

## **Rapport santé et sécurité au travail dans les EPS**

---

Dominique Noiré  
Conseiller Général  
Des Etablissements de Santé

## **Sommaire**

### **Introduction**

Rappel des conclusions du rapport d'étape de juillet 2007

### **1 / Amélioration des dispositifs d'alerte et de suivi :**

- 1-1 : Améliorer le bilan social et clarifier les documents de référence en matière de santé et sécurité au travail ;
- 1-2 : Améliorer les données d'absentéisme ;
- 1-3 : Fiabiliser le Document Unique d'évaluation des risques professionnels ;

### **2 / Développement d'une politique de prévention :**

- 2-1 : Optimiser l'utilisation des crédits CLACT ;
- 2-2 : Améliorer le financement des actions de prévention ;
- 2-3 : Améliorer le fonctionnement des instances spécialisées ;
- 2-4 : Améliorer les conditions d'exercice de la médecine du travail ;
- 2-5 : Promouvoir les services de santé au travail ;

### **3/ Amélioration de la prise en charge individuelle des agents rencontrant des problèmes de santé :**

- 3-1 : Promouvoir les cellules de gestion personnalisée ;
- 3-2 : Améliorer les conditions de mi-temps thérapeutique ;
- 3-3 : Revoir les conditions statutaires de reclassement pour raison de santé

Annexe :

Grille d'auto-évaluation du Document unique  
Lettre de mission

## **Fiche récapitulative des Préconisations**

### **1 Amélioration des dispositifs d'alerte et de suivi :**

Simplifier le contenu du bilan social ;  
Rendre obligatoire le bilan social pour les établissements de moins de 300 salariés ;  
Harmoniser le BHSC et le bilan social ;  
Uniformiser la production des données d'absentéisme ;  
Fiabiliser le Document Unique : Exploiter la matrice CHU/CNRACL.

### **2 Développement d'une politique de prévention :**

Instaurer une auto-évaluation de la qualité des DU par les établissements ;  
Réaliser une étude ciblée du coût de l'absentéisme ;  
Asseoir des modalités de financement pérenne de la prévention ;  
Créer un référent "santé/sécurité" régional ;  
Dynamiser les instances au plan local et au niveau national ;  
Mettre en place un référent « sécurité, santé au travail » par région ;  
Renforcer l'attractivité des postes de médecin du travail ;  
Diffuser l'instruction portant sur le positionnement de la médecine du travail ;  
Promouvoir les services de santé au travail (même instruction) ;

### **3 Amélioration de la prise en charge individuelle des agents en difficulté :**

Promouvoir, dans les établissements, les cellules de gestion des agents en difficulté ;  
Améliorer les conditions du mi-temps thérapeutique ;

## Introduction

Par lettre de mission en date du 29 novembre 2006, vous m'avez demandé de mener une réflexion portant sur la santé et la sécurité au travail dans les établissements de santé (EPS) et de formuler des préconisations d'une part pour améliorer les dispositifs d'information et d'alerte portant sur l'état de santé des personnels et les conditions de sécurité des postes de travail, d'autre part pour promouvoir une politique de prévention dans les EPS.

Ces réflexions s'inscrivent dans le cadre du protocole d'accord du 19 octobre 2006 dans la fonction publique hospitalière portant entre autres sur le dialogue social et l'amélioration des conditions de travail.

Le rapport d'étape présenté en juillet 2007 a permis de valider les principales orientations retenues. Celles-ci portent sur :

- L'amélioration du contenu du bilan social afin d'en faire un outil utile d'analyse et de suivi des conditions de travail dans les EPS ;
- La généralisation du Document Unique de Prévention et de son exploitation comme support de la politique de santé et sécurité au travail ;
- Le développement d'une politique de prévention et la recherche des financements correspondants ;
- Le fonctionnement des instances spécialisées (CHSCT, CSFPH) ;
- L'amélioration des conditions d'exercice de la médecine du travail ;
- L'amélioration des conditions statutaires pour faciliter la gestion des agents rencontrant des problèmes de santé (mi-temps thérapeutique, reclassement).

Le présent rapport reprend chacun de ces thèmes et propose diverses mesures susceptibles d'être mises en œuvre, certaines d'entre elles après activation des dispositions méthodologiques prévues par le protocole d'octobre 2006.

Le thème relatif à la seconde partie de carrière doit faire l'objet d'un rapport complémentaire, en cours d'instruction, à produire au printemps 2008.

## **1 / Amélioration des dispositifs d'alerte et de suivi :**

### **1-1 : Améliorer le bilan social et clarifier les documents de référence en matière de santé et sécurité au travail :**

Les établissements publics de santé (EPS) d'au moins 300 agents (personnel médical et personnel non médical) produisent chaque année un bilan social (décret n° 88-951 du 7 octobre 1988), document récapitulatif des principales données quantitatives portant sur le personnel.

Ces informations sont définies au plan réglementaire (annexe du décret sus visé). Le bilan social est en principe le support principal d'information et de dialogue entre l'administration et les organisations syndicales au sein de l'EPS. Il est le document de travail de référence pour les instances.

Il doit par ailleurs servir d'outil de suivi et de comparaison des principaux indicateurs de gestion des ressources humaines (RH) tant pour l'établissement que pour les autorités de tutelle (ARH, ministère).

Dans ce but, deux circulaires (1<sup>er</sup> février 1990, 21 mars 1991) ont précisé les informations à saisir, afin de favoriser les possibilités de comparaison entre établissements et les analyses au plan national portant sur l'emploi, les rémunérations et charges, les conditions d'hygiène et de sécurité, les conditions de travail, la formation, les données sociales.

Le rapport d'étape de juillet 2007 dresse le constat d'une difficulté d'exploitation des bilans sociaux liée à la multiplicité des items à recueillir, l'absence d'homogénéité dans le recueil d'informations clefs type l'absentéisme, la redondance de certaines informations avec d'autres documents obligatoires (Papripact, bilan annuel de la médecine du travail), l'absence de production de bilan social par les établissements de moins de 300 agents.

Afin de remédier à ces difficultés, les évolutions suivantes sont proposées :

1/ Modifier le contenu du bilan social en vue de son extension et de son exploitation par des établissements de petite taille.:

L'idée est de ramener à un noyau dur obligatoire mais fiable les données à fournir par tous les EPS, liberté étant laissée aux établissements d'en élargir le spectre en fonction de leur besoin et de la capacité de leur système d'information. Dans ce cadre, au regard des informations référencées dans l'annexe du décret du 7 octobre 1988, les rubriques suivantes pourraient être supprimées:

- Répartition de l'effectif total selon l'ancienneté dans l'établissement ;
- Répartition de l'effectif selon la nationalité ;
- Répartition des contrats de travail des agents intérimaires par durée ;
- Nombre de jeunes ayant trouvé un emploi au sein de l'établissement après un contrat d'insertion (TUC, CES, CEC, contrats aidés) ;
- Nombre de personnes ayant bénéficié de PIL ;
- Nombre de départs vers la fonction publique territoriale et d'Etat ;
- Nombre d'agents ayant changé d'affectation au cours de l'année ;
- Ancienneté moyenne dans l'affectation ;

- Nombre d'agents recrutés de la fonction publique territoriale ou d'Etat ;
- Répartition de l'effectif par niveau indiciaire ;
- Rapport entre la moyenne des rémunérations des 10% des personnels les mieux rémunérés et des 10% des personnels touchant les rémunérations les moins élevées ;
- Description des différents aménagements de poste de travail ;
- Nombre de demandes d'aménagement d'horaires non satisfaites ;
- Nombre d'agents ayant bénéficié tout au long de l'année de deux jours de repos hebdomadaires consécutifs ;
- Bilan de l'application de l'ordonnance du 26 mars 1982 et du décret du 6 octobre 1982 ;
- Actions de formation prévues par les textes antérieurs au décret du 16 juin 1975 ;
- Nombre d'agents ayant participé aux élections pour le renouvellement des commissions paritaires départementales et locales, globalement et par commission ;
- Nombre de réunions entre la Direction et les représentants syndicaux avec établissement d'un ordre du jour remis à l'avance ;
- Nombre de réunions d'information du personnel organisées par la Direction à partir d'un ordre du jour diffusé préalablement ;
- Eléments caractéristiques des systèmes de circulation de l'information ;

Cette liste n'est pas exhaustive et pourrait être élargie à d'autres informations dont l'exploitation régulière ne s'impose pas.

En outre, les données relatives aux conditions d'hygiène et de sécurité (chapitre III du bilan social) sont redondantes avec celles contenues dans le rapport annuel de la médecine du travail.

Il est proposé d'intégrer celui-ci dans le bilan social, (en substitution du chapitre III et des § 43, 44, 45, 46 du chapitre IV) afin de disposer d'un document de synthèse des principales données de gestion des ressources humaines.

En revanche, les évolutions du mode de gestion des EPS (nouvelle gouvernance, EPRD) rendraient nécessaire l'introduction de nouvelles rubriques à savoir :

- Organisation des pôles et modes de fonctionnement des conseils de pôles ;
- Performances des pôles sur les indicateurs RH des contrats de pôles ;
- Données GPEC (turn-over, plan pluriannuel de recrutement).

La modification des données du bilan social impose une évolution des textes, afin d'une part d'en élargir l'obligation aux établissements publics de santé de moins de 300 salariés<sup>1</sup>, d'autre part pour en modifier la liste des rubriques<sup>2</sup>.

**Il est proposé, sur la base des indications ci-dessus, d'arrêter, après concertation avec les organisations représentatives des personnels, la liste référence des items obligatoires à servir par tous les EPS, et d'engager les procédures visant à adapter les textes à ces évolutions en vue de rendre les nouvelles dispositions opératoires lors de l'élaboration du bilan social 2008.**

<sup>1</sup> Loi n° 77-769 du 13 juillet 1977 relative au bilan social de l'entreprise.

<sup>2</sup> Décret n° 88-951 du 7 octobre 1988

2/ Clarifier les documents de référence en matière de santé et sécurité au travail :

Outre le bilan social, divers documents étayent les politiques des EPS en matière de santé et sécurité des salariés. Il convient de rendre lisible ces politiques et d'identifier la pertinence de chacun des documents mis en œuvre.

Prévus par l'article L. 236-4 du code du travail, le Bilan de l'Hygiène, de la Sécurité et des Conditions de travail (BHSCT) et le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRI Pact) sont des documents à présenter par le chef d'établissement chaque année au CHSCT.

Le BHSCT présente la situation générale de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail dans l'établissement et dresse le bilan des actions d'amélioration menées au cours de l'année écoulée.

Le PAPRI Pact présente le programme annuel de prévention prévu pour l'année. Les deux documents font l'objet d'un avis du CHSCT qui peut proposer des priorités et l'adoption de mesures supplémentaires.

Le PAPRI Pact doit en principe servir de référence à l'élaboration du CLACT (Contrat local d'Amélioration des Conditions de Travail) réactivé par le protocole FPH d'octobre 2006.

Le PAPRI Pact doit s'appuyer pour définir ses priorités sur le Document Unique d'évaluation des risques professionnels (DU).

Si chaque document est clairement identifié, leur articulation, la cohérence de leur données avec celles du bilan social et du rapport annuel de la médecine du travail, leur suivi et leur exploitation par le chef d'établissement peuvent présenter des difficultés, du fait de la multiplication des informations, se recoupant plus ou moins mais parfois discordantes suivant leur origine, induisant un temps consacré par l'administration plus au recueil, à la vérification et à la mise en forme plutôt qu'à l'exploitation et à la prise de décision des mesures de prévention et/ou de correction adéquates.

Le contenu du BHSCT relevant d'un texte réglementaire (arrêté du 26 décembre 1989 du ministère de la santé), **il est proposé d'intégrer dans le toilettage envisagé des textes sur le bilan social celui relatif au BHSCT afin d'harmoniser les contenus des deux documents et d'en supprimer les redondances.**

Ainsi les statistiques sur les accidents du travail par mécanisme, les dépenses en matière de sécurité (effectifs formés, programme de prévention, mesures prises avec dépenses effectuées), voire plus globalement l'ensemble des informations qualitatives portant sur la santé des salariés, pourraient ne plus relever du bilan social mais être intégrées dans le BHSCT.

Cette approche permettrait de différencier l'approche générale des performances de l'établissement dans le domaine social, présentée dans le bilan social, outil à usage interne de l'établissement mais aussi à exploitation partagée au plan régional et national et l'approche santé et sécurité des salariés d'un EPS, réalisée dans le BHSCT, outil à usage interne, alimenté par le DU et support du PAPRI Pact et du CLACT propre à l'établissement.

**Il est proposé de soumettre ces orientations à la concertation avec les organisations représentatives des personnels, d'en tirer les conséquences au plan des textes réglementaires à modifier et des orientations à donner aux chefs d'établissement.**

## 1- 2 : Améliorer les données d'absentéisme :

L'absentéisme lié à la maladie est une question majeure tant au plan de la santé publique que pour les personnels concernés et les gestionnaires. Les systèmes d'information des EPS permettent de disposer d'informations fiables et exhaustives (à l'exception des pathologies à l'origine des arrêts).

Toutefois ces données, contenues dans les bilans sociaux, sont difficilement exploitables au plan national compte tenu de la diversité des modalités de décompte des absences enregistrées.

Suivant les sites, les jours d'absence sont décomptés en jours ouvrables ou ouvrés (abattement de 5/7), en durée réelle, fonction de l'organisation du travail (grand nombre d'amplitudes possible entre 7 et 12 heures) ou ramenée en équivalent/jour de 7 heures (durée légale), ces approches pouvant en outre varier suivant les catégories socio-professionnelles.

Ces disparités nuisent aux comparaisons et analyses du phénomène de l'absentéisme entre les établissements.

Une analyse rigoureuse de l'absentéisme suppose d'être longitudinale (pour saisir les effets souvent relativement lents à apparaître de la démographie comme des politiques engagées), détaillée, tout en faisant ressortir quelques indicateurs précis<sup>3</sup>.

Les données actuelles ne permettent pas d'identifier les motifs médicaux dans le cas d'absence pour maladies ordinaires ni de croiser les données d'absentéisme avec certains paramètres type horaire et/ou secteur d'activité.

Une recherche sous l'égide de l'ENSP<sup>4</sup> est en cours pour apprécier la pertinence du croisement de certains paramètres (type fréquence de l'absentéisme / horaire/ service), et analyser la décomposition du taux structure permettant d'identifier si la variation du volume global des jours d'absence (et donc du taux d'absentéisme) est due à l'évolution de la structure démographique ou à celle des taux d'absentéisme par classe d'âge, pour analyser la décomposition du taux d'absentéisme en incidence (nombre d'arrêts/effectifs présents), fréquence (nombre d'arrêts par an et par personne arrêtée), durée moyenne des arrêts.

Dans l'attente de ces conclusions<sup>5</sup>, il importe que les établissements respectent une règle uniforme au plan national de décompte de l'absence. **Pour ce faire, il doit être rappelé à chaque EPS que le décompte de toute période d'absence doit être réalisé en jours ouvrés et en équivalent en jour de 7 heures, durée de référence légale**, sachant qu'il appartient à chaque EPS de réaliser les retraitements nécessaires des données dont il dispose pour les restituer dans le cadre imposé.

Afin de faciliter le recueil correct de ces données, **la mise à disposition des EPS d'un support informatique pré-formaté de recueil des données clef d'absentéisme est préconisée.**

---

<sup>3</sup> Cf. JP Dumont, enseignant chercheur à l'ENSP.

<sup>4</sup> L'étude est réalisée avec l'ENSP par Jean-Paul Dumond, enseignant-chercheur, et Frédérique Quidu, statisticienne

<sup>5</sup> L'analyse des résultats doit permettre d'identifier les statistiques les plus pertinentes parmi celles effectuées et de proposer un cadre d'analyse de l'absentéisme tenant compte des contraintes des différents établissements.

Ce support doit faire l'objet d'un cahier des charges portant sur une définition précise des différentes formes d'absence au travail et sur les modalités de décompte de celle-ci. Le traitement des informations recueillies devra permettre d'établir des comparaisons entre établissements sur la base d'une référence harmonisée en équivalent en jour de 7 heures, tout en identifiant par site la durée réelle de l'absence compte tenu des amplitudes d'horaires des agents concernés.

Ce cahier des charges pourrait être intégré dans l'appel d'offre visant au recueil des données auprès des établissements échantillon permettant le recueil des données d'analyse nationale des bilans sociaux.

### **1- 3 : Fiabiliser le Document Unique d'évaluation des risques professionnels :**

Le Document Unique d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (DU), est prévu par la directive n°89/391/CEE du Conseil des Communautés Européennes du 12 juin 1989, dite « *directive – cadre* », qui définit les principes fondamentaux de la protection des travailleurs. La loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 qui prévoit sa mise en œuvre a fait l'objet du décret d'application n°2001-1016 du 5 novembre 2001, portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail. Ce décret a fait l'objet de la circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002.

Celle-ci pose le principe d'une "évaluation *a priori* des risques", "leviers de progrès de la démarche de prévention des risques professionnels au sein de l'entreprise. Elle constitue un moyen essentiel de préserver la santé et la sécurité des travailleurs, sous la forme d'un diagnostic en amont - systématique et exhaustif - des facteurs de risques auxquels ils peuvent être exposés".

Le Document Unique doit être le pivot de la démarche de prévention qui revient à l'employeur et un vecteur du dialogue social dans l'établissement.

La forme et le contenu<sup>6</sup> du DU, qui doit être accessible et opérationnel, sont définis par le code du travail. Celui-ci introduit un dispositif de sanctions pénales<sup>7</sup> en cas de non-respect par l'employeur de ses obligations en matière d'évaluation des risques.

La circulaire sus visée préconise comme méthodologie de mise en œuvre :

- 1 Préparer la démarche ;
- 2. Evaluer les risques ;
- 3. Elaborer un programme d'actions ;
- 4. Mettre en œuvre les actions ;
- 5. Réévaluer les risques suite aux actions réalisées.

Dans ce cadre, un important travail a été réalisé sous l'égide du Fonds national de prévention des AT et des MP dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, piloté par la CNRACL.

L'objectif est de construire une matrice emploi-exposition spécifique du milieu hospitalier identifiant les profils d'exposition a priori aux différents dangers ou nuisances, classés par métier sur la base d'un couple fonction/secteur d'activité.

---

<sup>6</sup> Identification du danger, analyse du risque par "unité de travail", mise à jour.

<sup>7</sup> Peines de contravention de cinquième classe, conformément aux articles 131-12 et suivants du code pénal.

Ce travail a été réalisé sur le CHU de Bordeaux par l'équipe médicale du service de la médecine du travail (professeur Brochard, docteur Verdun Esquer) en lien avec les directions responsables intéressées et les représentants des personnels.

La démarche a consisté à poursuivre le travail d'évaluation a priori, engagé par la médecine du travail par une évaluation par "unité de travail" dans un service "pilote" conduite par un groupe pluri-professionnel, accompagné par un consultant spécialisé.

L'évaluation a priori a été réalisée sur la base de l'exploitation des informations tirées du dossier médical informatisé (CHIMED) et des informations recueillies au cours des visites médicales et des études de postes.

Ces données ont permis d'établir une matrice emploi-exposition associant pour un métier les nuisances identifiées en tenant compte des spécificités de service.

Une fois synthétisées ces informations, celles-ci ont fait l'objet d'une évaluation par unité de travail permettant d'affiner l'analyse avec la prise en compte de l'organisation du service, du travail réel, des co-activités, les informations obtenues permettant de préciser ou amender la matrice emploi-exposition de référence ;

Cette démarche a permis de mieux définir les termes employés (nuisance ou danger / niveau d'exposition / dommage / risque : probabilité de survenue du dommage et gravité ) et de rédiger des fiches de nuisance adaptées au milieu hospitalier, par typologie de postes de travail.

La responsable de ce travail, le docteur Verdun Esquer, médecin du travail au CHU de Bordeaux, rencontrée en novembre 2007, a indiqué que la matrice serait disponible sous une forme quasi exhaustive (c'est à dire couvrant l'ensemble des fiches métiers/services) et validée par le groupe de travail CHU-CNRACL début 2008.

**Le document unique doit être l'outil essentiel de la prévention des risques.** Sa réalisation, son actualisation et son exploitation nécessitent une aide méthodologique, compte tenu de la complexité de son élaboration qui explique en grande partie la relative faiblesse des DU existants.

Le travail mené dans le cadre du Fonds national de prévention, par les responsables du réseau CHU-CNRACL, pourrait servir de référence pour la réalisation d'un support informatisé "matrice emploi-exposition". Ce support, mis à la disposition de chaque établissement, leur permettrait de vérifier la qualité de leur DU et de s'appuyer sur ce support pour compléter le document unique si besoin. Il servirait de trame d'expertise au sens de la vérification des principaux risques potentiels présents ou non sur le poste de travail. Il serait mis à disposition de chaque site pour lui permettre de valider, compléter et actualiser son DU, sous la responsabilité du chef d'établissement en lien avec le CHSCT.

Ces fiches « emploi-exposition » ayant été élaborées dans un CHU, il conviendrait d'en vérifier la pertinence d'exploitation et éventuellement d'en adapter la teneur pour en faciliter l'exploitation par les établissements de plus petite taille, la nature des risques encourus pouvant différer à la marge. Cet aménagement pourrait être réalisé dans le cadre d'une concertation avec les organisations syndicales et faire l'objet d'une validation par la commission CHSCT du CSFPH.

L'association du Fonds National de Prévention à cette démarche, est à envisager afin de profiter de son expertise dans le domaine.

## **2 / Développement d'une politique de prévention :**

### **2- 1 : Optimiser l'utilisation des crédits CLACT :**

La circulaire du 26 mars 2007, relative à la mise en œuvre des CLACT dans les EPS, a précisé les orientations à respecter tant dans l'élaboration de ces contrats que pour leur contenu. Elle préconise la rédaction d'un document d'orientation soumis au débat et à l'avis du CHSCT comme support du diagnostic permettant la négociation entre la direction et les organisations syndicales en vue de conclure un CLACT. Celui-ci doit proposer une série d'actions parmi les thématiques prioritaires retenues par le protocole FPH. En outre, la circulaire prévoit que soit privilégié le financement de mesures liées à la sécurité des salariés dans le cadre des actions de prévention à mener au regard du document unique.

Un bilan d'utilisation des crédits attribués aux EPS en 2007 doit permettre de vérifier l'utilisation efficiente de ces crédits et servir de référence aux ARH pour l'attribution de la seconde tranche de financement. **Ce bilan, conformément aux dispositions de la circulaire sur le pilotage du dispositif, est à réaliser sans délai au niveau national.**

Afin de conforter les politiques de prévention des établissements, il importe que les financements attribués au titre des CLACT soient consacrés pour partie à la réalisation d'actions concrètes identifiées par les plans de prévention résultant de l'exploitation des DU, même si ceux-ci sont perfectibles.

L'analyse du bilan d'utilisation des crédits délégués en 2007 et des actions prévues au CLACT sur les trois ans doit être déterminante pour débloquer la tranche de financement 2008.

Il incombe aux ARH de réaliser cette analyse et de vérifier la cohérence des actions réalisées et programmées au CLACT avec le BHSCT et le PAPRIACT de l'établissement, en fonction des priorités identifiées par le Document Unique d'évaluation des risques professionnels.

Concernant ce dernier, il serait nécessaire qu'un état de l'existant au plan qualitatif soit réalisé dans chaque EPS, sur la base d'une grille d'analyse simple (*cf. annexe 1 proposant un projet de grille d'analyse*), la production d'un document formel mais de qualité médiocre ou inexploitable ne correspondant pas à l'objectif poursuivi. **Chaque établissement pourrait réaliser cette auto-évaluation, préparée et validée par le CHSCT, et la transmettre à l'ARH à l'appui de sa demande des crédits CLACT 2008.**

A l'instar des procédures de l'HAS, cette démarche permettrait une sensibilisation en interne des professionnels concernés et préparerait si nécessaire l'exploitation de la matrice "emploi-exposition" présentée supra.

Répétée régulièrement, cette auto-évaluation pourrait favoriser une démarche de prévention efficace et servir de référentiel comparatif des EPS dans le domaine.

## **2- 2 : Asseoir des modalités de financement pérenne de la prévention :**

Le financement par le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) des CLACT, prévu sur la période 2007-2009, va permettre de renforcer les politiques d'amélioration des conditions de travail et de sécurité au travail des personnels hospitaliers.

Il reste qu'une politique efficace de prévention nécessite des actions sur le long terme et induit de dégager des financements pérennes. Faire reposer les actions de prévention sur des attributions de crédits induit un effet d'aubaine et risque de conduire les responsables à n'engager une action que s'ils bénéficient d'une enveloppe spécifique dédiée.

Les participations au financement d'actions de prévention, prévues par le programme d'actions du Fonds National de Prévention, basées sur la présentation par l'établissement d'une démarche locale de progrès, sont restées d'audience limitée, de même que le financement de projets pilotes (au total, une trentaine d'actions entre 2004 et 2006 pour un montant de 2,7 M€).

L'enseignement principal dégagé sur la problématique du financement est que celui-ci doit reposer sur un engagement des responsables reposant sur la perception de l'intérêt social et économique de mener des actions de prévention.

Préserver la santé des agents au travail doit être considéré comme un investissement rentable non seulement au plan humain mais aussi au plan économique. Il convient en conséquence de valoriser l'intérêt à agir grâce à l'appréciation des gains résultant d'une politique de prévention permettant la réduction de l'absentéisme. Le docteur Estryn Behar, dans son étude Press Next, propose une évaluation des économies susceptibles d'être réalisées. Elle évalue à 171 € pour une IDE et à 145 € pour une AS, le coût d'une journée non travaillée. Compte tenu du nombre moyen de jours d'arrêt pour maladie par an (8 à 9 jours), elle estime que le gestionnaire dispose d'une marge conséquente<sup>8</sup>, surtout si on prend en compte les charges induites par les remplacements (intérim, heures supplémentaires, voire CDD).

En outre, il conviendrait de prendre en compte les recettes supplémentaires susceptibles d'être générées par l'activité supplémentaire possible du fait de la plus grande présence des personnels soignants.

L'identification des ressources soit économisées, soit générées aurait valeur pédagogique pour sensibiliser les chefs d'établissements à l'intérêt d'une politique de prévention efficace.

Il est proposé qu'une étude soit menée sur ce sujet, sous l'égide de la DHOS, dans des établissements volontaires. L'objectif serait de comparer les situations financières entre des groupes d'établissements de même nature, le premier composé de sites ayant un fort taux d'absentéisme, le second composé d'établissements à faible taux. L'étude devrait porter d'une part sur les impacts financiers résultant de l'absence au travail (coût des remplacements, perte d'activité), d'autre part sur le coût de la prévention afin de disposer de références plus précises sur les impacts budgétaires liés à l'absentéisme et sur l'intérêt économique d'une politique active de prévention. Le cahier des charges support de cette étude pourrait être piloté par la DHOS, en lien avec l'EHESP et le fonds national de prévention, puis être présenté en commission CHSCT du CSFPH.

---

<sup>8</sup> Cf. rapport d'étape : évaluation à 700 000 € pour un EPS de 750 IDE/AS réduisant son absentéisme de 4 jours/agent.

L'existence d'un fonds réservé à la prévention, disponible localement ou relevant d'un fond mutualisé régional, serait en toute hypothèse une garantie pour dégager les crédits supports nécessaires à la conduite d'une politique active et pérenne de prévention.

Divers fonds existent aujourd'hui :

- Le FIPH (fonds pour l'insertion des personnes handicapées) a une autre vocation et ne peut être envisagée comme support de financement.
- Le Fonds National de Prévention, instauré par la loi du 17 juillet 2001 et le décret n° 2003-909 du 17 septembre 2003 correspond en revanche à cette orientation. La circulaire DHOS du 8 octobre 2004 précise que le fonds a entre autres pour mission de « participer au financement sous la forme d'avances ou de subventions, des mesures de prévention arrêtées par les collectivités et établissements ...conformes au programme d'action qu'il a préalablement défini dans le cadre de la politique fixée par les autorités compétentes de l'Etat après avis et propositions du CSFPT et du CSFPH ». Le financement de ce fonds est assuré de façon régulière, conformément à l'arrêté du 17 septembre 2003, par un prélèvement de 0,1% (depuis 2006) sur la participation des employeurs au financement de la CNRACL.

Ce fonds est cependant peu exploité par les établissements pour diverses raisons :

- Méconnaissance des établissements ;
- Complexité de la constitution des dossiers de demande de subvention ;
- Niveau national de la procédure ;
- Obligation de co-financement pour l'établissement demandeur ;
- Absence de cadrage et d'impulsion nationale dans le cadre du CSFPH ;

La relative modicité du niveau annuel disponible de financement compte tenu du taux de prélèvement retenu limite les marges de manoeuvre dont dispose ce fonds.

D'autre part, son mode de répartition ne résout que partiellement la difficulté pour un chef d'établissement de dégager dans un budget contraint, des crédits à niveau utile pour la prévention, d'autant plus si celle-ci doit s'inscrire dans des priorités arrêtées au plan national.

Si la nécessité d'un fonds dédié à la prévention semble incontournable, il conviendrait d'en revoir le mode et le niveau de financement ainsi que ces modalités d'utilisation.

Diverses pistes, présentées en commission santé et sécurité du CSFPH du 28 avril 2008 [utilisation des crédits de prime de service correspondants à l'abattement en cas d'absence, alignement sur le principe existant dans le régime général du délai de carence (non rémunération des trois premiers jours de maladie "ordinaire" de la première période de maladie) avec bascule de la provision équivalent à trois jours CET sur provision prévention] ont fait l'objet d'un rejet unanime des organisations syndicales qui considèrent que les questions de prévention relèvent de la responsabilité de l'employeur et ne peuvent être autofinancées par les agents.

Un autre mode de financement peut consister à majorer la taxation des établissements non performants en taux d'absentéisme soit en ATMP, soit en taux d'absentéisme plus large, par exemple sur celui de la maladie « ordinaire ». Cette méthode aurait l'avantage d'inciter à agir les responsables pour limiter les charges induites par l'absentéisme.

En toute hypothèse, l'objectif est d'alimenter un fonds de financement local ou mutualisé au plan régional voire national, dédié aux actions de prévention, afin de disposer d'un levier puissant de la politique de prévention pour les personnels. Les établissements auraient obligation d'utilisation de ce fonds, les CHSCT participant à la définition des actions à engager et au contrôle de l'utilisation des moyens.

Le Fonds National de Prévention peut constituer la base de cette proposition sous réserve d'en faire évoluer les modalités de financement et les critères d'attribution des moyens.

**Je préconise une rapide concertation avec les organisations syndicales sur ce sujet, majeur pour permettre le développement d'une politique suivie de prévention dans les EPS.**

### **2- 3 : Améliorer le fonctionnement des instances spécialisées :**

Le protocole du 19 octobre 2006 prévoit, dans le cadre de la modernisation du dialogue social, diverses mesures visant à améliorer le fonctionnement des instances représentatives ;

La première concerne le CHSCT qu'il convient de positionner comme référent privilégié du chef d'établissement pour toutes les questions de sécurité et de santé au travail.

Des améliorations touchant le fonctionnement de l'instance peuvent être apportées à divers niveaux.

Ainsi il serait utile de rappeler aux chefs d'établissement que le financement des congés de formation des membres relève des termes du décret n°91-185 du 13 février 1991 (formation des membres du CHSCT) et de la circulaire 91-50 du 6 août 1991, une confusion étant souvent réalisée avec les textes applicables aux membres du CTE.

Ce point est important pour l'application du volet du protocole FPH d'octobre, portant sur la formation des représentants du personnel siégeant dans les CTE des établissements de moins de 50 agents afin de leur donner une compétence en matière de sécurité.

La formation ouverte aux représentants titulaires devrait pouvoir être étendue aux suppléants, au même titre qu'il devrait être rappelé que les crédits d'heures pour temps de préparation des séances et pour exercer le mandat CHSCT sont à accorder aux membres suppléants au même titre qu'aux membres titulaires.

Enfin, une clarification sur la portée des documents à présenter devant cette instance [en application de l'article L. 236-4 du code du travail (BHSCT, PAPRI Pact)] et sur ses prérogatives en matière d'élaboration du DU, contribuerait à renforcer le rôle de l'instance.

L'ensemble de ces rappels pourrait faire l'objet d'une circulaire s'inscrivant dans la mise en oeuvre des dispositions du protocole FPH d'octobre 2006.

Afin de faciliter le travail technique indispensable pour la mise en place d'un DU opérationnel, compte tenu de l'impossibilité matérielle pour une petite structure de mettre en place la compétence nécessaire ou de financer un opérateur extérieur, **il serait souhaitable que chaque ARH/ARS, au même titre qu'elle dispose d'un référent système d'information, se dote de compétences d'un référent sécurité, ayant la responsabilité d'animer un réseau régional et d'assurer pour les petites structures les expertises nécessaires.**

Ces référents pourraient en outre assurer une mission de vigie sur les risques émergents et d'alerte des responsables au niveau régional et national. La mise en place d'un référent « sécurité/ santé au travail » par région est à articuler avec les Comités régionaux de la Prévention des Risques Professionnels instaurés en 2007.

Il est rappelé que la thématique sécurité au travail doit faire partie des thèmes de dialogue régulier entre les ARH et les organisations syndicales représentatives, tel que prévu par le protocole national

Ces référents pourraient contribuer à la définition des politiques volontaristes envisagées au plan national sur certains domaines identifiés comme sensibles par le protocole tels que l'amiante, l'utilisation des produits toxiques, et proposer des mesures afin de mieux faire face à l'absentéisme, l'invalidité, les accidents du travail.

**Les bilans réalisés et les préconisations formulées par ces correspondants référents en matière de sécurité pourraient faire l'objet de travaux réguliers des commissions spécialisées du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière (CSFPH), conformément au protocole.**

Dans le même esprit, dans la continuité des travaux menés localement au titre des CLACT, **il pourrait être proposé aux établissements de consolider leur contrat sous forme d'un protocole d'accord portant sur la prévention et la sécurité au travail dont les principaux axes pourraient être, au plan méthodologique, définis par la commission spécialisée du CSFPH.**

#### **2-4 : Améliorer les conditions d'exercice de la médecine du travail :**

L'amélioration de la prise en compte des risques professionnels repose sur une efficacité accrue des professionnels de prévention. Dans ce cadre, le rôle du médecin du travail est appelé à devenir de plus en plus important compte tenu du vieillissement des personnels en activité et de l'importance du maintien des seniors sur l'emploi qu'il convient de rendre compatible avec la pénibilité des conditions de travail des métiers hospitaliers.

L'enjeu de santé publique que représente la santé du salarié dans son environnement professionnel impose une médecine du travail reconnue dans l'hôpital, aidée par l'équipe pluridisciplinaire, orientée vers la prévention et le maintien dans l'emploi, concernée par la réflexion collective de l'organisation du travail.

L'amélioration des conditions d'exercice de la médecine du travail repose sur plusieurs textes [loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 sur les services de santé au travail et le principe de pluridisciplinarité, décret du 28 juillet 2004 sur l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail (1/3 temps)]

Dans ce cadre, l'administration doit « prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement » en mettant en œuvre « les actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation » ainsi qu' « une organisation et des moyens adaptés » (art. L 230-2 Code du Travail).

Elle organise le service de santé au travail (art. R. 242-1), les médecins du travail jouant un rôle de « conseiller du chef d'établissement (art. R. 242-11) et pouvant faire appel, sur demande au directeur du site, aux autres compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (art L.241-2).

Ceci induit plusieurs pistes d'amélioration : Une meilleure reconnaissance au plan statutaire ; La reconnaissance de leur mission de conseil par l'employeur; Le renforcement des moyens mis à la disposition des services de santé au travail (cf. § 2-5).

Le **volet statutaire** a été pris en compte par le protocole FPH qui améliore l'attractivité du métier de médecin du travail (réduction de la durée de carrière, meilleur niveau indiciaire du premier échelon, revalorisation du régime indemnitaire). **Une amélioration des conditions de reprise en ancienneté de l'activité exercée dans d'autres secteurs pourrait venir compléter le dispositif.**

La reconnaissance de la mission de conseil de l'employeur repose sur l'évolution des activités du médecin du travail.

Au plan du suivi individuel des salariés, la visite médicale d'embauche doit comporter, outre l'avis sur l'aptitude physique, une information donnée au salarié sur les risques potentiels liés au poste à occuper. Ceci implique la connaissance à l'embauche, par le médecin du travail, de la nature du poste prévu pour le futur salarié afin de permettre au médecin du travail de cadrer le type de suivi adéquat (Cf. code du travail, article R. 241-50, sur la mission du médecin du travail d'exercer une surveillance médicale particulière auprès des salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques spéciaux déterminés par arrêtés ministériels). L'amélioration du suivi individuel passe par la définition d'un cycle de visites périodiques adaptées au profil du poste occupé.

Ceci nécessite la connaissance des conditions réelles d'activité du salarié ce qui induit l'utilisation du tiers temps prévu par les textes pour l'expertise des conditions d'exercice au poste de travail.

Au plan collectif, le médecin doit pouvoir disposer du temps suffisant pour lui permettre d'exercer sa mission d'expertise des conditions de travail et assurer sa fonction de conseil de l'employeur (Cf. l'article R. 241-41 sur la fiche d'entreprise que, dans le cadre de sa mission de conseiller de l'employeur et des travailleurs, le médecin du travail est chargé d'établir et de mettre à jour, cette fiche pouvant contribuer à l'évaluation des risques pratiquée par l'employeur, pour ce qui concerne sa dimension médicale. Comme le prévoit cette disposition, la fiche d'entreprise, qui doit être transmise à l'employeur, consigne notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ces risques).

**Ces évolutions doivent faire l'objet comme prévu par le protocole FPH d'une instruction à inscrire dans un plan global d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail dans les établissements hospitaliers. Elles reposent sur un nombre de médecin du travail compatible avec l'ensemble des charges leur incombant.**

## **2- 5 : Promouvoir les services de santé au travail :**

Le principe des services de santé au travail (SST), posé par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, a fait l'objet d'une circulaire DRT 2004/01 du 13 janvier 2004. Celle-ci porte sur la mise en oeuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. L'objectif est de renforcer l'efficacité de la protection des salariés face aux risques professionnels en enrichissant les mesures de prévention par une approche collective et décloisonnée (art. L.241-2 Code du Travail).

Les services de santé au travail ont en charge, outre le suivi individuel de chaque salarié, la prévention, l'identification des risques immédiats et potentiels posés par le poste de travail et l'activité professionnelle, la préconisation auprès de l'employeur des mesures de prévention et de protection qui lui incombent.

Les compétences qu'il convient de mobiliser, outre le médecin du travail et l'infirmier spécialisé en santé au travail sont celles d'ingénieur ergonomiste, d'ingénieur sécurité, d'ingénieur en organisation, de psychologues cliniciens, auxquelles peuvent être associées des personnes ressources en fonction de l'expertise à mener (ingénieur des travaux, responsable de la sécurité incendie, personne compétente en radio-protection, logisticien, professionnels de rééducation).

Un établissement ne peut mettre en place une équipe complète. Il peut recourir à des organismes extérieurs agréés. Cette approche est souhaitable dans le cas d'un problème spécifique et/ou ponctuel impliquant une expertise rapide. En revanche, compte tenu de la nature spécifique des risques encourus en milieu hospitalier, de la vigilance permanente nécessaire, la constitution d'équipes de professionnels issus de l'hôpital est préférable. Cette orientation pourrait reposer **sur la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire pour un groupe d'établissements, constituant un réseau permettant la mutualisation des moyens, des compétences et des expériences.**

**La mise en oeuvre de cette préconisation pourrait relever du référent régional Santé et Sécurité au travail.** La constitution de ces équipes pluridisciplinaires pourrait reposer sur des professionnels ayant exercé un mandat au CHSCT ou impliqués dans l'organisation du travail et dans la prévention, et s'inscrire dans les « nouveaux métiers » susceptibles d'être proposés aux seniors.

Cette proposition permettrait l'analyse pluridisciplinaire des problèmes de santé et de sécurité au travail grâce au recours à des compétences variées, autres que celles des médecins du travail, tel que prévu par la directive-cadre européenne du 12 juin 1989 rappelée dans la circulaire DRT 2004.

Elle favoriserait le partage des expériences (conditions de réussite, écueils), la diffusion d'informations utiles à chaque professionnel compétent en matière de sécurité et de santé au travail. Elle devrait permettre de proposer au chef d'établissement une analyse globale des risques lui permettant d'arrêter la politique de prévention adaptée.

Cette proposition correspond au décret n° 2003-546 du 24 juin 2003 sur la mise en oeuvre de l'obligation faite par la loi à chaque entreprise de recourir à une structure permanente de prévention, compétente tant pour les questions de santé que de sécurité au travail par la mise en place « d'intervenants en prévention des risques professionnels » (IPRP), ceux-ci étant des personnes ou organismes auxquels les services de santé au travail et les entreprises doivent faire appel, en précisant que pour une mission permanente, l'entreprise ou le service peut, soit recruter une personne extérieure, soit employer une personne déjà présente au sein de la structure, ces professionnels devant être habilités (arrêté du 24 décembre 2003, circulaire DRT du 20 juin 2005).

### **3 / Amélioration de la prise en charge individuelle des agents rencontrant des problèmes de santé :**

#### **3- 1 : Promouvoir les cellules de gestion personnalisée :**

La prévention de l'inaptitude relève de diverses actions d'ordre collectif et individuel. La situation des personnes en difficulté, du fait des contraintes du travail ou de problème ponctuel de santé, doit faire l'objet d'une prise en considération ciblée, afin d'orienter l'employeur sur des actions correctives.

La mise en place dans chaque établissement<sup>9</sup> d'une commission de gestion personnalisée des agents (CGPA) permet de répondre à ce besoin. La CGPA a pour objectif de mobiliser des compétences pour prévenir et traiter les problèmes d'inadaptation des agents à leur poste de travail. L'inadaptation correspond à la perception à un instant donné d'une inadéquation entre la personne et son environnement professionnel. L'objectif est permettre le maintien dans l'emploi des personnes en situation d'inaptitude.

La démarche repose sur une demande d'intervention du cadre en situation de repérer les difficultés d'un agent sous son autorité. Elle peut aussi émaner du médecin du travail, de l'assistante sociale, voire du DRH lorsque les intéressés constatent une situation problématique chez une personne.

Le fonctionnement d'une CGPA repose sur la pluridisciplinarité, le respect du secret professionnel et de la confidentialité sur les situations examinées, l'information et la prise en compte des demandes exprimées par l'agent dont la situation est examinée.

Les professionnels constituant une CGPA peuvent être, outre le DRH et le médecin du travail, l'assistante sociale du personnel, le conseiller en ressources humaines, le responsable de formation, le chargé des conditions de travail, l'ingénieur ergonomiste, l'ingénieur en organisation, cette liste n'étant pas exhaustive.

Chaque situation doit être analysée sous plusieurs angles : évaluation médicale (niveau des difficultés physiques), évaluation sociale (type de difficultés rencontrées et caractère temporel de celles-ci), évaluation professionnelle (positionnement dans l'équipe, capacité de formation), évaluation administrative (droits au regard de la retraite, des congés maladie).

L'analyse doit déboucher sur un constat partagé avec l'agent et se traduire par un plan d'action visant au maintien de l'agent sur un poste, conclu entre l'agent, le cadre et le DRH, garant du suivi de ce plan. Ce plan peut impliquer des moyens opératoires type aménagement du poste, de l'organisation du travail, bilans d'orientation et de compétences, reclassement (cf. infra).

Dans le cas d'inaptitude médicale définitive, le traitement de ces situations en CGPA favorise le reclassement fonctionnel prévu par les textes.

**Compte tenu de leur intérêt, le développement de commission de gestion personnalisée des agents, est à encourager auprès des chefs d'établissements et pourrait compléter le panel des critères retenus pour l'attribution des crédits CLACT.**

---

<sup>9</sup> au plan départemental pour traiter la situation des agents en difficulté dans les établissements de petite taille ;

### **3-2 Améliorer les conditions de mi-temps thérapeutique :**

Le mi-temps thérapeutique permet à un agent, conformément à l'article 41-1 du statut, d'accomplir un service à mi-temps, après avis du comité médical, à la suite d'un congé de longue maladie, de longue durée, AT ou MP.

Le mi-temps thérapeutique peut être accordé soit parce que le retour à l'activité est jugé de nature à améliorer l'état de santé de l'agent, soit pour lui permettre de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Durant cette période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an (après CLM ou CLD) ou de 1 à 6 mois, renouvelable dans la limite d'un an (après AT ou MP), l'agent bénéficie de son traitement intégral.

Afin de donner tout son sens à cette disposition, **il serait souhaitable de préciser par un texte (circulaire ou lettre d'information) que les conditions d'organisation du mi-temps peuvent être modulables durant la période reconnue par le comité médical suivant le régime horaire et l'organisation les mieux adaptés à la situation de l'agent.**

Ainsi l'activité à mi-temps devrait pouvoir être prise en équivalent journée répartie sur la quinzaine (par exemple 3 jours activité/2 jours non travaillés//2 jours d'activité/3 jours non travaillés) ou modulé dans son amplitude par mois (par exemple 1° mois à 25%, 2° mois à 50%, 3° mois à 75%), sur avis du médecin du travail et du comité médical, afin de maximiser les chances de retour à l'emploi de l'agent.

### **3-3 Revoir les conditions statutaires de reclassement pour raisons de santé :**

Lorsqu'un agent est reconnu, par suite d'altération de son état physique, inapte à l'exercice de sa fonction, et si l'adaptation de son poste de travail n'est pas possible, il peut bénéficier, à sa demande, d'un reclassement dans un emploi d'un autre corps pour lequel il aura été déclaré en mesure de remplir la fonction correspondante (Article 71 du statut).

Les conditions de reclassement sont prévues par les articles 72 à 75. Globalement ces dispositions permettent à l'agent de conserver son niveau de rémunération indiciaire antérieure. en cas de reclassement (détachement dans un autre corps ou reclassement par intégration dans un autre corps).

Cependant le reclassement s'accompagne pour l'agent de la perte du régime indemnitaire correspondant à son grade d'origine, ce qui peut, pour certaine situation, correspondre à une baisse du salaire nette non négligeable.

S'il est exact que l'obligation première de l'administration est de placer l'agent sur un poste aménagé correspondant à son grade, sans modification de la situation administrative de l'intéressé, il serait cependant souhaitable que la procédure de reclassement puisse être plus opérationnelle afin de tendre vers une plus grande cohérence en l'emploi, le grade et le métier réellement exercé. Une piste pourrait être de permettre à l'agent reclassé de bénéficier, à titre personnel du maintien de son régime indemnitaire. Ceci nécessiterait une modification importante des textes applicables dans l'ensemble de la fonction publique et ne peut s'inscrire que dans une démarche générale de refonte des statuts. Cette hypothèse pose la question de voir des agents exerçant la même activité être rémunérés à des niveaux différents, ce qui peut nuire à l'acceptation de l'agent reclassé au sein de sa nouvelle équipe. Une concertation sur ce point peut toutefois être envisagée avec les organisations syndicales.

## **Conclusion**

Les préconisations du présent rapport ne recourent pas des réflexions plus transversales (organisation du travail, juste allocation des ressources, respect des tableaux de service, adaptation des postes en fonction de l'âge). Ces facteurs ne rentrent pas dans le champ de l'expertise même s'ils participent à l'optimisation des conditions de vie au travail des agents.

Ces préconisations cherchent à identifier les actions directement liées à la mise en oeuvre d'une politique de prévention et de sécurité au travail. Elles s'inscrivent dans le cadre des réflexions retenues par le protocole d'accord FPH d'octobre 2006 et peuvent être exploitées dans le cadre des travaux prévus d'approfondissement des thèmes et actions, avec les organisations syndicales signataires.

Ces préconisations nécessitent d'organiser des partenariats avec d'autres institutions (ex : CNRACL), d'envisager la révision de textes réglementaire (ex : modification des items du bilan social) ou législatif (extension du bilan social aux établissements de moins de 300 salariés), d'engager des concertations sur des questions lourdes type modalités de financement d'un fonds pérenne de prévention, et impliquent une volonté politique déterminée.



## Ministère de la santé et des solidarités

Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins  
Suivi du dossier : D. NOIRE  
Conseiller Général des Établissements de Santé  
Tél. : 01.40.56.54.11  
Mail : dominique.noire@sante.gouv.fr

Paris, le 29 NOV. 2006

0 3 6 3 3

La Directrice de l'Hospitalisation et de  
l'Organisation des Soins

à

Dominique NOIRE  
Conseiller Général des Établissements de Santé

### **Objet : Lettre de mission – Amélioration de la santé au travail dans les établissements de santé**

Monsieur le Conseiller Général,

Le bilan social, instauré depuis pratiquement deux décennies, doit servir dans chaque établissement, à l'analyse de sa situation et à la réflexion prospective visant à améliorer son évolution sur l'emploi, les conditions de vie au travail, les questions d'hygiène et de sécurité, la politique sociale, les évolutions démographiques.

Consolidés au niveau de la DHOS, ces bilans sociaux, outre l'intérêt des informations permettant les comparaisons entre établissements et les analyses d'évolution des situations au plan historique, doivent permettre d'identifier les priorités en matière de lutte contre les risques professionnels et de cibler les efforts d'accompagnement des établissements dans leurs actions.

Le constat actuellement réalisé est néanmoins une relative stagnation de certains types d'accidents du travail (TMS, AES), une progression du nombre d'agents touchés par des pathologies lourdes relevant de CLM ou CLD, un problème récurrent d'absentéisme.

Ces indicateurs d'alerte sont préoccupants si l'on considère que les conditions de travail devraient en principe globalement évoluer positivement, compte tenu de la sensibilisation accrue des responsables aux questions d'hygiène et de sécurité, de la vigilance des CHSCT, de la réduction du temps de travail, des équipements et matériels de protection mis à disposition des agents.

Je souhaite en conséquence que vous engagiez une réflexion portant sur la problématique de la santé au travail des salariés dans les établissements de santé.

Votre réflexion devra porter sur les points suivants :

- Émettre des propositions visant à améliorer les dispositifs d'information et d'alerte ;
- Contribuer à l'analyse des risques professionnels ( risque par risque) ;
- Aider à l'identification de priorités d'actions de prévention à mettre en œuvre ;
- Proposer les dispositifs d'impulsion, d'accompagnement et d'évaluation des politiques d'action en résultant.

Concernant les dispositifs d'informations et d'alerte, vous devrez identifier les causes qui minorent l'exploitation des données du bilan social et des autres documents portant sur les questions de santé et sécurité au travail tels que BHSCT; Papripact; Document Unique; Projet social et professionnel; bilans annuels des activités de médecine du travail, de médecine statutaire; de radio protection, de transport des prélèvements ...

Au regard de votre constat, il vous appartiendra, après consultation des professionnels intéressés, de proposer des mesures visant à renforcer le caractère opérationnel et décisionnel des documents traitant des questions de santé et de sécurité.

En complément, compte tenu de la diversité des documents actuels, chacun reposant sur une légitimité spécifique mais couvrant des champs plus ou moins identiques, vous étudierez les possibilités de simplification des procédures administratives, dans l'esprit de privilégier l'exploitation des données à la démarche de constitution de bilans.

Votre contribution à l'analyse des risques professionnels devra constituer, après une approche contradictoire des bilans sociaux et des rapports d'activité de médecine du travail avec les gestionnaires émetteurs, en lien avec les organisations syndicales, à l'identification des principaux risques rencontrés par les personnels et si possible à la réalisation d'une typologie des populations concernées par rubriques d'absentéisme pour motifs de santé.

Votre étude pourra porter sur les pathologies et/ou accidents, identifiés par grandes rubriques dans les bilans sociaux, informations à croiser avec les populations concernées (sexe, âge, grade, fonction exercée, situation personnelle, implantation géographique, type d'hôpital, de service ou pôle, horaires).

Sur la base de ces résultats, dans le cadre des orientations retenues avec les organisations syndicales signataires du protocole FPH du 19 octobre 2006, je vous demande de contribuer à la définition des priorités nationales à inscrire dans les plans de prévention au regard des risques encourus par les personnels, ainsi qu'à l'organisation des plans d'action permettant d'en promouvoir la réalisation, et d'en assurer l'évaluation.

Dans ce cadre, votre réflexion pourra porter, entre autres, sur la méthodologie d'organisation des structures des services de santé au travail, sur le suivi de leur mise en œuvre effective et sur le mode de travail médecine du travail/administration hospitalière dans l'intérêt partagé de l'établissement de santé et du salarié.

Je vous demande par ailleurs d'étudier l'aide qui pourrait être apportée aux établissements pour élaborer leur plan d'action, en particulier pour leur permettre de s'inscrire dans le déroulé méthodologique prévu par le protocole FHP du 19 10 06, chapitre prévention des risques.

A ce titre, je vous demande de participer à l'élaboration, en lien avec les professionnels concernés, d'un cahier des charges d'appel à projet permettant d'identifier, pour chacun des risques majeurs, une démarche "fil conducteur" d'action et des indicateurs de suivi, permettant d'évaluer les résultats obtenus.

Cette approche, prévue par le protocole FHP sus visé, devra pouvoir être utilisée parmi les éléments de décision de financement des CLACT et/ou des financements spécifiques fléchés prévus.

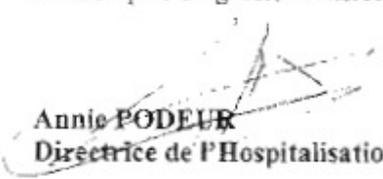
Enfin, je souhaite que votre analyse des bilans sociaux et autres documents traitant des sujets de santé et de sécurité comporte une contribution aux réflexions engagées actuellement au plan national portant sur la seconde partie de carrière des personnels, le reclassement pour raisons de santé, la relation santé/horaires de travail.

Compte tenu de l'importance de la problématique de la santé au travail et des enjeux moraux, sociaux, juridiques et économiques représentés, je vous demande de m'adresser un premier rapport

d'étape sur les quatre principaux points de votre mission pour juin 2007, en cohérence de calendrier avec le suivi du protocole FPH et de l'exécution de la campagne budgétaire 2007.

Je vous demande de m'adresser votre rapport définitif exhaustif pour le 1<sup>er</sup> novembre 2007, en toute hypothèse en temps utile pour être pris en compte dans la définition des cadrages et priorités budgétaires 2008.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.



Annie PODEUR

Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

## PROPOSITION DE REFERENTIEL

### Grille d'analyse qualitative des documents uniques d'évaluation des risques professionnels

*directive 89/391/CE du 12 juin 1989 ;  
loi n° 91-1414 du 31 déc. 1991 ;  
décret n° 2001-1016 du 5 nov. 2001 ;  
circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002 .*

Thèmes	Indicateur	vert	orange	rouge	Observations
<b>1- ORGANISATION DE LA DEMARCHE</b>					
11- chef de projet	Fonction				
12- référents	Tableau				
13- définition des Unités de Travail	Tableau / Sommaire				
- par services					
- par unités de services					
- par métiers					
- par processus					
14- planification	calendrier				
15- suivi de l'avancement	dates réunions				
<b>2- MISE EN OEUVRE</b>					
21- présentation de la démarche aux agents	oui/non				
22- participation de tous les agents médicaux et non médicaux	oui/non				
23- pluridisciplinarité	Médecin du travail				
	CHSCT				
	Personnes ressources				
24- participation CHSCT	oui/non				
25- présentation au CHSCT	oui/non				
26- restitution aux unités de travail	oui/non				
<b>3- INVENTAIRE DES « DANGERS », DES « RISQUES » : questionnaire</b>					
31- le questionnaire est rempli par :	oui/non				
- le cadre avec son équipe					
- les agents individuellement					
- le référent					
32- le danger est bien précisé	oui/non				
33- les moyens de protection sont cités	oui/non				
34- les agents exposés sont précisés	nombre, fonction				
35- le risque est bien précisé	dommage possible				
36- la perception du risque est remplie					
<b>4- ESTIMATION DES RISQUES</b>					
41- selon les critères définis :	oui/non				
- description de la situation					
- données statistiques					
- réglementation					
42- par un groupe expert (médecin / CHSCT/ personnes ressources)	oui/non				
43- en tenant compte du BHSCT	oui/non				
44- en tenant compte des rapport(s) d'activité(s)	oui/non				
<b>5- HIERARCHISATION DES RISQUES</b>					
51- tableau de synthèse	oui/non				
<b>6- PROPOSITIONS D'ACTION.S</b>					
61- existence d'un plan d'action	oui/non				
62- traitement du risque élevé	oui/non				
63- types d'actions	description				
64- calendrier des actions	oui/non				
65- réévaluation après action	date de mise à jour				

7--PRESENTATION DU DOCUMENT UNIQUE					
71- introduction avec présentation de la méthodologie appliquée	oui/non				
72- taille					
73- précision des informations	oui/non				
74- caractère pratique / fonctionnel	oui/non				



*En vert, le critère retenu contribue à la qualité de la démarche*



*En orange, le critère retenu ne contribue qu' en partie à la qualité de la démarche : à améliorer*



*En rouge, le critère n'offre pas de garantie à la qualité de la démarche*