Chevassu a lancé une démarche d'évaluation des risques.

Tous les salariés s'impliquent dans ce travail en même temps que l'exercice de pluridisciplinarité est coordonné par Franche-Comté amélioration des conditions de travail (FACT), l'association régionale de l'ANACT.

- «Kraft foods (Hérault). Une forte implication» (article de Catherine Pinatel) : Kraft foods (spécialisée dans la transformation du café) a répondu à son obligation d'évaluation des risques professionnels en montant un projet de prévention qui s'inscrit dans la droite ligne des démarches participatives mises en œuvre pour développer la qualité ou améliorer la production.

- « Centre hospitalier de Libourne (Gironde). Radiographie collective des risques » (article de Véronique Pilnière et Catherine Brun) : la Direction régionale du travail d'Aquitaine (DRTEFP) a lancé en novembre 2000 auprès de 10 entreprises, une expérimentation d'évaluation et de prévention, animée par l'ARACT Aquitaine. Exemple au Centre hospitalier de Libourne.

- «TPE et PME. Des dispositifs pour agir» (article de Rita Di Giovanni et Bertrand Canepa) : depuis 1999, le réseau ANACT travaille sur le champ de l'évaluation des risques, par des interventions dans des entreprises, des diagnostics, l'animation de réseaux de consultants ou de préventeurs, des clubs d'entreprise... Certaines de ces actions ont donné lieu à la production d'outils, en particulier des formations-actions destinées aux PME et TPE ou aux consultants.

ESTRYN-BEHAR (Madeleine) – «Etablissements de soins. Introduction aux risques professionnels», DIRECTION REGIONALE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE D'ILE-DE-FRANCE, n° supplément à la Gazette sociale d'Ile-de-France, 09/1998, pp. 5-38

ESTRYN-BEHAR (Madeleine) – «Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention »,

EDITIONS SCIENTIFIQUES TECHNIQUES ET MEDICALES, 1997, 245 pages

Le travail occupe une place centrale dans l'activité humaine. Il mobilise le fonctionnement psychique du salarié et constitue un des moyens par lequel se constitue son identité. Cependant lorsque les contraintes organisationnelles sont trop fortes, elles sont susceptibles de générer de la souffrance au travail. Les mécanismes de défense qui permettent de s'adapter lors de situations de travail critiques peuvent être fragilisés. Ils peuvent donner lieu à des oublis et des erreurs et avoir des retentissements physiques et psychologiques. Ce nouvel ouvrage de Madeleine Estryn-Béhar, médecin du travail et conseil en ergonomie, livre un ensemble de connaissances sur les mécanismes de la souffrance psychique des personnels soignants et propose des solutions pour la prévenir. La dimension « psychique » ou « affective » du travail est analysée dans une première partie. Différentes approches permettent d'évaluer les situations de travail en milieu hospitalier dans lesquelles les soignants peuvent éprouver des difficultés. L'approche psychopathologie du travail met l'accent sur la détection des signes de désadaptation psychique et sur les maladies mentales occasionnées par le travail (épuisement professionnel, risques dépressifs...). La mise en évidence des facteurs et des manifestations du stress est réalisée grâce à des études épidémiologiques descriptives. L'approche ergonomique, par l'observation des situations de travail, permet de cerner des dysfonctionnements en matière d'organisation et de conditions de travail qui rendent le travail pénible. La relation soignant-soigné est analysée dans une perspective psychosociologique ainsi que sont repérées et proposées des stratégies de prévention et d'adaptation (groupe de paroles, collaboration thérapeutique...). Dans une seconde partie, des développements concernant l'ergonomie hospitalière et son apport pour la prévention du stress au travail sont

proposés. Ils concernent l'analyse de l'activité de travail, la charge mentale ou cognitive, les horaires et le travail de nuit, l'influence du bruit sur le caractère et la performance et l'impact des choix architecturaux sur le travail d'équipe et la parcellisation du travail à l'hôpital.

ESTRYN-BEHAR (Madeleine), COUTY (Edouard) (Préfacier) – «Ergonomie hospitalière : théorie et pratique», EDITIONS SCIENTIFIQUES TECHNIQUES ET MEDICALES, 1996, 568 pages

Cet ouvrage effectue la synthèse des connaissances de base et des méthodes utilisées en ergonomie, en envisageant des applications à l'hôpital. Il aborde séparément dans un souci de pédagogie les diverses composantes physiques, mentales, perceptives et affectives, tout en montrant le lien entre les différents éléments de la situation de travail. Le premier chapitre insiste sur l'apport de l'ergonomie concernant l'amélioration des conditions de travail, la maîtrise des dépenses et la qualité des soins. Le recours à une procédure participative montre tout son intérêt à l'hôpital. Le deuxième est consacré au travail physique en rappelant qu'une posture ou une manutention ne peut être appréciée sans prendre en compte l'ensemble de la journée de travail. Le travail mental est lié au travail physique et est analysé ici sous l'angle des processus mentaux mis en œuvre par la personne. Cette notion de charge mentale ne peut également être dissociée des aspects psychiques ou affectifs impliqués dans le rapport subjectif au travail. Le chapitre suivant résume les principales connaissances sur les horaires de travail et le travail à l'hôpital. Ce sont ensuite les ambiances de travail qui sont décrites. Des indications pour la réalisation d'un bon éclairage sont données. Les risques liés à l'exposition à la chaleur, au froid et à la mauvaise qualité de l'air sont passés en revue et la contrainte thermique dans les bureaux

et à l'hôpital est évaluée. En ce qui concerne le bruit, trois étapes sont retenues : d'abord connaître et mesurer la nuisance, puis prendre en compte les effets de cette nuisance sur l'homme et enfin étudier et mettre en application des solutions techniques destinées à réduire le bruit. Le tout dernier chapitre porte sur la conception architecturale. L'histoire de l'architecture des hôpitaux et d'une façon plus générale des lieux de travail est rappelée. Le propos est ensuite centré sur la conduite de projets concernant l'espace de travail pour un réaménagement, voire la conception et la construction de nouveaux bâtiments.

ESTRYN-BEHAR (Madeleine)*, LE NÉZET (Olivier)*, AFFRE (Anne), ARBIEU (Patricia), BONNET (Nicole), DERRIENIC (Francis), GADIER (Gilles), LORIOU (Marc), SALBREUX (Roger), BEN-BRIK (Eric)*, CAILLARD (Jean-François) et le comité de suivi.

Analyse des résultats de la première partie transversale de l'étude européenne «PRESST-NEXT», réalisée en 2002.

Les résultats de cette étude visent à favoriser la promotion de la santé au travail et pour faciliter le maintien de la capacité professionnelle tout au long de la carrière normale des soignants. Dans sa première partie l'étude identifiera les facteurs de santé, les conditions de travail et les facteurs organisationnels liés au souhait de quitter sa profession prématurément. Dans la seconde partie, après la deuxième enquête menée un an plus tard, les conséquences de ces départs seront analysées en terme d'impact sur la qualité de vie et le vieillissement des salariés.

Afin de comprendre les avantages et les difficultés particulières des différentes structures sanitaires et sociales où exercent des soignants salariés en France, tout en respectant le protocole général de l'enquête européenne, nous avons réuni un comité de suivi représentant les différents partenaires et décideurs du système sanitaire Français.

*Service central de médecine du travail de l'AP-HP, Hôtel-Dieu, 1, place du parvis Notre Dame 75004 Paris France

Les premiers résultats exposés ici ont été choisis par le comité de suivi pour permettre la mise à disposition d'éléments permettant d'envisager des pistes d'amélioration réalistes. Ce sont aussi des axes de prévention, dont l'efficacité pourrait être évaluée à partir de ce constat.

FERNANDEZ GARCIN (Sabine) – «La sécurité hospitalière, tome 1», in PHOEBUS - LA REVUE DE LA SURETE DE FONCTIONNEMENT, n° 21, 03/2002, 64 pages

FERNANDEZ-GARCIN (Sabine) (Directeur) – «La sécurité hospitalière, tome 2», in PHOEBUS - LA REVUE DE LA SURETE DE FONCTIONNEMENT, n° 22, 07/2002, pp. 5-74

GADBOIS (Charles) – «Aides-soignantes et infirmières de nuit. Conditions de travail et vie quotidienne », EDITIONS DE L'ANACT, 1981, 77 pages, (collection Etudes et recherches)

Ce guide fournit des informations précises sur les problèmes spécifiques rencontrés par les infirmières de nuit; il insiste sur les conséquences, dans un secteur où le travail de nuit apparaît inévitable, d'une remise en cause de la législation du travail de nuit des femmes.

GRUPE DE RECHERCHE INFIRMIER PLURIDISCIPLINAIRE SUR LE STRESS (Auteur moral), RODARY (Chantal), SARROUILHE (R.), GOUT (M.), et al. – «Etude sur les conditions de vie professionnelle des infirmier(e)s en milieu hospitalier : analyse finale (1994)», MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, 1994, 29 pages

L'objectif de cette étude est d'examiner les conditions de vie professionnelle des infirmières en milieu hospitalier et plus particulièrement le facteur stress et ses effets sur la santé. Elle a été menée auprès de 520 infirmières de deux hôpitaux de la région parisienne : l'Institut Gustave Roussy et l'hôpital Bicêtre et elle a mis en évidence des résultats comparables tant au niveau des démogra-

phiques et professionnelles que sur l'appréciation des conditions de travail : 80 % d'entre elles trouvent leur travail intéressant, mais paradoxalement 55 % ont ressenti l'envie de quitter leur emploi. L'épuisement professionnel est frappant dans les deux établissements. 25 % des infirmières présentent un épuisement émotionnel élevé, 25 % perçoivent leur accomplissement personnel comme insuffisant et le retrait d'investissement est plus élevé à Bicêtre qu'à l'Institut Gustave Roussy. Le rôle prédominant du dysfonctionnement de la structure hospitalière et la charge de travail sont à l'origine des facteurs de stress.

HOPITAUX DE LYON (Auteur moral) – «Le risque professionnel dans la fonction publique hospitalière. Pour une gestion sans risque», EDITIONS LACASSAGNE, 1992, 179 pages

Deux préoccupations au moins sont à l'origine de ce colloque sur les accidents du travail dans la fonction publique hospitalière» : 1) une préoccupation d'ordre social, dans la mesure où, pour un directeur d'hôpital, refuser la prise en charge d'un accident, au motif que celui-ci ne constitue pas un accident du travail, est une mesure lourde de conséquences pour l'agent qui aura alors le sentiment de vivre une profonde injustice, et 2) une préoccupation de gestion, car bien gérer les A.T. suppose que l'on ait des références précises tant sur le plan législatif que jurisprudentiel. Quels sont en effet aujourd'hui, après la réforme de la Fonction publique, les textes applicables en la matière ? Qu'en est-il de la jurisprudence ? Quels sont les critères qu'elle retient dans la définition des A.T. ? Doit-on se limiter à celle des tribunaux administratifs ou prendre en considération celle dégagée par les tribunaux judiciaires ? Si beaucoup d'incertitudes et de pratiques différentes subsistent dans ce domaine, un des buts de ce colloque était de tenter de clarifier ces diverses questions.

Parmi les différents thèmes abordés, on trouvera, entre autres, dans cet ouvrage :

- l'évolution de la législation régissant les

risques professionnels dans la Fonction publique et le régime général de la Sécurité sociale;

- les imprécisions des critères de l'accident du travail et de l'accident de trajet;

- les pouvoirs de l'administration et les droits de l'agent;

- le compte-rendu d'une enquête sur les accidents de service, de trajet et les M.P. auprès de 445 hôpitaux du Sud-Est;

- l'adéquation entre le préjudice et la réparation;

- un questionnement sur la prévention à l'hôpital public;

et des considérations européennes de droit comparé concernant l'assurance du risque professionnel...

LERT (France), MORCET (Jean-François) «Organisation du travail, stress et épuisement professionnel chez les infirmières exerçant à l'hôpital : identification des situations à risque», INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, 05/1997, 112 pages

L'objectif de l'étude est de décrire et de mesurer l'état de stress et ses conséquences chez le personnel soignant à l'hôpital. Elle met en évidence les problèmes qui en sont des éléments intrinsèques aux soins :

- la confrontation à la maladie grave, à la souffrance et à la mort des patients,

- les contraintes des activités dans lesquelles le soin repose sur des procédures très techniques,

- les dimensions éthiques continuellement aiguës par le progrès des techniques et la recherche clinique, dans leur double dimension d'acharnement thérapeutique et d'accompagnement.

LERT (France), MARNE (Marie-José) – «Les soignants et la prise en charge des personnes atteintes de sida à l'hôpital. Etude exploratoire dans trois services hospitaliers», INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, 1991, 117 pages

LOGEAY (Pierre), LERT (France), CHASTAND (Antoine), et al. – «Les temps des infirmières : des contretemps à la santé. Enquête épidémiologique sur les infirmières des hôpitaux publics», CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE, 1984, 205 pages
MARIE (Daniel), MARTINEZ (Joël), et al. «La santé mentale», in GESTIONS HOSPITALIERES, n° 370, 1997, 59 pages

MOTTE (Blandine) – «Hôpital. Sortir de l'épuisement professionnel», in TRAVAIL ET CHANGEMENT, n° 232, 12/1997, pp. 6-8

Pour faire face à la charge de travail et tenir le coup, les infirmières du service de chirurgie viscérale de l'hôpital de Sallanches, en Haute-Savoie, avaient été amenées à taire leurs plaintes et à s'isoler. La démarche proposée par l'ANACT et Aravis, associant écoute compréhensive et approche ergonomique, a permis de revoir certains aspects de l'organisation et de faire évoluer les relations du service avec le bloc opératoire.

NEBOIT (Michel) (Directeur), VEZINA (Michel) (Directeur) – «Stress au travail et santé psychique», OCTARES, 2002, 310 pages, (collection Travail et activité humaine)

Le stress est de plus en plus évoqué dans les sociétés modernes. Il est souvent considéré comme le mal du siècle, surtout dans le travail. Les évolutions des situations de travail, et une prise de conscience plus aigüe de ces transformations, et de leurs effets négatifs, par les acteurs sociaux, amènent un certain nombre d'équipes, en particulier des équipes francophones, à initier des recherches sur un thème qui reste jusqu'ici plutôt l'apanage d'équipes nordiques ou anglo-saxonnes. Dans ce contexte, la prise en compte plus systématique de la multifactorialité des déterminants du stress au travail conduit des équipes issues de différentes disciplines (épidémiologie, psychologie du travail, physiologie du travail, psychodynamique du travail, ergonomie) à

associer leurs méthodes et concepts pour aborder ce problème, dans un but d'acquérir des connaissances utiles à l'action de prévention. Cet ouvrage est destiné à faire connaître les travaux de recherche francophones les plus récents : cadres conceptuels, théories, méthodes et résultats, ainsi que les modalités d'action de prévention du stress au travail qui en découlent. Il se veut le prolongement naturel des travaux antérieurs, mais aussi l'évolution vers une analyse plus systématique de l'activité, ainsi qu'une incitation à aborder la question de la prévention du stress au travail de différents points de vue complémentaires. Cet ouvrage s'adresse à la communauté scientifique concernée par la problématique du stress en situation de travail et aux acteurs de la prévention dans le domaine de la santé et la sécurité au travail.

PENEFF (Jean) - «L'hôpital en urgence. Etude par observation participante», EDITIONS METAILIE, 1992, 257 pages

À l'hôpital, les urgences sont un service à part où la routine n'existe pas, où les classes sociales se rencontrent, où les processus de sélection et de tri des malades n'ont pas le temps de jouer. Jean Peneff a travaillé pendant un an, à mi-temps, comme brancardier au service des urgences d'un grand hôpital de l'Ouest. Il a rencontré la plupart des situations normales et exceptionnelles, et a étudié les comportements et non les discours. Son livre, dans la tradition de E. Goffman et de H. Becker, nous resitue l'ethnologie d'un groupe où l'on voit plus les infirmières, les aides-soignants et les brancardiers que les médecins; il étudie les rapports complexes qui se tissent entre ces différentes catégories et des malades très divers. Il montre les contraintes physiques du travail (les kilomètres de couloir, la saleté, les odeurs) et les contraintes psychologiques venant de l'accueil des patients, et des rythmes de travail où alternent coup de feu et courtes périodes de repos. Il y étudie les codes, les pratiques qui rendent la cohésion et l'efficacité possibles.

PEZE (Marie) - «Le deuxième corps», LA DISPUTE, 2002, 150 pages, (collection Le genre du monde)

À l'hôpital, on soigne les corps. Ces corps pris en charge par la médecine doivent guérir. Si le corps soigné souffre encore, le patient est adressé au « psy ». Derrière la porte de sa consultation, Marie Pezé, docteur en psychologie, psychanalyste, voit alors surgir le deuxième corps : sédiments de l'enfance, mémoire tissulaire du traumatisme, empreintes et lésions du travail, gestuelle différente des sexes. Dans ces chroniques hospitalières, l'auteur dévoile, entre corps érotique et corps au travail - le sien ou celui de ses patients -, comment se tisse la construction identitaire. Pour l'ouvrier qui danse sur son échafaudage, comme pour le chirurgien peaufinant une suture, pour la caissière qui vous sourit, comme pour la psychanalyste qui interprète les symptômes, travailler passe par l'énigme de la mobilisation du corps.

POINSIGNON (Henri), ESTRYN-BEHAR (Madeleine) - «Travailler à l'hôpital», EDITIONS DE L'ANACT ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS EDITIONS BERGER-LEVRAULT, 1989, 180 pages

Cet ouvrage répond à une double ambition. Il dresse le constat de l'état physique et mental des travailleurs hospitaliers, afin de démontrer la place centrale des conditions de travail dans le fonctionnement d'un hôpital. Il montre ce qu'il est possible de changer, et propose une aide à toutes les parties concernées par cette transformation de la vie hospitalière.

ROUSSOPOULOS (Carole) (Réalisateur) «Mort des malades, souffrance des médecins», ANACT (distributeur), 1992)

Après un premier film donnant la parole à des équipes de soignants, voici un second volet sur les médecins. Comment vivent-ils la souffrance et la mort de leurs patients, qu'ils soient dans des services de pédiatrie, cancérologie, médecine générale ou gériatrie, ou

qu'ils travaillent dans des unités de soins palliatifs ? Des thèmes très sensibles sont abordés dans ce film, dont la communication avec le malade, le dialogue avec les familles confrontées à la perte d'un proche, le soutien nécessaire aux équipes pour mieux assumer ces situations douloureuses. Les médecins témoignent aussi des possibilités actuelles de traitement de la douleur, possibilités encore mal connues et trop peu utilisées.

ROUSSOPOULOS (Carole) (Réalisateur)
«Mort des malades, souffrance des soignants», ANACT (distributeur), 1991

Document d'information générale visant à faciliter les échanges dans et hors l'hôpital sur le vécu de travail d'équipes de soins avec les malades en fin de vie et morts, afin de comprendre ce qui détermine la souffrance des soignants et contribuer à la minimiser.

Des équipes de soins parlent pour la première fois de leur souffrance face à la douleur et à la mort des malades. Elles expriment leurs difficultés, leur désarroi, leurs peines à l'égard des malades, des familles, des collègues et des médecins. Elles évoquent aussi leurs attentes, leurs déceptions et leurs satisfactions à l'égard des différentes formations existantes. Elles disent leur impossibilité à évacuer cette souffrance, le travail terminé. Ce film montre aussi comment les soignants cherchent des moyens de se protéger, d'assumer, pour travailler mieux. À travers ces témoignages, le film pose notamment le problème de la formation, de l'organisation et des conditions de travail.

TONNEAU (Dominique), GALLET (Anne-Marie) – «Dossier : Hôpital. Le travail change aujourd'hui», in MENSUEL DE L'ANACT, n° 187, 09/1993, pp. 11-18

Portée sur la scène publique en 1988 puis en 1991, la demande de « reconnaissance » sociale des infirmières est devenue le révélateur d'un plus large problème de conditions et d'organisation du travail à l'hôpital.

Les accords Durieux du 15 novembre 1991 ont déclenché une forte mobilisation sur la réalisation de contrats d'amélioration des conditions de travail à l'hôpital. Premiers essais d'évaluation.

Cas du Centre Hospitalier Général de Voiron (Isère), en particulier du secteur de la gériatrie et évaluation sur 3 sites par l'ANACT des effets d'une série de formations-actions permettant aux membres des CHSCT de mieux analyser les situations de travail en hôpital; exemple de l'hôpital d'Annecy.

TONNEAU (Dominique) – «Les conditions de travail à l'hôpital. Un enjeu vital», EDITIONS DE L'ANACT, 1991, 56 pages, (collection Points de repère)

Un enjeu vital pour le devenir de l'hôpital est celui des conditions de travail de ses personnels. Ce thème s'est d'ailleurs trouvé au centre des préoccupations des différents acteurs du système hospitalier lors des mouvements de l'automne 1988. Cette prise de conscience a amené l'Administration à décider un certain nombre de mesures et à lancer des expériences.

Devant l'intérêt manifesté par les professions en cause, l'ANACT a pensé utile de publier une réactualisation du rapport intitulé «les conditions de travail en milieu hospitalier, des intentions difficiles à mettre en pratique».

TONNEAU (Dominique), ESTRYN-BEHAR (Madeleine), POINSIGNON (Henri) – «Conditions de travail à l'hôpital. Des solutions existent...», in LA LETTRE D'INFORMATION DE L'ANACT, 11/1989, 11 pages

Traiter des conditions de travail dans le secteur hospitalier exige une grande modestie. De multiples compétences sont sollicitées par le sujet. À l'intérieur même de l'hôpital cohabitent des hiérarchies différentes (médicale, paramédicale, administrative), plusieurs logiques, notamment une logique sociale et une logique économique. Cette diversité

n'implique pas forcément des contradictions, mais elle oblige à concilier des contraintes de niveaux différents.

L'ANACT a régulièrement contribué à la réflexion par des études, des recherches, ne serait-ce que parce que des problématiques comme celles du temps de travail des personnels soignants peuvent éclairer bien d'autres branches. Mais surtout, comme l'a montré le conflit des infirmières, l'enjeu de l'évolution de l'hôpital dépasse les 5 % de la population active qu'il emploie.

Les conditions de travail du personnel hospitalier retentissent non seulement sur le personnel, mais aussi sur les malades et leurs familles.

Améliorer les situations de travail peut être un moyen de permettre à l'hôpital de mieux remplir sa mission par rapport à la collectivité. Tel est le fil directeur des contributions qui constituent ce dossier.

Chaque unité d'hospitalisation constitue en soi un cas particulier. Il ne s'agit donc pas d'apporter des solutions, mais de montrer que des initiatives se prennent.

Les exemples présentés concernent des réalisations concrètes : la réorganisation des circuits à l'hôpital rural de Saint-Léonard-de-Noblat, la manutention des malades au Centre Hospitalier Général de Laval et une démarche participative dans un service de médecine interne.

L'étude « Travailler à l'hôpital », dont une synthèse est présentée ici, illustre les principales nuisances du travail du personnel de soin.

Sites et adresses utiles

<http://www.anact.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>

http://www.sante.gouv.fr/sites_regionaux/index2.htm

<http://www.aphp.fr>

<http://www.anfh.asso.fr>

<http://www.inrs.fr>

<http://www.chu-rouen.fr/>

<http://www.inserm.fr>

<http://www.inist.fr>

<http://www.anmtph.fr>

<http://www.fhf.fr>

LE RÉSEAU ANACT

ANACT

4, quai des Etroits
69321 Lyon Cedex 0
Tél. : 04 72 56 13 13
Fax : 04 78 37 96 90
www.anact.fr

ALSACE

ACTAL - 68, av. de la République
68000 Colmar
Tél. : 03 89 29 29 50
Fax : 03 89 29 29 59
www.anact.fr/aract/actal

AQUITAINE

ARACT Aquitaine
67, rue Chevalier
33000 Bordeaux
Tél. : 05 56 79 63 30
Fax : 05 56 81 16 50
www.aquitaine.aract.fr

AUVERGNE

ARACT Auvergne
2, avenue Léonard de Vinci
Parc technologique
de la Pardieu
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 44 35 35
Fax : 04 73 44 35 39
www.auvergne.aract.fr

BASSE-NORMANDIE

Antenne ANACT
Basse-Normandie
Unicité - 4, rue Alfred Kastler
14000 Caen
Tél. : 02 31 46 13 90
Fax : 02 31 46 13 91
www.anact.fr/aract/basse-normandie

BOURGOGNE

Antenne ANACT Bourgogne
Immeuble Grama
11, rue Mably 21000 Dijon
Tél. : 03 80 50 99 86
Fax : 03 80 50 99 85
www.anact.fr/aract/bourgogne

BRETAGNE

Antenne ANACT Bretagne
10, rue Nantaise
35000 Rennes
Tél. : 02 23 44 01 44
Fax : 02 23 44 01 45
www.anact.fr/aract/bretagne

CENTRE

ARACT Centre
Le Masséna
122 bis, Fbg St-Jean
45000 Orléans
Tél. : 02 38 42 20 60
Fax : 02 38 42 20 69
www.centre.aract.fr

CHAMPAGNE-ARDENNE

ARACT Champagne-Ardenne
Rue Charles Marie Ravel
51520 Saint-Martin-sur-le-Pré
Tél. : 03 26 26 26 26
Fax : 03 26 26 94 74
www.anact.fr/aract/champagne-ardenne

CORSE

ARACT Corse
Pépinière des entreprises
de Ricanto
route de Campo dell'oro
20900 Ajaccio
Tél. : 04 95 23 61 61

FRANCHE-COMTÉ

ARACT
8, rue Alfred de Vigny
Espace Lafayette
25000 Besançon
Tél. : 03 81 25 52 80
Fax : 03 81 25 52 81
www.anact.fr/aract/franche-comte

GUYANE

ARACT Guyane
6, rue du Capitaine Bernard
97300 Cayenne
Tél. : 0 594 25 23 63
Fax : 0 594 25 23 73
www.anact.fr/aract/guyane

HAUTE-NORMANDIE

ARACT Haute-Normandie
Immeuble Le Rollon
108, avenue de Bretagne
76100 Rouen
Tél. : 02 32 81 56 40
Fax : 02 32 81 56 41
www.anact.fr/aract/haute-normandie

ILE-DE-FRANCE

ARACT Ile-de-France
132, rue de Rivoli
75001 Paris
Tél. : 01 53 40 90 40
Fax : 01 53 40 90 59
www.anact.fr/aract/idf

LANGUEDOC-ROUSSILLON

ARACT Languedoc-Roussillon
1350, avenue A. Einstein
Le Phénix Bâtiment 9
34000 Montpellier
Tél. : 04 99 52 61 40
Fax : 04 67 22 57 16
www.anact.fr/aract/languedoc-roussillon

LIMOUSIN

ARACT Limousin
46, avenue des Bénédictins
Immeuble le Capitole
87000 Limoges
Tél. : 05 55 11 05 60
Fax : 05 55 11 05 61
www.anact.fr/aract/limousin

LORRAINE

ARACT Lorraine
24, rue du Palais
57000 Metz
Tél. : 03 87 75 18 57
Fax : 03 87 75 18 84
www.anact.fr/aract/lorraine

MARTINIQUE

ARACT Martinique
Zone de Manhity
97232 Le Lamentin
Tél. : 0 596 66 67 60
Fax : 0 596 66 67 61
www.anact.fr/aract/martinique

MIDI-PYRÉNÉES

MIDACT
25, rue Roquelaine
31000 Toulouse
Tél. : 05 62 73 74 10
Fax : 05 62 73 74 19
www.midact.aract.fr

NORD-PAS-DE-CALAIS

ARACT Nord-Pas-de-Calais
197, rue Nationale
59000 Lille
Tél. : 03 28 38 03 50
Fax : 03 28 38 03 51
www.npdc.aract.fr

PAYS DE LA LOIRE

ARACT Pays de la Loire
10, rue de la Treillerie
BP 80023
49071 Beaucazoué Cedex
Tél. : 02 41 73 00 22
Fax : 02 41 73 03 44
www.paysdelaloire.aract.fr

PICARDIE

CESTP-ARACT Picardie
19, rue Victor Hugo
BP 924
80009 Amiens Cedex 1
Tél. : 03 22 91 45 10
Fax : 03 22 97 95 97
www.cestp.aract.fr

POITOU-CHARENTES

ARACT Poitou-Charentes
15 ter, rue Victor Grignard
ZI de la République II
86000 Poitiers
Tél. : 05 49 52 25 78
Fax : 05 49 52 26 83
www.anact.fr/aract/poitou

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

ACT Méditerranée
Europarc de Pichaury
1330, rue G. de la Lauzière
Bât. C1
13856 Aix-en-Provence
Cedex 03
Tél. : 04 42 90 30 20
Fax : 04 42 90 30 21
www.anact.fr/aract/actmed

RÉUNION

ARVISE
Rés. Ylang Ylang - Bat. E
40-41 rue de la Digue
BP 762
97475 St-Denis Cedex
Tél. : 0 262 41 52 32
Fax : 0 262 41 90 42
www.arvise.net

RHÔNE-ALPES

ARAVIS - 14, rue Passet
69007 Lyon
Tél. : 04 37 65 49 70
Fax : 04 37 65 49 75
www.aravis.asso.fr

Ce guide propose :

- quelques repères méthodologiques
- des illustrations sur les conduites de projet envisageables

La réalisation de ce guide a été possible grâce à la contribution :

- de membres d'ARACT mobilisés sur cette thématique et sur ce secteur
- de partenaires externes avec lesquels le réseau ANACT coopère sur le terrain (des référents «conditions de travail» dans les hôpitaux, des consultants, des chargés de mission d'organismes divers)

RETOUR

www.anact.fr

ISBN : 2-913488-27-7