Bilan de l'intervention :

Démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels au CHU de Toulouse

Caisse des Dépôts et Consignations

Date document : 3 Août 2007
Rédacteur : Squadra - Béatrice Di Benedetto
Version : 11bis

SOMMAIRE

1 - INTRODUCTION 4

1.1 - LA DEMANDE INITIALE ET LE CAHIER DES CHARGES DE L'ACTION 4
1.2 - LE CONTEXTE DE LA DEMARCHE INITIEE PAR LE CHU 5
1.3 - LES OBJECTIFS ET L'ARCHITECTURE DU DOCUMENT 5

2 - PRESENTATION DE L'HOPITAL 6

2.1 - L'ORGANISATION ET LE MANAGEMENT AU CHU 6
2.2 - LES EFFECTIFS DU CHU 8
2.3 - LES SERVICES QUI CONCOURENT A LA GESTION DU RISQUE PROFESSIONNEL 9
2.3.1 - Les instances participant à la gestion des risques professionnels 9
2.3.2 - Etudes des risques et évaluation des pratiques de travail et de risques patient, amélioration des compétences 11
2.4 - LES INDICATEURS SOCIAUX DE SANTE ET DE SECURITE DU PERSONNEL 11

3 - LA CLINIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES (CVR) : LIEU D'EXPERIMENTATION DE LA DEMARCHE 13

3.1 - LES RAISONS DU CHOIX DE LA CVR EN TANT QUE SITE PILOTE DE L'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS 13
3.1.1 - Décision finale et validation du Pôle pilote 14
3.1.2 - Choix du groupe test 14
3.2 - PRESENTATION DE LA CLINIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES 15
3.2.1 - Ses missions 15
3.2.2 - Les effectifs 15
3.2.3 - Son organisation et ses activités 16
3.2.4 - Caractéristiques de l'activité des agents à la CVR 16
3.2.5 - Les données sociales de la CVR 17

4 - LA DEMARCHE MENEE AU CHU DE TOULOUSE 18

4.1 - LES CONCEPTS DE L'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS 18
4.1.1 - Une approche du risque centrée sur le FH 19
Lien entre gestion des risques et Facteur Humain 19
La distinction entre danger et risque 19
Risques et facteurs de risque 19
4.1.2 - Analyser le risque : modèle d'analyse des situations de travail (tâche, activité et conditions d'exposition) 19
4.1.3 - Criticité et hiérarchisation 19
4.1.4 - Plan d'action : prévention et protection 19
4.2 - LES GRANDES PHASES DE LA DEMARCHE AU CHU 19
4.2.1 - La démarche dans sa globalité 19
4.2.2 - Descriptif phase par phase 19
Phase 1 : établir la liste des dangers 19
Phase 2 : Définir le champ d'étude 19
Phase 3 : identification et évaluation des risques – groupe test 19
Phase 4 : élaboration et suivi du plan d'action 19
Phase 5 : synthèse et étude du futur déploiement au site pilote 19
Phase 6 : déploiement sur l'ensemble du pôle pilote 19
Phase 7 : bilan global et enseignements généralisables 19

4.3 - LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET 19
4.3.1 - Les principes génériques de la conduite de projet (pilotage et suivi) *19*
4.3.2 - Les instances mises en place et leurs attributions *19*
Le comité de pilotage 19
Groupe projet 19
L'équipe opérationnelle 19
4.3.3 - Les outils de pilotage et de suivi *19*
Lettre de mission structure 19
Fiche de suivi des temps 19
Fiche suivi planning et organisation emploi du temps membre EO 19
Fiche de suivi avancement des étapes ERP lors déploiement 19
L'ANALYSE des donnees pour un retour d'Experience par étapes 19
4.3.4 - La communication sur le projet *19*
4.3.5 - La formation *19*
4.3.6 - Tableau de synthèse *19*
4.4 - LA MISE EN ŒUVRE DE L'EVALUATION 19
4.4.1 - Une grille globale pour l'évaluation des risques *19*
4.4.2 - Outils relevés Identification des situations à risques *19*
Référentiel des dangers 19
Le guide de pré repérage des dangers dans les unités de travail 19
Référentiel d'analyse des situations dangereuses 19
4.4.3 - Outils relevés Evaluation hiérarchisation *19*
Matrice de criticité 19
4.4.4 - Outils relevés gestion des risques : prévention et protection *19*
Proposition d'améliorations 19

5 - PRINCIPES POUR LA GENERALISATION DE LA DEMARCHE 19

5.1 - LA CONSTRUCTION DU PROJET 19
5.2 - LA DEMARCHE DE CONSTRUCTION DU DU 19

6 - CONCLUSION 19

1 - Introduction

1.1 - La demande initiale et le cahier des charges de l'action

Dans le cadre de sa démarche globale de management de la santé au travail, le CHU de Toulouse a engagé le projet d'évaluation des risques professionnels devant aboutir à la rédaction du document unique. En parallèle, la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)[1], au moyen du Fonds National de Prévention des Accidents et Maladies Professionnelles, est partenaire de cette action afin de bénéficier d'un enseignement généralisable à d'autres établissements hospitaliers.

Dans un premier temps, un consultant interne à été recruté pour mener la démarche. Dans un second temps, un Appel d'Offre[2] en date du 9 septembre 2005, posait les besoins d'un accompagnement de la démarche par un consultant extérieur.

La proposition d'accompagnement à la démarche d'évaluation des risques professionnels[3] fait état du travail d'accompagnement du consultant auprès du consultant interne en prévention des risques et des actions menées auprès du CHU de Toulouse.

La prestation du consultant externe porte sur 3 aspects du projet :

- ✓ Une **assistance méthodologique** aux les différentes étapes de la démarche ;
- ✓ La **formalisation** et un **retour d'expérience** grâce à une analyse de la conduite de la démarche dans un objectif de transfert et de généralisation ;
- ✓ Un **accompagnement du consultant interne** dans l'appropriation de la démarche d'évaluation dans un objectif d'autonomie des acteurs du CHU de Toulouse.

Ces objectifs amènent à poser 2 principes clés pour la réussite de l'action :

- ✓ L'adhésion des acteurs hiérarchiques et de première ligne et la prise en compte des expériences antérieures sur le même sujet (livre blanc, PAPRIPACT, CLACT …).
- ✓ La pérennisation et la continuité de la démarche dans le temps.

Sept phases sont alors envisagées pour la mise en œuvre de ce projet. Le choix du site d'expérimentation s'est porté sur la Clinique des Voies Respiratoires, il a permis de tester une méthodologie et des outils proposés par les consultants, discutés et finalisés en groupe de travail. Ces éléments sont présentés et analysés dans les chapitres correspondants.

[1] cf annexe 1
[2] cf annexe 8
[3] Proposition CH-0803-n°2-doc technique – 0ct 2005

1.2 - Le contexte de la démarche initiée par le CHU

La volonté de mettre en place une démarche de prévention s'inscrit dans le cadre réglementaire de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels. La loi du 31/12/1991, transposition de la directive européenne en droit français, définit les principes fondamentaux de protection des travailleurs en matière de santé et de sécurité. Il s'agit d'une obligation de l'employeur, elle définit les principes généraux de prévention des risques et pose la démarche d'évaluation des risques professionnels comme une évaluation *a priori* pour penser un dispositif de prévention et de protection des salariés.

La circulaire d'application du 18/04/2002 pose des éléments de méthode pour procéder à l'évaluation :

- Les résultats de l'évaluation des risques doivent être transcrits sur un document unique ;
- Evaluer les risques, « notion d'inventaire » en effectuant une distinction entre danger et risque, en analysant les « combinaisons de facteurs liés à l'organisation du travail » ;
- C'est un travail d'analyse et non un relevé brut de données ;
- On procède à l'analyse par unité de travail.

Pour les établissements de santé, la circulaire DHOS du 02/07/2002 qui précise que ces établissements ont aussi l'obligation de constituer un document unique de prévention des risques professionnels.
Cette réglementation renforce la responsabilité du directeur de l'hôpital, en tant qu'employeur, en matière de prévention est réglementée. Il a pour obligation d'assurer la santé et la sécurité de l'ensemble du personnel. Sous l'impulsion de la législation européenne, les obligations de l'employeur en matière de santé et de sécurité s'étendent à l'ensemble du personnel, (vacataires, stagiaires, intérimaires), instaurent la notion d'évaluation comme préalable à la réflexion sur la prévention, et l'inscription sur un document unique mis à disposition du personnel. L'employeur devient pénalement responsable, s'il est prouvé qu'il n'a pas mis en place les moyens d'information, de formation, d'organisation et les matériels adaptés.

Enfin si la démarche d'évaluation est une étape obligée, elle n'est pas une fin, elle constitue un état des lieux structuré et analysé pour mieux instruire une démarche continue de prévention des risques professionnels à l'intérieur des établissements.

1.3 - Les objectifs et l'architecture du document

L'objectif du document est une **synthèse des éléments de méthodologie transférables** à d'autres établissements.

Après une présentation synthétique du CHU de Toulouse et de la CVR, la présentation de la démarche et de son retour d'expérience sont structurés en 2 grandes parties :

- Le chapitre « la démarche menée au CHU de Toulouse, reprend d'une part les éléments liés à la conduite de projet et d'autre part le séquentiel du projet étape par étape. Du déroulement présenté, des enseignements sont dégagés à chaque étapes comme autant d'éléments transférables. La démarche et la conduite de projet se comprennent dans un cadre conceptuel particulier que nous avons repris en début des chapitres correspondants, il s'agit d'éléments qui donnent du sens à la lecture de la démarche et sont transférables au même titre qu'une méthodologie.
- Le chapitre « principes pour la généralisation de la démarche » est présenté sous forme de fiches qui synthétisent les points clefs de la méthodologie dont on trouvera des précisions dans le chapitre précédent. Le choix de cette forme de présentation est guidé par un souci d'opérationnaliser ce document.

Enfin, une bibliographie est présentée en annexe 12 permettant d'approfondir les éléments présentés.

2 - Présentation de l'hôpital

Quatrième hôpital de France, le CHU de Toulouse offre une capacité d'accueil de 2 834 lits[4].

Il regroupe plusieurs sites hospitaliers répartis sur la ville de Toulouse : Purpan, le groupe hospitalier Rangueil / Larrey, l'hôpital des Enfants, l'Hôpital Paule de Viguier (gynécologie maternité), La Grave / Casselardit, ainsi qu'un établissement, La Fontaine Salée, à Salies du Salat et l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, siège du CHU.

En 2006 : l'effectif s'élevait à 3002[2] personnels médicaux et 9963 personnels non médicaux[2], 179927 hospitalisations et 614 851 consultations.

Quatre missions principales sont dévolues au CHU de Toulouse : Soins, Prévention, Enseignement et Recherche. Il dispose de l'ensemble des disciplines hospitalières telles que décrites dans les pôles présentés chapitre 2.1.

2.1 - L'organisation et le management au CHU

Depuis 2001, une succession de transformations de l'organisation des hôpitaux de Toulouse est mise en œuvre.

Dans un premier temps, l'organisation en miroir des hôpitaux de Purpan et Rangueil dans la discipline hospitalière fait place à une spécialisation par grands sites : Purpan et Rangueil/Larrey. Le site de Purpan devient spécialisé dans les disciplines telles que trauma center (neurosciences, institut locomoteur et céphalique), mère-enfant, gériatrie, psychiatrie, spécialités médicales, et le site de Rangueil-Larrey concentre les disciplines d'organe (cœur, poumon, reins, gynéco, appareil digestif, greffes …) et la cancérologie. Seuls les services d'accueil d'urgence sont maintenus en double (ainsi qu'un service spécifique d'accueil d'urgence pour enfants).

Dès 2001 également, c'est une gestion par pôle qui remplace la gestion territoriale des hôpitaux. Les directions de site disparaissent, les pôles sont créés avec un redéploiement des effectifs et des directeurs délégués au pôle sont ensuite nommés. Finaliser un mode de gestion par pôle supposera alors d'instaurer un pilotage médico-administratif qui associera au coordonnateur médical du service, un gestionnaire administratif.

Au total 25 pôles sont créés : 14 pôles cliniques, 6 pôles de prestations médico-techniques et 5 pôles logistico-administratifs.

[4] Chiffres 2006-source site Internet du CHU www.chu-toulouse.fr

Le principe des échanges entre pôle repose alors sur une relation prestataire - prescripteur, selon la logique client fournisseur. Les pôles prestataires étant les pôles médico-techniques et logistico-administratifs, sont des prestataires de service des pôles médicaux. Ce qui est notable dans cette organisation est la position des pôles prestataires, de nouvelles missions leur sont dévolues, ils gèrent une activité en fonction des contrats passés avec les pôles médicaux, ils ne sont plus des arbitres de ressources ou d'allocations de moyens. Le directeur du pôle est donc garant du coût et de la qualité des prestations qu'il encadre. Les pôles médicaux bénéficient d'un double pilotage, médical par un coordonnateur de santé et administratif par un directeur délégué.

Le pôle devient donc une unité dotée d'un budget propre, dont le directeur délégué a les prérogatives dans sa gestion, ainsi que dans la gestion du personnel, le plan de formation … autant de responsabilités qui justifient une délégation du Directeur Général du CHU.
75 % des dépenses sont en maîtrise directe du pôle, le budget est défini en fonction d'un contrat de pôle annuel et les activités budgétaires sont justifiées mensuellement auprès de la direction générale.

14 pôles cliniques :

1	Pôle Pédiatrie	8	Pôle des Spécialités Médicales
2	Pôle Cardiovasculaire, Maladies Métaboliques	9	Pôle Femme Mère Couple
3	Pôle Neurosciences	10	Pôle Clinique des Voies Respiratoires
4	Pôle Uro - Néphro-Hémodialyse - UTO	11	Pôle des Médecines d'Urgences
5	Pôle de l'Institut Locomoteur	12	Pôle Céphalique
6	Pôle Gériatrie Gérontologie	13	Pôle Psychiatrie
7	Pôle Digestif	14	Pôle Anesthésiologie - Réanimation

Le principe de gouvernance avec les pôles

Les pôles permettent une gestion de proximité.

Un co-pilotage médico-économique mis en place en 2004. C'est une équipe composée d'un Directeur délégué, d'un Médecin coordinateur du Pôle et d'un Médecin adjoint, d'un Assistant de gestion et d'un Cadre supérieur de santé. A partir de 2005, des outils de pilotage ont été mis en place pour une gestion du pôle.

2.2 - Les effectifs du CHU

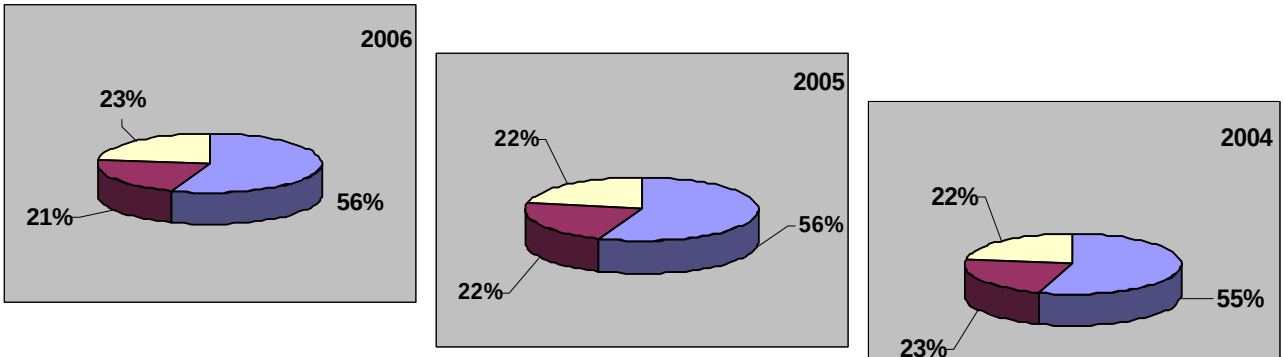
Des effectifs (ETP) moyens en évolution depuis 2004 :
+ 1,05 % entre 2004 et 2005
+ 3,54 % entre 2004 et 2005.

	EFFECTIFS MOYENS		
	2006	2005	2004
TOTAL CHU	10 504,32	10 132,24	10 026,80

Par catégorie de pôle, les effectifs restent relativement stables, si on peut noter une évolution dans chaque pôle comme l'indique la tendance générale la part relative des 3 pôles reste à peu près identique sur les 3 dernières années à une variation près d'une centaine d'ETP en positif ou négatif selon le pôle et représentation une part respective de 1% dans l'effectif global.
Le pôle clinique représente entre 55 % et 56 % des effectifs globaux, les pôles prestataires médico-techniques voient une progression de 1% chaque année ces 3 dernières années soit environ une centaine d'ETP supplémentaires par an, les pôles logistico-administratifs ont perdu 1% entre 2004 et 2005 pour se stabiliser en 2006.

Effectifs des pôles - groupé	2006	2005	2004
Pôles cliniques	5849,34	5674,06	5518,79
Pôles médico techniques	2254,34	2231,69	2272,76
Pôles logistico-administratifs	2400,64	2226,49	2235,25
	10 504,32	**10 132,24**	**10 026,80**

L'évolution des effectifs par catégories de pôles



Légende :
- **Pôles cliniques**
- **Pôles médico-techniques**
- **Pôles logistico-administratifs**

2.3 - Les services qui concourent à la gestion du risque professionnel

L'attention portée aux conditions de travail est un élément de compétence d'une structure dans la gestion des risques. Au CHU, on peut relever plusieurs instances dont l'action ou les programmes développés, de façon directe ou indirecte, concourent à la gestion et à la prévention des risques professionnels à l'hôpital.

Parce qu'une démarche de prévention est à l'intersection des pratiques de travail, des événements et aléas qui la composent, elle se doit d'être enrichie des différentes démarches car elle y trouve matière à analyse. Les analyses et enseignements de démarches parallèles sont autant d'éléments précieux pour l'étude des risques. Il y a donc tout intérêt à faire converger les données générées aux différents endroits pour les exploiter dans un objectif de prévention des agents.
Dans cet objectif, ce chapitre recense les services et programmes intervenant directement sur les risques professionnels ou traitant de gestion des risques.

Le CHU de Toulouse met en œuvre de nombreuses instances qui concourent à la gestion des risques, parmi ceux-ci nous pouvons identifier :

- Ceux dont la vocation est de gérer et de prévenir les risques professionnels ;
- Ceux qui contribuent à la gestion des risques professionnels par le biais de l'étude des risques connexes ou de l'évaluation des pratiques de travail ;
- L'attention portée, pour décision ou instruction sur les questions liées aux conditions de travail et pratiques professionnelles.

2.3.1 - Les instances participant à la gestion des risques professionnels

Parmi les instances qui participent à la gestion des risques on retrouve :

- Le service de médecine du travail dont la fonction première, vocation selon la loi de 1946, est d'assurer le suivi médical des salariés.
- Le service prévention auquel est rattaché le chef de projet évaluation des risques
- La démarche d'accréditation

La Direction des Ressources Humaines (DRH)

En premier lieu la **Direction des Ressources Humaines** intégrée à la Délégation aux Ressources Humaines et à la Politique Sociale, **pilote** du projet d'évaluation des risques professionnels dans le cadre de sa mission avec la médecine du travail et les corps professionnels concernés, relative à « la qualité et l'amélioration des conditions de travail, l'organisation et la gestion du temps de travail, l'observation sociale, la sécurité des personnels, l'adaptation aux postes de travail et les prestations sociales »[5]. C'est également dans le cadre de la gestion des instances CTE et le CHS-CT, que le service DRH contribue à la gestion de la problématique de santé et sécurité des personnels.

Le service de médecine du travail

Son rôle auprès de l'employeur et des salariés est fixé par la loi d'octobre 1946 et pour les établissements hospitaliers, basé sur le décret de 1985. « Prévenir toute altération de la santé du fait du travail » au moyen d'un suivi médical des salariés, enrichis par une approche du travail tant de l'environnement que du poste et de l'organisation, des actions d'information et de formation à destination des salariés sur les risques professionnels, la participation à des réseaux nationaux et régionaux de vigilance et d'étude des risques professionnels.
Au CHU, la médecine de prévention est répartie sur 2 sites Rangueil et Purpan et 2 sites secondaires sur lesquels les équipes médicales se déplacent (La Grave et l'IFB).

L'effectif global est de 20 personnes (18,1 ETP) répartis en suivant :

- **6** médecins du travail
- **7** infirmières
- **6** secrétaires médicales et agents administratifs
- **1** agent polyvalent

Le service de médecine du travail est dirigé par un coordonnateur de service. L'organisation retenue en 2007 repose sur 2 équipes médicales assistées d'une équipe paramédicale et administrative qui prend en charge un périmètre de sites donné. A noter qu'au-delà des services du CHU, dans le cadre de conventions spécifiques, la médecine du travail effectue le suivi de personnels extérieurs dans le cadre de conventions passées avec le CHU.

La démarche d'accréditation

Dans son évolution récente, l'évaluation des pratiques professionnelles des personnels soignants s'enrichit d'éléments de prévention, de cette façon elle créé un trait d'union entre les problématiques de gestion des risques professionnels et la qualité de prise en charge des patients. Lors de l'accréditation, le projet d'évaluation des risques professionnels est aussi évalué ainsi que le suivi des actions de prévention, en somme c'est la problématique des risques professionnels qui est évaluée dans son ensemble

Du manuel de l'accréditation élaboré par l'ANAES, nous pouvons particulièrement citer les chapitres suivants[6] :

Réf. 10C	L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels sont inscrites dans les orientations stratégiques
Réf. 14	La gestion des risques est organisée et coordonnées : ✓ Approche managériale et technique de la gestion des risques, priorisation des actions de prévention ✓ Une démarche globale de gestion des risques par la convergence de différentes sources d'information ✓ Dispositions pour analyser *a priori* et *a posteriori* les risques

[5] Source site Internet CHU de Toulouse – www.chu-toulouse.fr
[6] Cf. extraits du manuel d'accréditation portés en annexe 2

Le CHU est engagé depuis 1999 dans la démarche d'accréditation qui a permis d'améliorer de façon continue la qualité de la prise en charge des patients. Fin 2008, la Haute commission à la santé procèdera à l'évaluation sur le 2ème volet de l'accréditation concernant les pratiques professionnelles.

La démarche d'accréditation est portée par le service qualité dans le cadre de sa mission en coordination avec le président du comité de gestion des risques, les actions et structure de prévention des risques.

Le comité de gestion des risques, en particulier la cellule Gestion des Risques,
Dans le cadre du développement de la gestion des risques, un processus de remontée des défaillances, erreurs, événements indésirables susceptibles de causer des dommages à des personnes ou à des biens, permet de cibler des situations à risque, est particulièrement intéressant pour la prévention du personnel. Ces événements indésirables font l'objet d'une mention sur une fiche de signalement, recensées par la direction de la qualité (DQSE) pour le compte de la GDR, puis traités par la GDR avec le pôle concerné. Cet outil est particulièrement important dans le cadre d'une démarche de prévention, puisqu'il permet de remonter des événements au fil de l'eau, qui se perdraient très rapidement. L'exploitation à des fins de prévention, pour mieux appréhender les risques professionnels est donc particulièrement importante.

2.3.2 - Etudes des risques et évaluation des pratiques de travail et de risques patient, amélioration des compétences

- Le pôle santé, société, réadaptation et en particulier le **service des maladies professionnelles et environnementales**.
- La **CSIRMT** (commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique). Ses compétences portent sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Le **CHS-CT** (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) : Cette instance est chargée des problématiques transversales concernant la sécurité des patients ainsi que celles des personnels. Ses avis portent sur les procédures de gestion des risques et de la qualité et l'analyse et le suivi des indicateurs de résultats
- Le **CTE** (Comité Technique d'Etablissement). Etroitement associé au fonctionnement de l'établissement par la participation de ses représentants au Conseil d'Administration, il est informé de la mise en œuvre du Plan Stratégique, des indicateurs de résultats (qualité - coûts) et émet des avis sur les conditions et l'organisation du travail.

2.4 - Les indicateurs sociaux de santé et de sécurité du personnel[7]

	ABSENCES CUMULEES Fin Décembre		
	2006	2005	2004
TOTAL CHU	8,28%	8,42%	8,16%

[7] Source DRH - CHU Toulouse

Absences maladies - CHU		
2006	**2005**	**2004**
4,04%	3,91%	3,78%

Absences CLM & CLD - CHU		
2006	**2005**	**2004**
1,95%	2,00%	2,11%

Absences Maternité		
2006	**2005**	**2004**
1,33%	1,41%	1,23%

Absences professionnelles		
2006	**2005**	**2004**
0,53%	0,62%	0,65%

La tendance globale sur ces 3 années est relativement stable. On peut noter une légère augmentation des absences pour maladies compensées par une baisse des CLM/CLD et des absences professionnelles, mais qu'il faudrait analyser sur une tendance plus large.

3 - La Clinique des Voies Respiratoires (CVR) : lieu d'expérimentation de la démarche

L'un des pôles le plus important du CHU de par ses effectifs avec l'hôpital Paule de viguier, l'ensemble des disciplines médicales de la Clinique des Voies Respiratoires est regroupé sur le site de l'hôpital Larrey.

La CVR regroupe les disciplines impliquées dans la prise en charge médico-chirurgicale et fonctionnelle des maladies respiratoires hautes (ORL) et basses (Pneumologie et Allergologie, Chirurgie Thoracique).

Cette structure d'optimisation de la prise en charge des malades respiratoires est unique en France.

Le rapprochement des équipes concernées s'est trouvé justifié par l'intrication fréquente des pathologies (cancers, allergies, infections, troubles respiratoires du sommeil) et la complémentarité des prises en charge thérapeutiques. La médecine du sport a été associée à cet ensemble.

3.1 - Les raisons du choix de la CVR en tant que site pilote de l'évaluation des risques professionnels

Au vu de la taille du CHU, de la nécessité de valider la démarche et les outils sur le terrain, la décision de sélectionner un pôle pilote puis un groupe test à l'intérieur du pôle pilote devait être prise.
Pour ce faire, le groupe projet a mis en place des critères et indicateurs comme outil d'aide à la décision.

Critères de choix des unités du groupe test	Critères	Commentaires
Volontariat d'un pôle	X	En termes de réceptivité et d'intérêt à la mise en place du projet d'ERP
Engagement des acteurs participant à la mise en place du projet dans le pôle: direction, médecin coordonnateur, assistant gestion, médecins du travail, encadrement soignant, personnel de terrain…..	X	Présentation du projet et validation de l'engagement par la direction du pôle
Représentativité du pôle dans le CHU en termes de métiers et de diversité des risques	X	L'activité clinique étant le cœur du métier
Disponibilité des acteurs		
Personnel déjà sensibilisé à des actions de prévention		
Accidentabilité des pôles		Non retenu comme critère déterminant
Signalements d'incidents		Non retenu comme critère déterminant
Critère lié à des postes de travail ou opérations connues pour être à risques		
Acquisition de nouveaux produits ou de nouveaux équipements de travail dans un secteur d'activité		
Unité de lieu	X	Facilitateur pour la conduite du projet

Cette 1ère étape a permis de retenir 3 pôles potentiels :

- Cliniques des voies respiratoires
- Cardio vasculaire et métabolique
- Digestif

3.1.1 - Décision finale et validation du Pôle pilote

Le pôle Cardio vasculaire / métabolique et le pôle digestif n'ont pas été retenu car ils ne répondaient pas au critère d'unité de lieu puisque pour chacun de ces 2 pôles il n'existait pas de regroupement sur un seul site géographique mais 2 sites : Purpan, Rangueil

- Validation du pôle Clinique des voies respiratoires effectuée : par le Directeur général, le président de la CME et la DRH.

Critères de choix des unités du groupe test	Critères Retenus	Commentaires
Regroupement d'activités présentant les mêmes caractéristiques de travail les mêmes types de dangers	X	
Regroupement par structure (UA)	X	
Regroupement par métier	X	
Regroupement géographique	X	

3.1.2 - Choix du groupe test

Le choix de l'unité de travail composant le groupe test du pôle Clinique des voies respiratoires à été décidé par l'administration du pôle soit le directeur délégué du pôle.

Le groupe test est représenté par un regroupement d'UA (Unités Administratives) : Médecine 2A (UA 1055), Pneumologie 2B (UA 1153), Pneumologie 3B (UA 1172), ayant pour dénominateur commun d'être des unités de médecine de Pneumologie situé à l'Hôpital Larrey. En termes de métier les profils rencontrés sont identiques.

Dans ces UA les situations de travail sont a priori comparables car ce sont toutes des unités de médecine; de même les risques auxquels sont exposés les professionnels sont globalement identiques.

3.2 - Présentation de la Clinique des voies respiratoires

3.2.1 - Ses missions

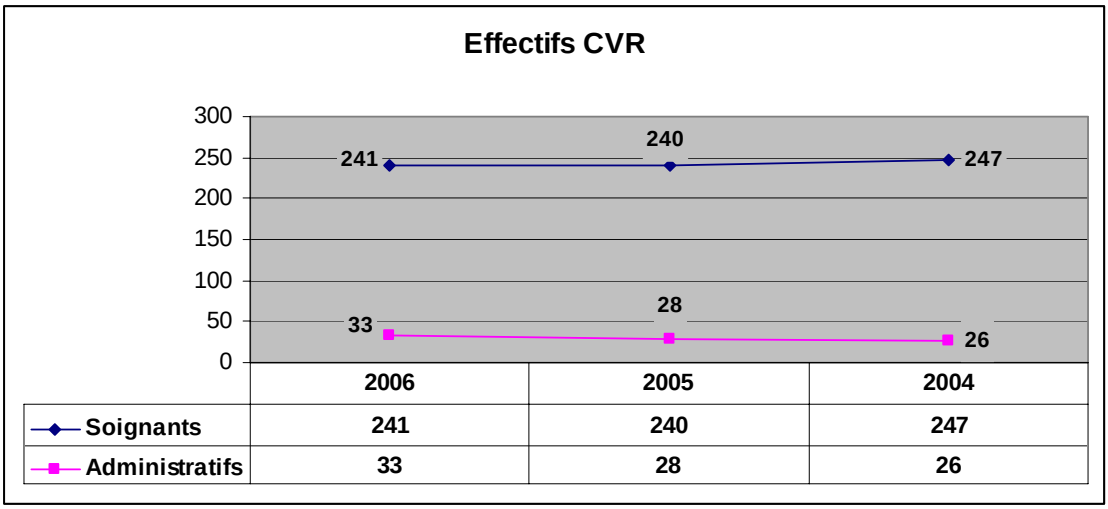
Parmi les grandes missions du CHU, la CVR assure les 3 missions de soin, enseignement et recherche. Comme tout service hospitalier, la CVR gère des activités hospitalières et de consultation. L'ensemble des activités regroupées sur le site de Larrey permet de disposer d'un ensemble de compétences et d'un plateau technique médico-chirurgical favorable à la prise en charge multidisciplinaire des pathologies tumorales des voies respiratoires.

Située sur les 6 étages de l'hôpital Larrey, la CVR est composée des services suivants :

- Oto-Rhino-Laryngologie (ORL, soins continus, unité de déglutition de la voix)
- Exploration de la Fonction Respiratoire et de Médecine du Sport
- Médecine Interne et Pneumologie (pneumo 2A)
- Pneumologie et Allergologie (pneumo 3B)
- Chirurgie Thoracique (1A)
- Pneumologie et Allergologie - Centre de Ressources et de Compétences pour la Mucoviscidose de l'Adulte (2B)
- Structures mutualisées : soins intensifs, bloc CVR, unité mutualisée de semaine et de jour, hospitalisation de semaine et de jour, endoscopie, consultations)

3.2.2 - Les effectifs[8]

L'effectif en 2006 était de 241 personnels soignants et 33 personnels administratifs. L'évolution globale sur 3 ans montre une baisse en 2005 du personnel soignant (-2,83 %) pour rester stable en 2006, alors qu'au même moment une croissance du personnel administratif est constatée sur les 2 années consécutives : + 8% en 2005 et + 18 % en 2006. Cependant compte tenu de l'effectif des administratifs, l'évolution ne concerne que 5 Postes.



	2006	2005	2004
Soignants	241	240	247
Administratifs	33	28	26

[8] Source CVR

3.2.3 - Son organisation et ses activités

Du mois de janvier à août 2004, la CVR a enregistré 6 209 entrées et 18 885 consultations.

La particularité de la CVR est son isolement relatif du reste du CHU qui rend difficile le renforcement des équipes de travail par d'autres pôles. L'impact géographique sur l'organisation n'est pas neutre, On peut en effet relever le problème de déplacements obligatoires des praticiens sur les autres sites pour avis lors de consultations ou encore le problème du transfert des malades de Purpan ou de Rangueil à la CVR pour consultation.

La CVR doit donc poser des principes d'organisation spécifiques qui impliquent notamment de la polyvalence de secteurs :

- lors de la période estivale la fermeture alternée des secteurs d'hospitalisation traditionnelle, les 3 équipes de pneumologie et médecine interne sont mobilisées dans le service voisin ; le fruit de cette collaboration a pour effet de mettre en place une forme de solidarité inter-équipe et un enracinement valorisant dans le pôle ;
- la création d'un pool unique de remplacement pour pallier l'absentéisme au sein des différentes équipes de la CVR, qu'elles soient médicales, chirurgicales ou de soins intensifs. Cette formule est actuellement unique au CHU de Toulouse.

3.2.4 - Caractéristiques de l'activité des agents à la CVR

Outre les activités classiques de la pratique médicale et paramédicale, l'activité des agents à la CVR s'exerce dans des contextes notables, comme la confrontation à la douleur et les patients en fin de vie, la confrontation aux agents infectieux, dont certaine requièrent des compétences spécifiques de haut niveau.

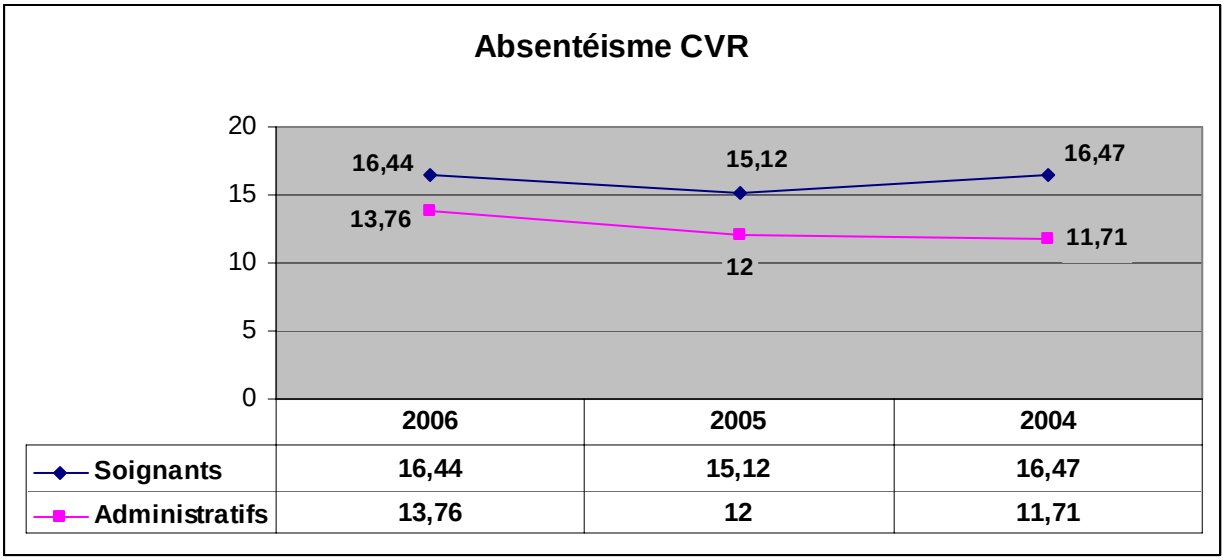
La confrontation à la douleur et aux personnes en fin de vie - La prise en charge de la douleur est une des préoccupations quotidiennes, la recherche d'un soulagement efficace un souci constant de tous les praticiens de la CVR. Plus particulièrement pour la chirurgie et l'anesthésie tant durant la période post-opératoire qu'au cours de l'évolution de la maladie et à fortiori lors de la phase terminale de patients cancéreux.

La confrontation aux agents infectieux - Les infections respiratoires sont la première cause de prescription des antibiotiques en ville et à l'hôpital. Elles sont une cause fréquente d'hospitalisation (environ 20% des 400000 cas de pneumonies diagnostiquées en France) ou survenant à l'hôpital (première cause de mortalité par infection nosocomiale). Elles peuvent poser un problème majeur de prise en charge hospitalière dans un contexte épidémique ou pandémique (grippe, SRAS…)

Des compétences de haut niveau sollicitées- La prise en charge de maladies rares et/ou nécessitant un haut niveau de spécialisation telles que l'hypertension artérielle pulmonaire primitive, certaines pneumopathies interstitielles et maladies respiratoires «orphelines», la mucoviscidose de l'adulte, pour l'ORL la chirurgie plastique et reconstructrice de la face, le diagnostic et traitement des pathologies de la voix et de la déglutition…

3.2.5 - Les données sociales de la CVR[9]

L'absentéisme des soignants varie peu : après une baisse constatée en 2005 pour le personnel soignant (-1,35%), aucune évolution constatée en 2006 (+1,32%).
L'absentéisme du personnel administratif semble être en croissance : + 0,29 % en 2005 et + 1,76 % en 2006.



	2006	2005	2004
Soignants	16,44	15,12	16,47
Administratifs	13,76	12	11,71

[9] Sources : CVR – absentéisme moyen global

4 - La démarche menée au CHU de Toulouse

La démarche menée sur la CVR poursuit 2 objectifs, d'une part initier une démarche pour le CHU de Toulouse en vue de son déploiement à l'ensemble de l'établissement et dégager de cette expérience les éléments transférables à d'autres établissements de santé.

Nous avons préalablement présenté le site pilote, nous abordons maintenant la démarche menée au CHU, en présentant étape par étape, son déroulement ainsi que les points forts et les points faibles, constituant des éléments d'enseignement pour le CHU et transférables à d'autres établissements.

Les concepts de base pour l'évaluation des risques professionnels et la conduite de projet sont présentés synthétiquement, ils constituent le cadre conceptuel sur lequel la méthodologie se base.

4.1 - Les concepts de l'Evaluation des Risques Professionnels

Dans ce chapitre sont exposés des concepts et notions de base pour procéder à l'évaluation des risques professionnels. Il apparaît à l'expérience, que la difficulté à intégrer ces concepts, est bien évidemment un des facteurs de difficulté pour la suite de l'évaluation.

Ces concepts sont transférables à toute démarche ERP :

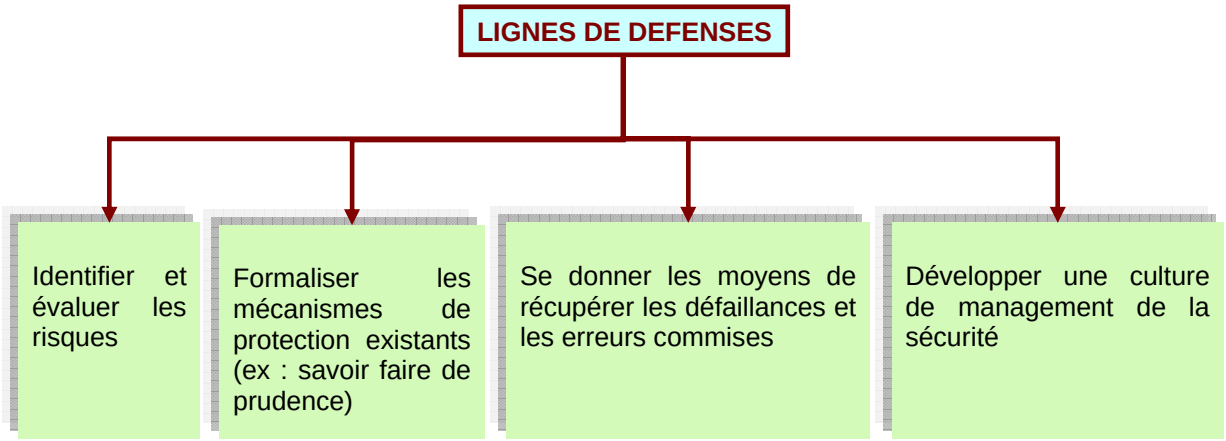
- Ils s'appuient sur une conception de la gestion du risque.
- Ils constituent des acquis de base à posséder pour procéder à une analyse de risques.
- Ils doivent permettre le déroulement d'un entretien de façon à éviter l'effet « check-list » dans le questionnement.

4.1.1 - Une approche du risque centrée sur le FH

LIEN ENTRE GESTION DES RISQUES ET FACTEUR HUMAIN

Prendre en compte les défaillances du système pour :

- En gérer la visibilité et la récupération
- Développer la prévention et favoriser la protection par la mise en place de lignes de défenses (techniques, organisationnelles, humaines)



Une tâche ou une situation de travail s'inscrit dans un système de travail, doté d'une organisation, d'un management et de moyens de travail spécifiques.

Tout système présente des défaillances. Au quotidien les agents font face à un ensemble de situations particulières, dans les faits, si des tâches requièrent des compétences identiques, les conditions de leur réalisation présentent toujours des différences, a fortiori dans un système hospitalier. Une situation particulière peut représenter à la fois des situations dans lesquelles des paramètres habituels sont modifiés ou dans lesquelles il y a de la variabilité. Ainsi par exemple, faire face à la particularité des situations implique pour les agents des capacités d'adaptation et de régulation.

Les défaillances sont le plus souvent récupérées par les agents, au-delà elles conduisent à des situations de dysfonctionnement plus ou moins important.

Repérer ces situations, récupérées et non récupérées, sont des indicateurs précieux pour l'analyse des risques, elles permettent notamment de pondérer des risques qui pourraient apparaître banals.
Le suivi des « anomalies » dans le cadre du travail comme élément d'exposition au risque fait donc partie des moyens de recensement, permettant de cibler des analyses plus approfondies.

LA DISTINCTION ENTRE DANGER ET RISQUE

Concernant l'inventaire, la circulaire de 2002, préconise de passer par 2 étapes pour le réaliser :

- Identifier les dangers
- Analyser les risques

Cette distinction repose sur un objectif de vocation opérationnelle du document unique en exigeant la prise en compte des conditions de réalisation du travail, pas seulement le poste et l'environnement, mais aussi l'organisation du travail, le mode de management qui peuvent aussi être considérés comme des facteurs de risque.

La distinction entre danger et risque est fondée sur une réalité opérationnelle. La présence d'un produit toxique dans un environnement de travail est un danger, si ce produit est stocké, utilisé dans des conditions de sécurité, le risque est maîtrisé. De même, la manutention de personnes, si elle est assistée de moyens suffisants permet de maîtriser le risque. Il ne s'agit donc pas seulement d'identifier la présence ou l'absence d'un danger, mais aussi les conditions dans lesquelles il est présent, pour déterminer le risque, ce que l'on nomme conditions d'exposition.

Quelques définitions :

DANGER : De façon usuelle et dans le contexte de travail, ce terme est réservé à tout élément susceptible de menacer la sécurité et la santé des individus

PHENOMENE DANGEREUX (N.F. EN 292-1) : Cause capable de provoquer une lésion ou une atteinte à la santé.

SITUATION DANGEREUSE (N.F. EN 292-1) : Toute situation dans laquelle une personne est exposée à un ou plusieurs phénomènes dangereux.

RISQUE : Il y a risque dès lors que cet élément peut entrer en contact avec l'individu, lorsque ce dernier y est exposé. Le risque naît donc de la **confrontation** à une situation de travail. C'est l'identification des **conditions d'exposition** qui permettra d'apprécier le risque et son importance.

LES CONDITIONS D'EXPOSITION concernent les conditions dans lesquelles un agent va réaliser son travail, environnement, moyens de travail à disposition, les moyens de prévention et de protection mis en œuvre et réellement utilisés, niveau de compétence et d'expérience, mais aussi organisation du travail, système de management, et les conditions instantanées de réalisation de la tâche (travail sous contrainte temporelle).

RISQUES ET FACTEURS DE RISQUE

Les recherches font désormais état de cette distinction, le risque pour la santé et la sécurité n'est pas seulement physique, des variables de la situation comme l'organisation du travail, le système de management, peuvent constituer des facteurs de risques susceptibles de générer ou d'aggraver un risque existant.

Procéder à l'analyse des risques supposera donc d'avoir à l'esprit 2 catégories de risque :

- Les risques à étiologie connue dont la relation de cause à effet est directe et établie.
- Les facteurs de risque, qui en interaction avec d'autres, peuvent générer ou aggraver le risque.

Si pour la première catégorie de risque, la présence d'un danger est nécessaire pour générer le risque, dans la deuxième catégorie, le risque résulte de l'interaction de plusieurs facteurs, dont la mécanique est mal connue, mais dont on connaît désormais son effet potentiel.

Le risque psychosocial regroupe des observables comme le stress, pour une part les troubles musculo-squelettiques, et peut engendrer des pathologies psychiques diverses. Domaine du vécu de la situation de travail, il trouve son origine dans l'interaction, le plus souvent, entre les conditions organisationnelles, relationnelles et managériales, les caractéristiques propres aux individus, qui créent une situation psychique difficile.

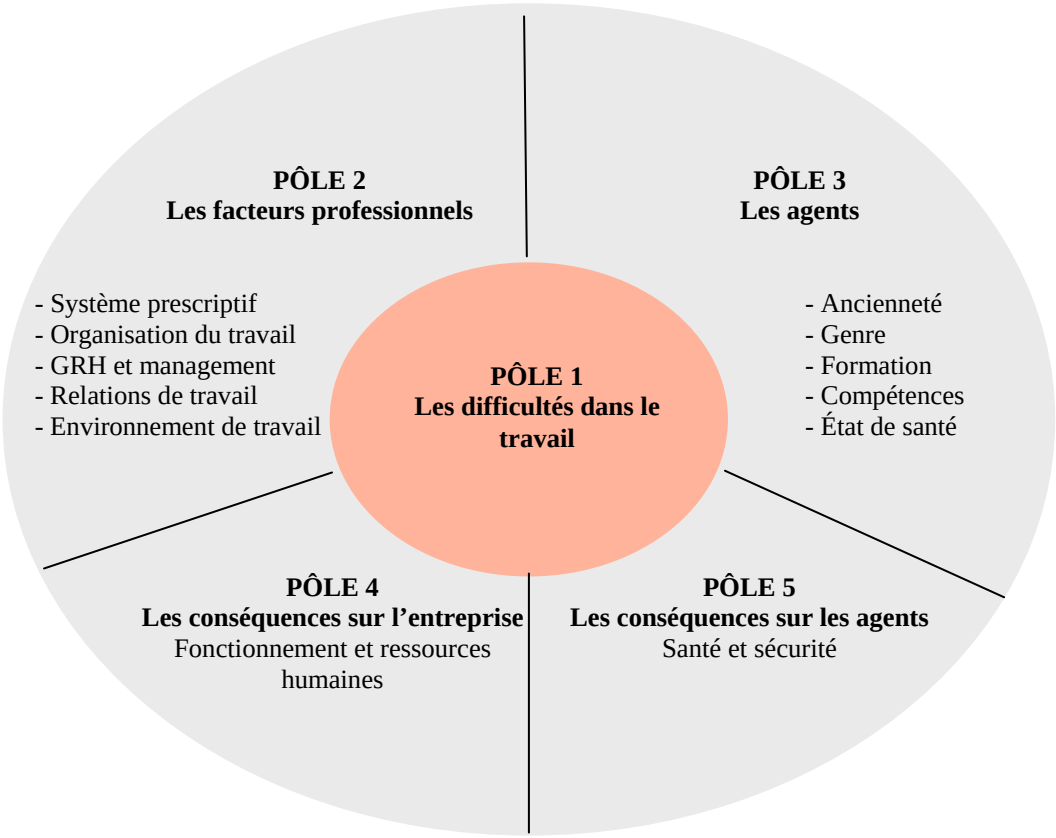
En première approche, on peut définir le « stress» comme résultant d'un mode de régulation de la charge de travail :

Les exigences de la tâche
Les capacités de l'opérateur **= La charge de travail**

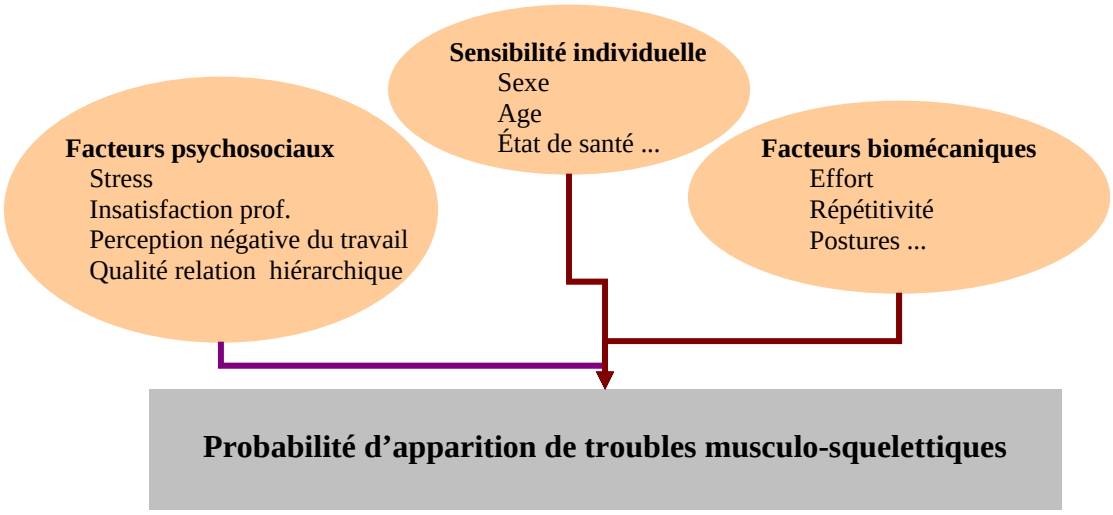
Le risque naît donc lorsque les exigences de la tâche dépassent les capacités d'adaptation de l'opérateur.

Plus globalement pour approcher la question du risque psychosocial, nous emprunterons le schéma suivant aux écrits de l'ANACT qui positionne les différents facteurs du risque psychosocial.

Cinq pôles sont définis, qui eux-mêmes vont agir itérativement sur chacun.



Les **Troubles Musculo Squelettiques** (TMS) longtemps considérés uniquement comme résultant d'hyper sollicitations sont reconnus désormais comme des pathologies à double origine : physique et psychique. Les recherches montrent clairement que des situations de stress répétées et des facteurs individuels, associées à des sollicitations physiques plus ou moins importantes sont génératrices de TMS.



4.1.2 - Analyser le risque : modèle d'analyse des situations de travail (tâche, activité et conditions d'exposition)

Les **conditions d'exposition** permettent d'apprécier le risque auquel l'agent est susceptible d'être exposé. La notion de conditions d'exposition trouve ses origines dans la distinction entre **la tâche** et **l'activité de travail** :

LA TACHE : Ensemble des opérations prévues par l'organisation permettant d'atteindre les objectifs de production. Cet ensemble correspond au TRAVAIL PRESCRIT de l'opérateur.

L'ACTIVITE : Ensemble des actions observables réalisées par l'opérateur qui permettent d'atteindre les objectifs de production. Cet ensemble correspond au TRAVAIL REEL de l'opérateur.

Ces deux définitions renvoient ainsi à une approche méthodologique particulière, selon laquelle les conditions réelles d'exposition s'apprécient par l'observation des activités réelles de travail. Cette distinction trouve son fondement dans les variabilités quotidiennes observées dans le travail qui créent des conditions particulières (des classes de situations) qu'il faut identifier pour apprécier le risque réel encouru par les agents.
L'analyse des situations de travail peut et doit s'appuyer sur l'expérience des agents de terrain, qui sont capables d'apporter, au moyen d'un questionnement adapté, des éléments sur la variabilité de leur travail et les difficultés éprouvées.
Si le temps disponible ou l'ampleur des situations à analyser ne permettent pas de tendre vers ce niveau d'analyse, des situations spécifiques peuvent s'avérer plus complexes et donc nécessiter ce tel niveau d'analyse.

Pour résumer :

Analyser une situation de travail

Analyser le travail réel et non le travail prescrit

Travail réel
« Comment je le fais »
Postures, moyens de travail,
Adaptations utiles

≠

Travail prescrit
« Ce qui m'est demandé »
Procédures, protocoles

Analyser le travail réel et non réaliser un audit

Analyser le travail réel :
Relever les régulations et les adaptations mises en œuvre, et les analyser

≠

Audit de conformité :
Ce qui devrait être fait par rapport à un référentiel donné

Prendre en compte le retour de l'expérience des acteurs de terrain en les associant.

4.1.3 - Criticité et hiérarchisation

Cette étape vise à structurer l'ensemble des analyses. L'objectif est de permettre une visualisation globale et hiérarchisée des risques de l'établissement, de façon à structurer le plan de prévention annuel et d'élaborer une stratégie de gestion du risque pertinente.

ESTIMATION DU RISQUE *(N.F. EN 292-1) :* Estimation globale de la **probabilité** et de la **gravité** d'une lésion ou d'une atteinte à la santé pouvant survenir dans une situation dangereuse, en vue de sélectionner des mesures de sécurité appropriées

Structurer ne signifie pas, ne pas gérer l'ensemble des risques recensés, mais permet de prioriser et d'aborder la stratégie de prévention dans sa globalité.
Etablir la criticité du risque suppose de s'accorder sur des critères pertinents d'évaluation.

Selon l'établissement, le type d'activités pratiquées, le choix des critères peut être différent. Parmi ceux-ci on peut citer :

- La gravité appréciée en fonction de l'accidentologie.
- La fréquence d'exposition.
- Les caractéristiques des personnes : compétences et expériences.

Chaque critère faisant l'objet d'une cotation sur une échelle permettant de totaliser des scores.
Les scores obtenus permettent de hiérarchiser les risques.
Il faut cependant s'assurer de l'impact d'une variable sur les autres (comme par exemple la fréquence d'exposition qui peut atténuer un risque par ailleurs important ou encore, un seul agent exposé à un danger grave ne doit pas être masqué).

On peut choisir également de coter le risque résiduel, uniquement ou en complément. Dans ce cas, les variables, prévention et protection d'une part, et efficacité réelle des mesures d'autre part, seront à coter toujours selon une échelle préétablie.

Cette étape requiert de la rigueur dans l'application de la cotation, de façon à éviter une sur cotation ou une sous cotation systématiques qui iraient à l'encontre du but recherché.
Il faut bien garder à l'esprit que la hiérarchisation n'est pas exhaustive, elle ne prend pas en compte l'ensemble des critères, mais seulement ceux qui paraissent le plus pertinents.

4.1.4 - Plan d'action : prévention et protection

La définition des moyens à mettre en œuvre, tout comme le recensement des moyens mis en œuvre, pour la santé et la sécurité du personnel, impliquent une distinction de 2 niveaux opérationnels complémentaires : la prévention et la protection.

- **Prévenir** consiste à limiter la probabilité d'occurrence d'un sinistre, l'action porte donc sur la **fréquence**. La prévention renvoie à la suppression du danger ou à la suppression de l'exposition.
- **Protéger** consiste à agir sur le niveau d'atteinte de la personne en atténuant le risque reçu, l'action porte donc sur la **gravité.**
- La prévention est toujours préférable à la protection même si elle ne s'y substitue pas.

La protection est elle-même à envisager sous les angles, individuel et collectif. La gestion des protections individuelles par les personnes pose souvent des questions liées aux contraintes d'utilisation (elles sont à

intégrer dans l'organisation des tâches au même titre qu'une tâche de travail) et au fonctionnement collectif qui peut se trouver entravé du fait de leur usage. Aussi, privilégier la protection collective chaque fois que possible doit être un objectif toujours présent dans l'étude des solutions.

Au-delà de ces deux niveaux, le choix d'une catégorisation pour la recherche de solution permettra une étude plus structurée et systématique des potentialités à envisager.
La catégorisation des mesures selon les 3 axes, organisationnel, matériel et humain, permet de balayer dans sa globalité ce qu'il est possible d'envisager. Encore faut-il que ces 3 éléments soient considérés dans toute leur définition et dans leur interaction.

Des mesures en termes de moyens organisationnels et humains se centrent davantage sur la prévention (mesure de fond). De même, l'axe matériel ne peut pas se résumer à des commandes de matériel (EPI, équipement et moyens de travails) mais doit également favoriser la réflexion sur leur coordination qui permet de repenser le processus de travail et le poste (par exemple : achat chaise à roulette, lève malade : quels sont les changements induits dans les pratiques de travail et le collectif ?).

4.2 - Les grandes phases de la démarche au CHU

En 2005, le CHU avec un accompagnement de la CDC, définit des étapes pour construire une démarche d'évaluation des risques en vue d'établir le document unique. Cette démarche doit pour le CHU permettre de structurer une méthode d'analyse propre et «devra être réalisée dans l'esprit d'apporter au Fonds de prévention, des enseignements généralisables et partageables à d'autres établissements ou collectivités» (cf. annexe - cahier des charges).

4.2.1 - La démarche dans sa globalité

La démarche envisagée par le CHU comprend 7 phases avant la mise en œuvre « grandeur nature » de l'ERP sur l'ensemble du CHU :

Phase 1 : Liste des dangers
Phase 2 : Définition du champ d'étude
Phase 3 : Identification et évaluation des risques par la mise en place d'une démarche pluridisciplinaire et participative (groupe test)
Phase 4 : Elaboration et suivi du plan d'action pour le groupe test
Phase 5 : Synthèse et étude du déploiement pour le site pilote
Phase 6 : Déploiement à l'ensemble du pôle pilote
Phase 7 : Bilan global et enseignements généralisables

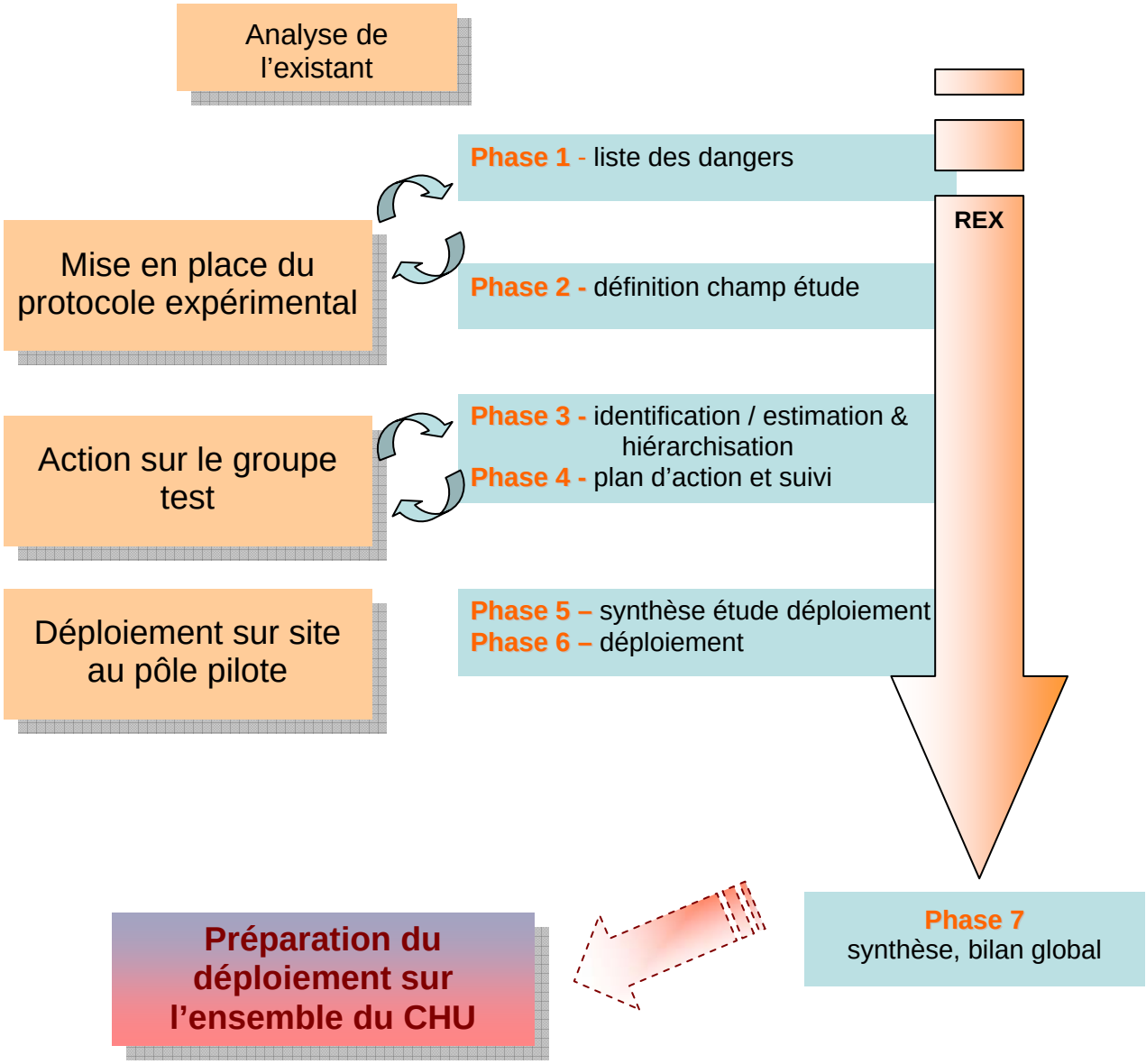
- La phase N°1 porte sur l'ensemble des services de la collectivité.
- Les phases N°2, 3 et 4, portent sur les unités de travail du **groupe test** et visent à structurer la démarche d'évaluation, à tester en situation ce processus (méthodes et référentiels pour les investigations, le dialogue, l'analyse, la formalisation, la planification et l'évaluation…).
- La phase N°5 à partir des **enseignements** tirés des travaux précédents, définit les conditions et le **processus pour assurer l'élargissement** progressif de la démarche d'évaluation des risques professionnels à l'ensemble du pôle pilote.

- La phase N°6 met en œuvre les principes et le programme défini en phase N°5 pour la totalité des unités de travail du pôle pilote à titre à la fois de confirmation expérimentale, **(déploiement site pilote)** et de lancement de la généralisation du document unique à l'ensemble des pôles du CHU.
- La phase N°7 qui tire les **enseignements généralisables** pour le Fonds de prévention à partir de cette expérience de la collectivité.

Ainsi chacune des phases doit permette d'avancer dans la construction d'une démarche applicable à terme à l'ensemble du CHU, et dont les enseignements pourront être généralisables et transférables à d'autres établissements (cadre du contrat avec la CDC).

Le schéma suivant visualise ces différents points du cahier des charges de la démarche (cf. annexe 8).

Les grandes phases de la démarche ERP au CHU :



4.2.2 - Descriptif phase par phase

Dans cette partie nous allons présenter de manière synthétique les résultats de chacune des phases, les acteurs et contributions des différentes instances au projet, le déroulement temporel du projet dans ces grandes lignes.

PHASE 1 : ETABLIR LA LISTE DES DANGERS

Objectifs : Elaborer un référentiel des dangers potentiels le plus exhaustif possible, adaptés aux différentes activités rencontrées au CHU (quelque soit les métiers).

Période de réalisation, rôles des différents acteurs concernés : dès le lancement du projet (juin 2005) à novembre 2005.

Le référentiel construit par l'IHS, a ensuite été validé par le groupe projet, pour donner lieu à un livrable (novembre 2005) qui reprend l'outil, ses critères de construction et son mode de validation.

En parallèle à ce référentiel, l'IHS a organisé la structure de fiche- guide pour les différentes classes de dangers. Ces fiches devaient se construire à l'aide d'experts CHU au fur et à mesure des besoins et des disponibilités des experts des différents dangers. La coordination avec différents experts internes étant consommatrices de ressources, les experts ne pouvant être trop sollicités comme rédacteurs sur l'ensemble de la démarche, les données sur les risques spécifiques ont au final été intégrées par l'IHS dans d'autres outils d'aide. Ce point a permis que les données utiles à la méthode soient inscrites dans la démarche de manière opérationnelle.

PHASE 2 : DEFINIR LE CHAMP D'ETUDE

Objectifs : Désigner le pôle pilote et le groupe test pour mettre en œuvre la démarche au niveau expérimental. Définir les unités de travail.

Période de réalisation, *rôles des différents* acteurs concernés : cette phase s'est déroulée de juillet 2005 à novembre 2005

Le groupe projet a proposé des critères et des indicateurs pour définir le pôle pilote et le groupe test en juillet 2005. En octobre 2005, le comité de pilotage se réunit, le choix du pôle pilote et du groupe test est ensuite ratifié par le directeur général, le président de la CME et de la DRH. Le livrable traçant cette étape est formalisé début novembre.

En octobre 2005, une présentation de la démarche prévue à la direction du pôle est assurée par l'IHS.

En juillet 2005, la rédaction de l'appel d'offre en vue de sélectionner un consultant externe comme ressource sur la démarche est gérée par le chef de projet, la CDC et l'IHS en complément, après validation des attentes auprès du groupe projet. En septembre 2005, les réponses à l'offre arrivent, les consultants présélectionnés sont audités par la CDC, le chef de projet, un médecin représentant du groupe projet, un représentant du service qualité, l'IHS.

Le choix du Cabinet Squadra est ratifié en novembre 2005.

La démarche participative et pluridisciplinaire commence à se structurer sur les décisions utiles à l'avancée du projet. Le groupe projet se réunit régulièrement.

En novembre 2005, un 1er contact avec la CVR (site pilote) est pris pour organiser une visite des services assortie d'une réunion de travail avec le cadre supérieur de santé et les 3 cadres de santé des unités constituant le groupe test. Lors de cette réunion de travail, l'organisation du projet, la méthode prévue et les différentes phases d'action et leur calendrier sont présentées au groupe intermédiaire de travail CVR par l'IHS, le consultant externe, un médecin du travail du groupe projet.

Le délai fixé pour le recueil de données (de novembre 2005 à janvier 2006), l'organisation de l'action avec formation / information de certaines membres de la CVR, la demande de mobilisation des soignants et cadres de l'unité pour le recueil de données sont considérés comme trop courts, trop mobilisateurs en ressources internes à cette période de l'année. Le projet au démarrage manque encore de visibilité pour les personnels de la CVR qui acceptent d'être site pilote, acceptent d'ouvrir leur service mais souhaitent que les analyses soient menées par une équipe dédiée au projet, équipe spécialiste de la question.

Comme dans toute action de ce type des interrogations sur les spécificités du projet, sur la quantification des temps à allouer, sur « le mélange des genres », sur l'intérêt de la démarche participative, sur les sorties attendues et l'utilisation ultérieure des résultats apparaissent. La crainte d'une remise en cause du management au niveau de la protection des agents apparaît.

Autant de points qui ne peuvent être résolu sans une communication fréquente, des garanties sur la finalité du projet, une réassurance sur les qualités des personnes assurant les analyses de données.

En décembre 2005 une autre communication sur le projet et la méthodologie prévue a lieu face à l'ensemble du personnel à l'occasion du conseil du pôle.

Pour répondre au manque de disponibilité des personnels du service, aux périodes de congés, à la spécificité de l'analyse des situations de travail au regard des risques professionnels, un changement d'organisation des recueils est organisé et présenté en groupe projet pour analyse, au comité de pilotage pour validation. Cette organisation est structurée sur la base d'entretien semi directif et d'observation terrain menées par l'EO.

Les 1ers relevés terrain sont réalisés par l'IHS en parallèle à ce remaniement. A ce moment, le projet est encore en construction « d'identité » sur le terrain. La proximité des termes risques sanitaires et risques professionnels crée de la confusion sur l'objet de la démarche.

Parallèlement et à la demande du chef de projet, les prestataires interne et externe (l'IHS et Squadra) revoient l'organisation des journées prestation et la définition de l'action en fonction des nouvelles contraintes.

Au vu de la dispersion des données sur l'existant, Squadra structure une fiche synthétique d'identification des pôles avec des indicateurs de type absentéisme, maladies professionnelles effectif. … qui n'a pu être renseigné cpte tenu de la difficulté à rassembler des données éparses. Outil utile car il donne un premier niveau d'info sur les UT que l'on va observer (fonction de préparation).

PHASE 3 : IDENTIFICATION ET EVALUATION DES RISQUES – GROUPE TEST

Objectifs : Mettre en œuvre un processus d'évaluation des risques professionnels sur un groupe test pour le recensement et l'évaluation des risques. Cet objectif impliquait de construire des supports pour l'identification des risques, l'évaluation de leur criticité, de mettre au point des méthodes de fonctionnement et de les tester, d'initier la mise en place de la démarche participative.

Période de réalisation, rôles des différents acteurs concernés : La phase de recueil et d'analyse de données au CVR, initiée en novembre 2005, s'est déroulée de janvier 2006 à avril 2006. En mai 2006 un 1er bilan du groupe test est réalisé en groupe projet. En juin, le retour d'expérience sur l'action est formalisé et discuté en groupe projet. En juillet 2006, des décisions de fonctionnement sont prises.

Au début de cette phase, la méthode consistant à observer et faire les relèves avec les soignant comme ressources est abandonnée au profit d'entretiens semi directif avec les personnels des sites et d'observation terrain gérées par l'IHS, des membres de la future équipe opérationnelle, et Squadra très ponctuellement.

La demande de ressources pour mener l'action est posée. Les infirmières de médecine de travail sont positionnées comme ressources potentielles au vu de leurs connaissances métiers et pour certaines de leur formation soit en risques professionnels, soit en hygiène et sécurité domaine considéré comme proche à partir duquel une sensibilisation à la méthode de l'évaluation des risques professionnels est envisagée.

En janvier 2006, des outils de conduite de projet sont proposés par Squadra afin de piloter et suivre le projet tant au niveau du groupe projet que de l'équipe opérationnelle. En février, le rôle des différentes instances est cadré, la mission de chacun des acteurs formalisée par une lettre de mission. Un nouveau chef de projet est nommé sur l'action. En avril 2006, les lettres de mission sont signées par les différents acteurs et le directeur des ressources humaines, formalisant ainsi l'engagement de la direction sur le projet.

En mars 2006, le comité de pilotage au vu des données présentées sur la démarche et les ressources à mettre en place, repositionne le projet dans le temps et propose une fin de projet au mois de février 2007. A cette période, différentes ressources sont envisagées.

Les ressources prévues pour l'équipe opérationnelle, sont la mise à disposition par les différents services de 3 compétences différentes : une IDE du service des maladies professionnelles, une interne du service de médecine du travail, un métrologue du service de maladies professionnelles. En complément de l'IHS dont le temps terrain est évalué sur le groupe test à 20%, on a pratiquement deux temps plein en ressources allouées. Au vu des besoins sur l'ensemble de la démarche, des stagiaires du CHU sont prévus en fonction des périodes de charge soit pour compléter des données, soit pour participer aux recueils terrain. Cette répartition prévisionnelle des ressources respecte une fois de plus la volonté de démarche pluridisciplinaire dans la mesure où les membres de l'EO sont issus de cursus, secteur de travail et/ou métiers différents.

Cependant, les contraintes organisationnelles du projet, le travail sur les autres missions des membres de l'équipe opérationnelle n'ont pas permis dans la réalité de disposer de ressources formées et pérennes pour d'application de la méthode au groupe test. Essentiellement une IDE à mi temps sur certaines périodes de la phase test, de manière ponctuelle l'interne en médecine constituent les ressources à disposition et à encadrer, informer, former à la démarche pour l'IHS responsable de « l'équipe opérationnelle»

Au niveau du groupe projet, la pluridisciplinarité du départ est stabilisée, une secrétaire et une personne pour le suivi informatique- choix du logiciel sur le projet viennent renforcer le groupe projet.

De plus, des personnes du service communication, du service gestion de l'absentéisme sont positionnées comme ressources dans la démarche. Ces différentes personnes, ont eu du mal à participer au projet et à

fournir des données dans la mesure où le suivi de la démarche leur était étranger et où les outils de communication sur le projet n'étaient pas encore construits.
Au niveau des outils de suivi et d'évaluation des éléments se mettent en place. La construction des outils d'évaluation[10], la mise en place d'une méthode de travail, commencées au démarrage du projet, peuvent être considérées comme lancées lorsque la grille d'analyse des risques et la matrice de criticité des risques sont validées par le groupe projet aux mois de septembre puis de novembre 2005. A partir du mois de janvier 2006, une fiche de suivi des temps est régulièrement renseignée par l'équipe opérationnelle et envoyée à Squadra pour en faire la synthèse et l'analyse.

Au niveau du matériel, la demande de disposer d'outils informatique facilitant la saisie des données et leur référencement est posée mais reportée dans le temps.

En mai 2006, Squadra participe avec le groupe projet à la réalisation d'un 1er bilan de faisabilité de la démarche au vu des résultats sur le groupe test.

Les difficultés rencontrées pour mobiliser une équipe opérationnelle pérenne, pour obtenir des ressources tant au niveau du matériel informatique que des personnels expliquent en grande partie le retard pris dans l'avancée du projet. Les relevés se sont étalés sur 5 mois en terme d'intervalle à raison de 0,5 j à 1 jour par semaine pour l'IHS sur les 3 unités de travail, la durée calendaire a été fortement impacté par la formation/information de plusieurs personnes non pérennes, l'indisponibilité à cette période d'un cadre de l'unité, le nombre de communications institutionnelles à réaliser pour informer les différentes instances de l'avancée du projet…. .La durée consacrée aux relevés est aussi consécutive aux phénomènes de « résistance » manifestés par les services, qu'il a fallu gérer en prenant du temps pour expliciter davantage le projet et l'implication du service. Bien que chronophage, cette attitude a désormais des effets positifs sur les comportements constatés par le cadre de santé, notamment sur les commandes de matériels.
Suite à cet étalement dans le temps des questions sur le changement de méthode, d'outil de relevés ont vu le jour. Différentes alternatives sont alors proposées pour assurer une faisabilité au futur déploiement.

Pour le déploiement, la possibilité de disposer de 2 IDE du mois d'octobre 2006 à janvier 2007 semble constituer une ouverture, mais décalerait le projet d'autant (soit la fin du déploiement en février 2007, la synthèse des enseignements en mars 2007 avant la mise en œuvre du déploiement sur l'ensemble du CHU).

La priorité du groupe projet devient la mise en œuvre du déploiement sur le site pilote afin de pouvoir ensuite assurer un déploiement à l'ensemble du CHU et un livrable à la CDC dans un délai raisonnable.
Les ressources de l'équipe opérationnelle sont encore incertaines, la formation et l'information des personnes à (re)construire. A ce stade, le projet est lancé sur le terrain, des données pertinentes ont été recueillies, les personnes associées à la phase test commencent à adhérer à la démarche tout en ayant conscience du temps nécessaire à une analyse pertinente, mais la question du dimensionnement de l'action et de sa faisabilité, des attendus se pose à nouveau. On arrive ici à la phase de consolidation et d'interrogation sur la validité de l'investissement dans un tel projet.

En juin, un retour d'expérience sur cette phase, sur l'initialisation du plan d'action sur le groupe test (phase 4) est formalisé par Squadra. Ce retour permettra de poser les bases des outils de la démarche à conserver, des points de méthode considérés comme valides, des ressources stagiaires à éviter, des moyens de management à mettre en œuvre, des ressources EO et personnels des sites à informer et former pour gagner du temps en adhésion et cohérence au projet.

En juillet 2006, une proposition de formation/sensibilisation à la démarche d'évaluation des risques est positionnée. Cette décision permettra de prévoir une formation en septembre 2006 afin d'anticiper et donc de faciliter le déploiement sur le site pilote prévu en octobre 2006.

[10] Cf. annexe 4 grille de receuil

PHASE 4 : ELABORATION ET SUIVI DU PLAN D'ACTION

Objectifs : Construire un plan d'action correspondant aux unités de travail évaluées (groupe test). Mettre en place le suivi de la mise en œuvre des plans d'action

Période de réalisation, rôles des différents acteurs concernés : Les propositions de plans d'actions ont été recueillies en parallèle au recensement et à l'évaluation des risques pour le groupe test. Cette phase de recueil d'information, de formalisation et de présentation des évaluations des risques aux unités du groupe test a été finalisée début juin 2006. Le choix des plans d'actions parmi ceux proposés, le mode de suivi de la mise en ouvre a été reportée après la phase de déploiement au vu du retard pris sur le projet, soit une 1er réunion du groupe validation en février 2007.

Le fait de procéder pratiquement au même moment que l'analyse des risques au recensement des propositions de prévention des risques et de la protection des agents, facilite le travail de cohérence de l'évaluation pour une unité de travail. Cette organisation permet de donner une vision globale de la démarche aux acteurs de sites. Dans la mesure où la démarche participative est possible, le fait de réfléchir avec les agents de terrain aux actions d'améliorations possibles est un atout qui facilite à terme la mise en place et le suivi du plan d'action adopté.

En revanche, pour pouvoir finaliser le document unique et éviter un éparpillement des mesures de prévention, il reste utile de disposer d'une instance plus générique qui validerait des propositions, déciderait des actions prioritaires à mettre en place au niveau d'une unité de travail mais aussi de manière plus globale au niveau d'un pôle voire de l'ensemble du CHU. Comme le mentionne le groupe projet en juillet 2006, « le choix des actions préventives ne peut être pris uniquement par les encadrements mais nécessite une réflexion en prenant en compte leurs suggestions, celles des personnels et les orientations politiques et budgétaires (du CHU)».

Ce rôle a été dévolu à un groupe de validation, groupe dont la composition a été décidée en novembre 2006. Le groupe de validation s'est ensuite réuni en février 2007 pour examiner les différents plans d'actions mais aussi les contenus des évaluations effectuées sur les 8 sites analysés lors du déploiement au pôle pilote.

Organiser des propositions d'actions nécessite une vision globale des risques pour une unité voire un pôle, nécessite des regroupements de problématiques risques ou d'axes de propositions utile pour organiser les moyens à mettre à disposition, la temporalité de l'action et nommer un référent responsable de l'action.

Ainsi des moyens tels qu'une cartographie des risques, une définition d'un vocabulaire minimum pour structure les propositions d'action, la mise en place de tableau de bord de suivi doivent être mis en place pour faciliter ce travail. En juin 2006, une cartographie des risques est proposée, une réflexion sur ce point est entamée puis reportée au profit de la mise en place du déploiement.

De la même manière, réfléchir au suivi du plan d'action implique que les améliorations réalisées soit portées à la connaissance du responsable ERP de façon, le cas échéant, à agir ou à apporter de l'aide en cas de difficultés ou de réduction de ressources. Ce travail de suivi, à la fois technique et méthodologique (apport de compétences) est aussi utile pour inclure les actions de prévention dans l'actualisation du DU.

Au CHU l'actualisation du DU est prévue tous les 2 ans. Dans la mesure où la pérennité du poste de l'IHS est encore incertaine, où les instances de pilotage et de suivi ont été créées pour le projet sans encore savoir ce qu'il en adviendra pour la suite, la mise en place de tableaux de bord de suivi, la définition des modes de coopération suite aux aménagements sont difficiles à prendre en compte à ce stade de la démarche. Pourtant il est important de réfléchir dès lors aux outils qui permettront le suivi du plan d'action pour l'actualisation du DU.

PHASE 5 : SYNTHESE ET ETUDE DU FUTUR DEPLOIEMENT AU SITE PILOTE

Objectifs : préparer le déploiement de la méthodologie sur le pôle pilote

Période de réalisation, **rôles des différents acteurs concernés** : mai 2006 à juillet 2006.

En mai 2006, au vu des décalages temporel du projet, le groupe projet décide de placer l'organisation du déploiement en priorité, le suivi du plan d'action est décalé dans le temps au profit cette phase d'étude du déploiement. Comme mentionné, en juin 2006, l'analyse de retour d'expérience Squadra et groupe projet suite au groupe projet (phase 3 et en partie 4) est finalisé.

En juillet, les bases pour mettre en œuvre le déploiement sont fixées et en septembre 2006 ces éléments sont organisés tels que prévus, soit :

Une connaissance de l'action pour les personnels des unités concernées et de l'équipe opérationnelle. Ce point est réalisé par le biais d'une plaquette d'information diffusée à l'ensemble des personnels de la CVR, d'un poster, d'une sensibilisation/formation des acteurs du déploiement (CVR + EO).

Le périmètre de l'action est défini puisque les 8UA à analyser sont identifiées, le planning de l'action et le temps de mobilisation de chacune est cadré.

Une méthode d'analyse des risques est en place sous la forme d'entretien semi directif et d'observation menées par les membres de l'équipe opérationnelle avec apport des cadres de santé puis des agents des sites en fonction des besoins.

Une démarche participative
Le protocole d'action[11] et de validation des recueils par les acteurs du site est structuré conservant la notion de démarche participative et pluridisciplinaire souhaitée.

Des outils de formalisation et de saisie des données sont en place sous la forme de grille de relevées de type Excel, de guide à l'analyse, de la mise à disposition d'ordinateurs pour les membres de l'EO.

Les moyens et ressources pour assurer l'avancée du terrain et rendre compte de l'action sont organisés. L'IHS, responsable de l'EO a en charge le management et la mise en place de réunion de coordination avec les 2 IDE placées à mi temps sur le projet. Le responsable de l'EO relais auprès du groupe projet y participe en tant que responsable adjoint du projet. Des outils de suivi des temps de l'EO sont mis en place. Le retour d'expérience de cette phase et son analyse sont dévolus à Squadra

PHASE 6 : DEPLOIEMENT SUR L'ENSEMBLE DU POLE PILOTE

Objectifs : Réaliser le déploiement de l'évaluation des risques sur l'ensemble du site pilote

Période de réalisation, rôles des différents acteurs concernés : septembre 2006 à février 2007

Sensibilisation/ formation des personnes
En septembre 2006 comme prévu, la mise en place de la sensibilisation/formation[12] a lieu. Cette action permet aux cadres de santé et aux membres de l'équipe opérationnelle d'entendre un même discours sur le

[11] Cf. annexe 3. Protocole de travail
[12] cf annexe 7

contexte d'analyse des risques professionnels, le cadre réglementaire, les notions de dangers et risques professionnels, les attendus et le mode d'organisation du projet tel qu'il est prévu, en particulier lors de la phase de déploiement au site pilote. Deux autres journées étaient plus spécifiquement consacrées aux membres de l'EO pour une approche des techniques d'entretien, une présentation des outils et de leur mode de renseignement, une sensibilisation aux modèles d'analyse de risques professionnels, une découverte des tableurs informatique à utiliser pour les relevés.
Le fait d'informer / former au même moment des personnels de fonctions/métiers différents a favorisé l'initialisation d'un regard commun sur le projet et le contexte réglementaire de la démarche.
La mobilisation du cadre supérieur de santé à l'ouverture du stage a aussi été un élément favorable d'adhésion des équipes dans la mesure où il a intégré la démarche, qu'il a eu le temps de s'approprier alors la phase test, est arrivé à en parler de manière constructive en abordant les atouts et les écueils à éviter.

Communication sur la démarche
En octobre 2006, les supports de communication institutionnelle existent et sont diffusés tant en interne (plaquette de présentation et poster, « revue » trait d'union)[13] qu'en externe (salon Préventica Toulouse, table ronde CDC). L'existence de supports officialise la démarche, rend compte de l'engagement de la direction et des différentes instances dans le projet, clarifie les contributions et la finalité de l'action, soit autant d'éléments facilitant le projet.

Les ressources humaines
En octobre 2006, l'EO effective comprend 2 IDE à mi temps sur le projet et l'IHS pour assurer des recueils de terrain, prendre en charge le suivi des IDE, être un relais auprès du groupe projet, être un acteur du suivi et du pilotage de l'action au niveau opérationnel.

Au lancement du déploiement les deux 2IDE ont souhaité travailler en binôme puis ensuite prolonger ce mode d'organisation. Si le responsable EO et le groupe projet ont accepté ce point au lancement pour compléter la formation des IDE, cette organisation est ensuite difficilement gérable au vu des ressources temps allouées pour le déploiement, au vu des contraintes d'emplois du temps respectifs qui sont à coordonner. A cette époque, les deux IDE participent aux réunions du groupe projet, réunions qui continuent à se tenir régulièrement une fois pas mois, ce qui pénalise d'autant le temps passé à l'analyse.
Les contraintes d'organisation du travail tant au niveau des mi-temps hors ERP, que sur le projet, les contraintes de calendrier dues au fonctionnement des services de la CVR pour la prise de rendez vous sont des éléments complexes à gérer dans un tel projet. Cependant, au final la mobilisation de chacun sur le projet a permis de réaliser les recueils sur les 8 UA définies dans les temps impartis.

Ressources matérielles
Au lancement du déploiement, le problème de la non disponibilité des outils informatiques a pénalisé le recueil et le traitement des données.

Une démarche participative
Le protocole d'action défini [14] prend en compte le management local pour les relevés terrain et les plans d'actions. Il associé les différents agents et les implique tant dans l'analyse des risques que dans les propositions d'actions de prévention. Il valorise le rôle de management pour la gestion de la santé et de la sécurité sous réserve qu'il soit suivi dans la procédure. A ce titre, des différences sont apparues au niveau de l'EO dans la mise en œuvre des étapes. Sur ce point, la formalisation écrite du protocole sur un support, autre que celui de la formation, permettrait d'une part de visualiser le protocole, d'autre part de constituer un guidage supplémentaire à la démarche.

Une adhésion à la démarche

[13] cf annexe 6
[14] cf. annexe 3

Au-delà de la mise en œuvre du document unique sur les UA, la finalité de la démarche est intégrée par les cadres de santé de la CVR qui ont participé au projet et ont mobilisé leurs agents pour mettre en place les réunions de restitution validation. Au final, les cadres de santé ont souhaité la mise en place de l'analyse des risques sur leur activité d'encadrant. Ainsi, le management de la santé et de la sécurité est initié et pourra être prolongé efficacement dans le cadre du suivi, puis de l'extension de la démarche à l'ensemble des métiers de la CVR.

Les outils de formalisation des données

En septembre 2006, à l'occasion de la remise en forme informatique de la grille d'évaluation, des transformations ont été opérées. Ce point pose la question de la lisibilité des outils et de leur fonction de guidage, d'appropriation des modèles d'analyse sous jacents. La grille, comme tout outil de travail, reflète une philosophie d'action, prend en compte un ou plusieurs modèles d'analyse, structure la représentation. Modifier ou supprimer des éléments, des termes d'un outil en change le sens et demande la mise en œuvre de régulations sur le terrain, régulations dont on analyse a posteriori les facteurs explicatifs.

PHASE 7 : BILAN GLOBAL ET ENSEIGNEMENTS GENERALISABLES

Objectifs : Formaliser l'expérience acquise. Structurer un document pour le transfert à d'autres établissements

Période de réalisation, rôles des différents acteurs concernés : de fin mai à mi juillet 2007.

En janvier 2007, le groupe se réunit pour faire un 1er bilan du déploiement sur le site pilote. A cette occasion, Squadra présente une synthèse des points forts, un retour sur le contenu des analyses effectuées et le suivi des temps pour les membres de l'EO.

De mars à juillet groupe projet poursuit la structuration de l'action sur la phase 4 (élaboration et suivi du plan d'action), phase reportée dans le temps, et se penche sur l'organisation à mettre en place en vue du déploiement à l'ensemble du CHU.

Fin mai, le groupe projet souhaite disposer d'une synthèse des phases 4 et 6 pour continuer à avancer sur l'organisation de déploiement. Ces deux retours d'expérience sont structurés par Squadra en juin 2007.

Ainsi, suite au déploiement, différentes étapes et actions ont lieu en parallèle dans le but de finaliser les 7 phases de la démarche et de mettre en place le cadre utile au déploiement à plus grande échelle.

Les questions des ressources humaines et matérielles à disposition, de l'organisation du pilotage et du suivi du déploiement au CHU se posent. Au niveau de l'EO, les profils à introduire et les formations à mettre en place nécessitent des ressources. Le type de contribution à demander aux 2 IDE ayant participé au déploiement est posée dans la mesure où depuis mars 2007 chacune a réintégré son service à temps plein. L'organisation de leur remplacement sur un mi temps ou le remplacement d'autre personnel nécessite d'être programmé à l'avance et organisé afin de potentialiser les temps de présence sur l'ensemble des différents projets comme l'a montré l'expérience acquise. Au niveau de la conduite de projet la question des temps à allouer et des structures à mettre en place reste d'actualité.

En juillet 2007, Squadra structure le retour d'expérience sur l'ensemble de la démarche.

✓ Synthèse des réalisations lors des différentes phases[15]

Phase	Ce qui a été fait	Contribution – qui l'a fait
Phase 1 : Liste des dangers	Recrutement prestataire interne IHS Référentiel dangers	IHS validation groupe projet
Phase 2 : Définition du champ d'étude	Choix du site pilote et du groupe test Rédaction cahier des charges projet Sélection consultant externe Grille analyse existant	Groupe projet, validation Directeur Général, DRH, Président CME, Chef de projet- CDC CDC, chef de projet, médecin représentant du groupe projet, représentant du service qualité, l'IHS Squadra
Phase 3 : Identification et évaluation des risques par la mise en place d'une démarche pluridisciplinaire et participative (groupe test)	Définition du rôle des différentes instances Mise en place d'outil de pilotage et de suivi (Lettre de mission, fiche relevé des temps) Allocation IDE mi temps pour assurer relevés terrain Mise en place d'outil d'évaluation des risques (grille d'évaluation des risques, pré repérage et référentiel dangers, matrice de criticité) Evaluation des risques sur 3UA Retour expérience sur l'action	Squadra et prestataire interne, gpe projet, comité pilotage IHS, Squadra, validation groupe projet, DRH, Service maladies professionnelles IHS, validation gpe projet IHS, participation IDE Squadra puis réunion groupe projet
Phase 4 : Elaboration et suivi du plan d'action pour le groupe test	Plan d'action pour le groupe test Mise ne place groupe validation (suite à la phase 5) Retour expérience sur l'action	IHS avec les personnels des sites Groupe projet et IHS Squadra puis réunion groupe projet
Phase 5 : Synthèse et étude du déploiement site pilote	Organisation du déploiement	Groupe projet, IHS Squadra
Phase 6 : Déploiement à l'ensemble du pôle pilote	Allocation ressources EO : 2 IDE à mi temps pour assurer les relevés terrain + 1 IDE à temps plein sur deux services pour compenser absence des IDE dévolues à l'ERP Formation des cadres des UA et des membres de l'EO Mise en place outil de communication Réajustement d'outils ERP (grille d'évaluation des risques, pré repérage et référentiel dangers, référentiel d'analyse des situations dangereuses..) Evaluation des risques sur 8 UA Bilan de l'action Retour expérience sur l'action	Médecine du travail, service maladies professionnelles Squadra Service communication, gestion des risques, IHS, groupe projet IHS EO et personnels des sites Squadra puis groupe projet Squadra
Phase 7 : Bilan global et enseignements généralisables	Formalisation bilan et repères pour la généralisation	Squadra et groupe projet

[15] cf annexe 9 planning projet global récapitulatif

4.3 - La mise en œuvre du projet

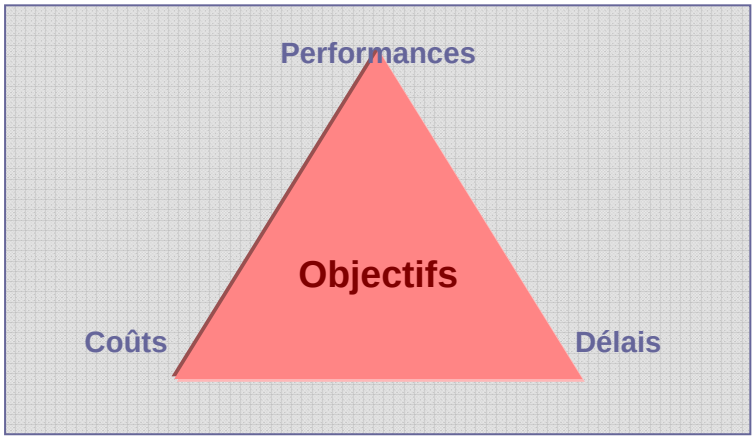
4.3.1 - Les principes génériques de la conduite de projet (pilotage et suivi)

Parce qu'un projet est une activité différente des autres activités de l'établissement, généralement récurrentes et stables, il convient de le traiter comme tel et de mettre en place les structures et les processus pour atteindre le niveau de performance souhaité. La nature de mission étant différente, un projet n'est pas une opération, il faut parfois remettre en cause les modes de fonctionnement traditionnels pour mettre en place des modes de fonctionnement adaptés aux finalités.

Notons toutefois qu'en fonction de la nature du projet, il faudra en adapter les composantes. Dans le cadre d'un projet expérimental comme l'évaluation des risques au CHU, l'objectif est bien sûr d'obtenir des résultats sur les analyses réalisées mais également de produire un savoir (retour d'expérience) sur son fonctionnement dans une organisation donnée. L'objectif était donc tout autant de tester la mise en œuvre de méthodes dans le contexte de l'hôpital que d'en déterminer les délais de réalisation.
L'objectif de ce chapitre est de présenter les principes génériques d'une conduite de projet, trop souvent négligés et pourtant essentiels pour atteindre les résultats a fortiori sur de grands ensembles.

La conduite de projet implique de fixer des objectifs cadres

La mise en place d'une conduite de projet vise à gérer les différents objectifs assignés au projet. Généralement catégorisés en performance, coûts et délais.



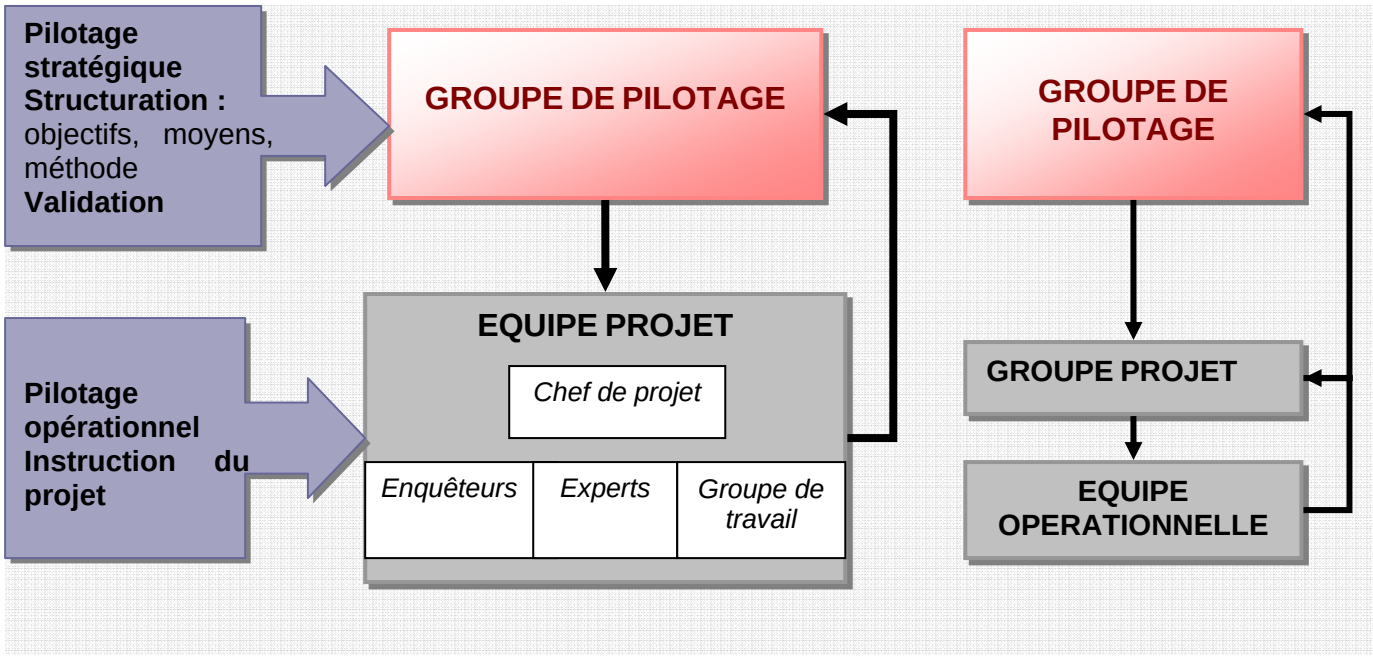
Ces éléments sont fournis pour structurer l'évaluation de l'avancement de la démarche aux différentes étapes fixées dans le projet. Il convient donc de les fixer de façon réaliste par rapport à l'organisation et à la mobilisation des ressources.

Pour un projet d'évaluation des risques professionnels, ces 3 objectifs peuvent être déclinés ainsi :

- ✓ Les performances attendues, peuvent être quantitatives (fixer un nombre d'analyses de risques, ou d'unités à évaluer mensuellement) et/ou qualitatives (niveau d'approfondissement de l'analyse dans les unités de travail) ;
- ✓ Les coûts résultent de la somme des besoins matériels à investir et du temps passé par chaque membre dans les différentes tâches ;
- ✓ Les délais, sont d'une part ceux fixés pour l'échéance du projet et d'autre part, ceux estimés par le chef de projet pour la réalisation des différents processus de travail. Il s'agit ici de fixer des périodes de réalisation et des délais qui seront ensuite affinés au fur et à mesure d'avancement de la démarche.

La conduite de projet implique de mettre en place des structures

Deux niveaux de pilotage sont généralement considérés : le niveau stratégique et le niveau opérationnel. L'un oriente et structure, tandis que l'autre définit et réalise. Dans les faits, décliner ces 2 niveaux n'implique pas uniquement 2 équipes distinctes, il peut très bien être envisagé de scinder l'un ou l'autre des niveaux en fonction du type d'organisation dans lequel on se trouve.



Généralement nommées sous le vocable équipe projet et groupe de pilotage, elles ont des missions bien distinctes :

- ✓ Le niveau de décision stratégique définit le cadre et les objectifs mais également spécifie les méthodes et fournit les moyens pour la réalisation du projet. Il contribue à chaque étape du projet, à l'évaluation de l'avancement, au respect des méthodes et des objectifs, apporte des réponses aux problèmes soulevés par le chef de projet.
- ✓ L'équipe projet, coordonnée par un chef de projet, peut être à dimension variable en fonction des étapes du projet, tant dans ses effectifs que dans ses compétences. Elle réalise le projet dans les conditions fixées par le chef de projet et validées par le comité de pilotage. Le chef de projet a un rôle prépondérant dans le déroulement du projet puisqu'il va définir la réalisation de l'action, coordonner des ressources, s'assurer de la compétence des ressources, planifier des tâches, …. Sa position de coordonnateur le rend garant des résultats quantitatifs et qualitatifs du projet.

La conduite de projet implique d'anticiper un déroulement

La définition et l'organisation du projet consistent à définir les étapes de travail pour atteindre les objectifs fixés. La planification des tâches et des ressources ainsi que des délais de réalisation réalistes sont les tâches de préparation à accomplir préalablement par le chef de projet.

Construire les processus de travail, soit l'enchaînement des différentes phases puis le contenu de celles-ci en affectant les RH et les besoins logistiques, permet de définir aussi le rôle opérationnel de chacun.

Il est important que le projet cadre ce dernier de façon à ce qu'il n'y ait pas d'interprétation possible et singulière de chacun, que le chef de projet devra régler au quotidien. De même, identifier les compétences utiles est un exercice nécessaire pour évaluer les éventuels besoins en formation. Concernant l'évaluation des risques, si la connaissance des risques professionnels est une compétence nécessaire, des compétences en analyse de situations de travail constituent l'autre versant du pré requis, soit des aptitudes à la réalisation d'entretiens et d'observations dans un cadre d'analyse donné. L'acquisition de ces aptitudes suppose de la pratique –et pas simplement des connaissances- d'où un temps de formation qui en permette l'acquisition ainsi qu'un encadrement méthodologique des équipes.

Si dans la définition du projet, les tâches qui concourent directement à la production de l'objectif doivent être définies en priorité, il convient de ne pas négliger des processus « facilitateurs » qui permettront de visualiser le projet à tous les niveaux de l'établissement. L'évaluation des risques, parce qu'elle sollicite fortement les pôles et les agents, doit faire l'objet d'un plan de communication auprès des services et des pôles. L'information préalable aux analyses par voie d'affichage, par courrier électronique ou toute autre modalité adaptée en fonction du niveau hiérarchique, permet de mobiliser le personnel sur le besoin de leur contribution, et favorise l'anticipation et leur préparation des entretiens et observation. De même réfléchir à une charte graphique de communication va favoriser l'attention autour du projet, l'implication des acteurs identifier l'action.

Le choix du type de processus va impacter les délais et les résultats : si dans un « petit projet », on peut envisager un mode de fonctionnement en séquentiel et bénéficier d'un retour d'expérience à chaque étape en mesurant l'atteinte des objectifs de l'étape, dans un « grand projet », en premier lieu pour des raisons de délais, et parfois de coût, le travail en parallèle ou en ingénierie concourante s'avère nécessaire. L'ingénierie concourante vise à faire travailler en parallèle différentes compétences (ici par exemple des mesures acoustiques avec une analyse de situation de travail), en organisant les interactions utiles à la production de l'objectif commun. La gestion de processus parallèles est tout autant utile dans un projet d'évaluation des risques, pour faire avancer l'évaluation sur des sites et unités de travail différentes. Ces deux derniers modes d'organisation de processus sont bien sûr mobilisateurs en ressources simultanément mais ont l'avantage de maîtriser l'impact sur les délais.

Enfin la réalisation du projet est un processus dynamique dans le sens où quotidiennement des régulations doivent être mises en place par le chef de projet. Ces ajustements nécessaires sont dévolus au chef de projet, qui doit analyser les répercussions sur le reste du projet et prendre les décisions adaptées.

La conduite de projet implique de mobiliser des moyens humains et matériels

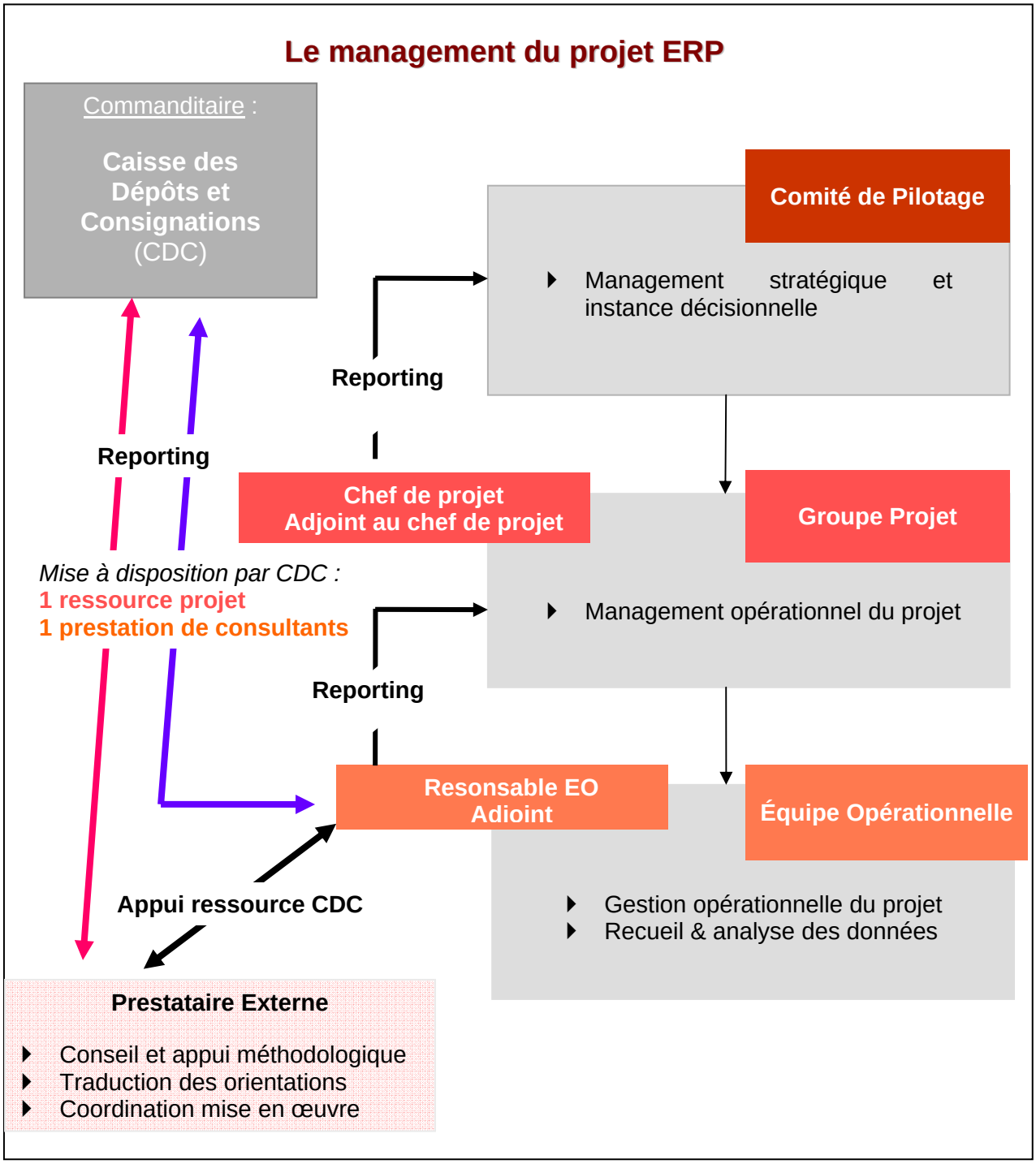
Les compétences utiles sont présentées dans le chapitre précédent. Envisager la formation est aussi un processus à positionner dans le calendrier du projet. Lorsqu'un tel niveau de compétence requis est à constituer, il convient de s'assurer dans le recrutement des personnes, qu'elles pourront s'investir de façon pérenne dans le projet sous peine d'impacter fortement les coûts et les délais et de retarder l'atteinte des objectifs.

A noter que la mobilisation de personnes dans un projet, parce qu'il requiert des aptitudes particulières, est aussi un bon moyen de reconnaissance professionnelle des personnes.

La synergie des compétences est nécessaire à un projet. Organiser des regroupements ou mettre en place des groupes de travail contribuent à enrichir la réflexion. Si les groupes de travail sont un bon moyen pour mobiliser les agents et enrichir le projet d'éléments de terrain ou de points de vue différents (pluridisciplinarité), il convient de le structurer pour éviter les dérives (des discussions qui n'aboutissent pas ou une remise en cause permanente) en posant clairement le rôle et les attributions des groupes.

4.3.2 - Les instances mises en place et leurs attributions

Le schéma suivant représente le management du projet ERP du CHU. Trois structures de management sont créées, elles bénéficient du consultant interne (ressource financée par la CDC) pour fonctionner et du consultant externe en appui méthodologique et coordination.



LE COMITE DE PILOTAGE

Instance décisionnelle et de management stratégique.

Gestion du C.P

- Responsabilité du projet : DRH
- Responsable du CP : Président du Comité de Gestion des Risques

Composition

Représentants du service qualité
Représentants du CHS-CT
Représentants groupe projet

Attributions

Définition des orientations et des étapes du projet
Arbitrages des choix
Validation des résultats

GROUPE PROJET

Instance de management opérationnel du projet. Le groupe projet définit les orientations et les étapes du projet, il valide les différentes étapes du projet, il rend les arbitrages en cours de projet et valide les résultats.

Gestion du G.P

Responsabilité du GP : médecin du travail doté en tant que chef de projet opérationnel, de fonction de coordination, gestion de la progression, animation du groupe et rend compte au comité de pilotage.

Adjoint : consultant interne (IHS) qui assure le lien entre l'équipe opérationnelle, l'équipe projet et le prestataire externe, participe à la mobilisation des membres du GP et de l'EO, fonction d'assistance et de conseil pour la réalisation des différentes phases du cahier des charges, interface avec la CDC.

Composition - Chaque membre a des attributions spécifiques[16] et spécifiées dans la lettre de mission.

- Médecin du travail
- 1 secrétaire de Médecine du travail
- Médecin du service des Maladies Professionnelles et Environnementales
- Membre de la DQES
- Informaticien
- Membre du CHS-CT
- Ingénieur Hygiène et Sécurité
- Cadre Supérieur de Santé
- Interne en Médecine du travail
- Métrologue
- Infirmière du service des Maladies Professionnelles et Environnementales

Attributions

- Gestion de la démarche et organisation de la faisabilité
- Réalisation du projet en lien avec l'EO
- Planification et respect du planning
- Suivi du projet et reporting auprès du Comité de Pilotage
- Assurer la validité méthodologique de la démarche mise en œuvre par l'équipe opérationnelle

Action des membres en fonction des compétences propres
Impulser une dynamique de la démarche

[16] Cf. Annexe 5

L'EQUIPE OPERATIONNELLE

Instance opérationnelle chargée de la mise en œuvre du projet dans les conditions fixées par le groupe projet.

Gestion de l'E.O.

Responsabilité de l'EO : consultant interne (IHS) avec les fonctions de management de l'EO, d'accompagnement dans l'utilisation de la méthodologie et de ses outils, de pilotage de la réalisation, bilan terrain.

Adjoint : cadre supérieur de santé du site pilote, participe à la mobilisation des acteurs, assistance conseil dans la réalisation des objectifs de terrain

Composition

Infirmière du service de maladies professionnelles et environnementales
Infirmière du service de médecine du travail
Ponctuellement une interne en médecine du travail

Attributions

- Réalisation des 1ères analyses des risques
- Proposition des moyens de prévention en collaboration avec les acteurs du terrain
- Test de la méthode sur groupe test, recueil des données, débat des outils utilisés pour l'ERP, construit un savoir faire à transmettre, fait évoluer les outils méthodologiques, réalise les fiches de risque, REX au projet
- Mise en œuvre de la méthode choisie pour la phase de déploiement

La construction des structures s'est faite progressivement. En 2005, le cahier des charges de la prestation prévoyait la mise en place de 2 instances : un comité de pilotage et un groupe projet. Début 2006 alors que la présentation de l'action est réalisée auprès du comité de pilotage, la question de la mise en place des structures opérationnelles se pose. Il est alors décidé de mettre en place 2 instances opérationnelles aux côtés du comité de pilotage : un groupe projet et un groupe de travail (l'équipe opérationnelle). La fonction opérationnelle est donc scindée en 2, d'une part une structure qui coordonne opérationnellement la démarche et d'autre part, une structure qui la réalise.

Il y a une volonté de construire une équipe d'intervention pluridisciplinaire (des personnes dotées de compétences en santé au travail, mais aussi qui ont une connaissance des services) et reconnue à terme comme une entité institutionnelle.
Des personnes ressources sont également identifiées : DRH pour les données AT/MP, un expert toxicologue, consultant extérieur (aide méthodologique sur la conduite de projet)
En particulier lors de la mise en place de la méthode sur le groupe test le projet a du faire face à la difficulté à maintenir une équipe opérationnelle stable.

4.3.3 - Les outils de pilotage et de suivi

Les outils de pilotage conçus avaient plusieurs fonctions :

- Cadrer le positionnement et le rôle des membres des différentes instances ;
- Suivre l'avancement du travail sur le terrain ;
- Suivre les temps passés ;
- Suivre l'avancement global du projet ;
- Effectuer un retour d'expérience en vue du déploiement au CHU ;

Ces outils sont utilisés dans un double objectif, d'une part piloter le travail sur le projet et *a posteriori*, effectuer une analyse du projet à partir des temps passés, des difficultés relevées et de trouver des ajustements pertinents. Ils trouvent donc toute leur place dans une dynamique de projet en permettant des régulations.

LETTRE DE MISSION STRUCTURE

Chaque membre du groupe projet, de l'équipe opérationnelle a reçu de la DRH une lettre de mission en février 2006. Cette lettre comprend 6 items permettant de cadrer le contenu de participation et la mobilisation demandée aux personnes, soit les éléments suivants pour chacune des personnes impliquées :

1. La participation à la démarche ERP en qualité de membre du groupe projet ou de l'équipe opérationnelle sur le pôle CVR, site pilote de la démarche
2. Le contexte de transférabilité de la méthode demandé par la CDC
3. L'objet du groupe projet (assurer la gestion de la conduite du projet et en organiser sa faisabilité) ou de l'équipe opérationnelle (réaliser les premières analyses de risques et de proposer des moyens de prévention en collaboration avec les acteurs de terrain afin de construire le DU)
4. En complément de sa qualité de membre du groupe des attributions spécifiques (actions à réaliser en autonome ou coopération à avoir sur un point) fonction des compétences propres de chacun
5. Un temps de mobilisation sur le projet quantifié pour les regroupements et les actions spécifiques
6. Une date de fin du projet de l'exécution et du suivi de l'échéancier du cahier des charges.

Ainsi début 2006, l'engagement de la direction est signifié à chacun des membres. Un support pour suivre les engagements pris par les différentes personnes et la mobilisation demandée existe, support utile pour réajuster les besoins en fonction de l'avancée du projet.

La lettre de mission, moyen de cadrage des contributions respectives

Dans un 1er temps, cette lettre a facilité le travail de positionnement des membres et clarifié le fonctionnement possible des différents partenaires de la démarche.
La lettre de mission a permis de poser les choses à un moment où chacune des personnes impliquées dans le projet avait besoin de davantage de visibilité sur l'action, d'un signe d'engagement de la direction dans le projet et de cadrage sur la mobilisation demandée et donc à allouer au projet.
Soit un enjeu stratégique, un ancrage de la contribution demandée à chacun. Ce point est un élément à conserver lors de démarche pluridisciplinaire pour impulser une dynamique et donner des signes forts de l'engagement de chacun.

La lettre de mission et pilotage de l'action

Au-delà ce de marquage, la lettre revêt généralement un aspect opérationnel utile au pilotage de la démarche. On pouvait en effet revenir aux missions acceptées, aux engagements pris par chacun sur l'allocation de ressources, sur les tâches à réaliser. Cette analyse du décalage entre le prévu et le réalisé est culturellement difficile à aborder au sein d'un groupe projet pluridisciplinaire. La notion de projet implique un fonctionnement transversal et une acceptation de management hors voie hiérarchique habituelle, une communication sur les attendus et le temps passé aux actions qui n'est pas dans la culture hospitalière.
Globalement le contenu sur les attributions spécifiques est peu repris. de fait, la notion de participation au projet est perçue comme essentiellement centrée sur la discussion, le débat et non sur la réalisation d'actions, d'un planning à respecter et dont les écarts ; s'ils sont explicités en groupe ; sont gérés par un encadrement positionné en tant que tel.

Au niveau management, le responsable de l'EO n'est pas clairement légitimé comme référent dans la lettre des membres de l'EO. Au cours du temps, ce point a été repositionné afin que le responsable de l'EO soit présent au groupe projet en tant représentant et responsable de l'équipe. De même, le chef de projet a difficilement la main pour interroger chacun sur l'avancée de sa tâche spécifique notée sur la lettre de mission.
En d'autre terme, la lettre ne sert pas de support d'analyse ou de régulation pour interroger les décalages, aborder les freins à l'action des différents membres, freins propres à ce type de projet et à l'ensemble du processus.

FICHE DE SUIVI DES TEMPS

Cet outil mis en place par Squadra vise à :

- ✓ avoir un suivi du temps consommé par l'EO à chacune des phases du projet,
- ✓ visualiser pour les principales étapes, les pointes de charge et activités déployées sur l'ensemble d'une phase.
- ✓ structurer un tableau de bord de suivi de l'action

Comme tout tableau de bord et en vue du retour d'expérience, cet outil peut servir de base de référence pour ensuite envisager une enveloppe de temps réaliste pour anticiper les allocations de ressources et les butées temporelles à prévoir lors du déploiement sur l'ensemble du CHU.

Utilisation de la fiche de suivi des temps

A partir de la phase 3 de la démarche (phase d'identification et évaluation des risques), le responsable de l'EO a effectué un pointage régulier des temps passés sur le terrain en entretien ou visite, et hors site en analyse de données recueillies, saisies remise en forme.

Pour les phases suivantes de la démarche, un recueil des temps passés par les différents membres de l'équipe opérationnelle ainsi que les dates d'activité sont notés sur un tableau (cf. modèle joint)
Les temps passés sont catégorisés selon les activités effectuées et notés en 0,5- 0,75-1 selon que la personne passe ½ journée, ¾ de journée ou 1 journée sur cette activité. Il ne s'agit pas d'avoir un pointage heure par heure mais d'un relevé de volume de travail.

Tableau de recueil des temps

DATE	SERVICES	PERSONNNES RENCONTREES	TPS OBSERVATION	TPS SAISIE reformulation mise en forme)	TPS COLLECTE INFORMATIONS (téléphone, internet, intranet…)	TPS ORGANISATION PROJET (réunion GP)	TPS DEBRIEFING

L'agrégation des données et leur analyse est effectuée a posteriori par le consultant externe. En synthèse, un cumul des temps pour chacune des activités, une visualisation des durées d'action est établie.

Cette synthèse de l'action permet ; pour chacun des services concernés par la démarche ; de quantifier d'une part le temps passé, d'autre part la durée pour en analyser les variations.

Cet outil a, par exemple, permis :

de pointer la variabilité des temps d'analyse de risques au cours du temps. Au démarrage, il fallait 8 jours par unité en moyenne pour l'analyse, ensuite avec la mise en place du nouveau protocole, d'outil de suivi des emplois du temps, l'encadrement, la formation/ sensibilisation des équipes, la communication institutionnelle sur le projet ce temps a été réduit à 5 jours (temps de saisie des données, de réunion de travail… compris)

de quantifier le temps passé pour former/informer des ressources ponctuelles de l'EO.Lors de la phase test, des stagiaires, des éventuels membres de l'EO sans connaissances particulières de la démarche ou les risques professionnels sont sollicités pour une courte durée. Cependant le temps de mobilisation sur le projet ne leur permet pas un fonctionnement en autonome significatif, soit au final une source de consommation de ressources expertes sans réelle contribution opérationnelle (élément visible dans le suivi des temps de ces personnels)

de pointer la variabilité des temps d'analyse lors du déploiement au site pilote et d'en analyse les raisons.

Soit une variabilité fonction de la complexité de l'unité analysées, des compétences des membres de l'EO en technique d'entretien, des disponibilités de moyens informatique et des compétences de l'équipe à les utiliser, de l'organisation des emplois du temps et du nombre d'unités à prendre en compte pour une seule personne, de la possibilité pour les membres de l'EO de fixer les calendriers des entretiens terrain ou pas.(gain de temps très significatif si les RDV sont pris en fonction des contraintes ERP et EO)

En conclusion, il s'agit d'un outil utile pour anticiper les ressources à allouer, les moyens à mettre en œuvre, pour réguler les décalages dans le phasage de l'action.

FICHE SUIVI PLANNING ET ORGANISATION EMPLOI DU TEMPS MEMBRE EO

Au cours du temps la composition et la mobilisation de l'EO a changé.

A partir de la phase de déploiement, on peut considérer qu'une équipe stable existe. Elle est alors composée de 2 IDE à mi temps.

A cette époque, au vu des difficultés précédentes à organiser les disponibilités des membres de l'EO et à les mettre en rapport avec les besoins opérationnels de la démarche, un outil de cadrage et de suivi est mis en place par le responsable de l'EO.

Cet outil permet d'avoir une visibilité sur les disponibilités, le positionnement des réunions afin de définir les unités à aller analyser et les points de coordination réalisables au sein de l'EO.

ANNEE	OCTOBRE					NOVEMBRE		
	Semaine 41	**Semaine 42**	**Semaine 43**	**S44**	**Semaine 45**	**Semaine 46**	**Semaine 47**	**Semaine 48**
Planning erp Mme X	**1,5JS 9/12oct**	**2JS (16/20oct)**	**3JS 23/26/27oct**	**CA**	**2JS (6/7nov)**	**3JS 13/16/17nov**	**DIUST**	**2JS 27/ 30**
Planning erp Mme Y	**0,5**	**2JS 16/20oct**	**4JS 23/24/25 /27oct**	**CA**	**3JS 6/7/8/10nov**	**2JS (13/15nov)**	**? (21/22 nov)**	**1JS 27nov**
	09-oct	**16-oct**	**23-oct**		**06-nov**	**13-nov**	**20-oct**	**27-nov**
	GP	Y X	X+resp EO Y	**CA**	X+Y resp EO	X Y resp EO	??	Débriefing? X-Y
	10-oct	**17-oct**	**24-oct**		**07-nov**	**14-nov**	**210OCT**	**28-nov**
	resp EO	resp EO	Y+resp EO	**CA**	X+Y resp EO	resp EO	Y resp EO	resp EO

Cet outil indispensable lorsque l'on suit plusieurs unités de travail, lorsqu'une équipe est composée de plusieurs membres, permet de distribuer le travail. Il faudrait en complément inscrire les unités à analyser pour pouvoir distribuer le travail.

Ce point nécessite d'accepter que le responsable de l'équipe répartisse les unités à analyser en fonction des disponibilités des membres de l'EO. Dans ce 1er temps cette répartition homogène n'a pu se faire. La répartition a davantage été fonction des compétences, affinités des membres de l'EO. Une fois les membres de l'EO stabilisés, formés, un cadre de mission peut être mis en place et cet outil de suivi conservé pour organiser l'action.

FICHE DE SUIVI AVANCEMENT DES ETAPES ERP LORS DEPLOIEMENT

Cette fiche de suivi des grandes étapes du déploiement a été mise en place lors du déploiement. Son utilité est de visualiser les différentes étapes du protocole fixé lorsque plusieurs UT sont analysées en parallèle.

Fiche de suivi avancement étapes ERP

POINT D AVANCEMENT DE I EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS POLE CVR MAJ date =					
UNITE DE TRAVAIL A EVALUER	**Evaluation Effectuée**	**Validation par Cadre**	**Présentation Equipe Soignante**	**Validation Equipe soignante**	**Validation cadre supérieur**
Identifiant unité Identifiant membre EO en charge du recueil	X	X	X		
Identifiant unité Identifiant membre EO en charge du recueil	X	X	X	X	
Identifiant unité Identifiant membre EO en charge du recueil	X	X	X		
Identifiant unité Identifiant membre EO en charge du recueil	X	X	vendredi 8 dec		
Identifiant unité Identifiant membre EO en charge du recueil	X	en cours			
Identifiant unité Identifiant membre EO en charge du recueil	X	X	X	X	
Identifiant unité Identifiant membre EO en charge du recueil	X	X	X	mardi 12 dec	
Identifiant unité Identifiant membre EO en charge du recueil	A la demande du nouveau cadre du service: analyse début décembre				

L'ANALYSE DES DONNEES POUR UN RETOUR D'EXPERIENCE PAR ETAPES [17]

Le retour d'expérience Squadra, peut être considéré comme un outil de pilotage de l'action dans le sens ou ce regard sur les actions, décisions, modes de fonctionnement définit les points à interroger, les éléments à conserver, les régulations à mettre en place pour renforcer de la cohérence de la démarche choisie et en faciliter sa mise en œuvre.

Au lancement de l'action, nous avons posé avec le consultant interne, les différents processus à mettre en place pour conduire l'action et éviter de procéder tout au long de la démarche pas à pas. L'analyse de l'existant a permis de cadrer l'organisation possible des structures et des moyens de suivi à envisager.

A l'issue de la phase groupe test, nous avons pointé la nécessité de suivre la démarche et d'utiliser plus avant les outils de conduite de projet, en cadrant les l'emploi de personnels non formés et non pérennes, en insistant sur la nécessité d'avoir une information sur les temps alloués et effectifs pour comprendre comment organiser le déploiement

Avant le déploiement nous avons insisté sur le rôle de la formation comme moyen de mobiliser les cadres de santé, rendre visible le projet, initier la compréhension de la finalité de la démarche et ses enjeux (éviter de considérer le DU comme une fin c'est un moyen)

A l'issue du déploiement, l'analyse des données a permis de comprendre les écarts de méthode au vu des contenus d'analyse des risques, de rendre visible l'impact de la complexité de l'organisation des plannings, de recentrer sur la nécessité de méthode d'entretien et d'observation pour obtenir une richesse de contenu … d'avoir un regard plus neutre sur les effets des décisions sur l'ensemble de la démarche.

4.3.4 - La communication sur le projet

Un ensemble de communications autour du projet a été réalisé, d'une part auprès du pôle pilote (CVR) dont l'objectif était de favoriser la mobilisation autour du projet et la compréhension de la démarche ainsi que des attentes à leur égard, d'autre part des points d'avancement réguliers auprès des instances institutionnelles sont régulièrement organisées dans un but de prise de décision, et enfin des communications externes sur le projet mené à l'hôpital ont été réalisées à plusieurs reprises dans un objectif de valorisation de la démarche à l'extérieur.

Communication au CVR :

- ✓ **Présentation** de la démarche, du projet au pôle CVR – octobre 2005.
- ✓ **Présentation** lors du conseil de pôle à l'ensemble des personnels du pôle de la démarche, des attendus du projet, des éléments à prendre en compte dans une évaluation des risques
- ✓ Diffusion à l'ensemble des acteurs de la CVR d'une **plaquette** explicative de la démarche de ses étapes, des enjeux- octobre 2006.
- ✓ Affichage à la même période d'un **poster** (même contenu).
- ✓ Communication des **attendus, du mode de fonctionnement**, du déroulé de la phase test au membre du groupe de travail intermédiaire de la CVR- novembre 2005

[17] cf annexe 10 : suivi des écrits et outils fournis par Squadra au cours du projet

Communication institutionnelle

- ✓ Novembre 2005, **Comité de gestion des risques/ Comité pilotage** : communication sur l'avancée du projet et les points de décisions.
- ✓ Décembre 2005, **Comité de gestion des risques/ Comité pilotage** : communication sur l'avancée du projet et les points de décisions.
- ✓ Décembre 2005, Présentation au **CHS-CT** de l'avancement de la démarche sur le groupe test, du fonctionnement prévu et des enjeux.
- ✓ Mars 2006, **Comité de pilotage** : avancement du projet et les points de décisions.
- ✓ Juin 2006, **Comité de pilotage** : avancement du projet et les points de décisions.
- ✓ Septembre 2006, **Comité de gestion des risques** : avancement du projet et les points de décisions.
- ✓ Avril 2007, **Commission des Soins Infirmiers**, présentation suivie d'une discussion débat sur la démarche, les atouts, freins et attendus.
- ✓ Mars 2007, **Comité de pilotage** : avancement du projet et les points de décisions.
- ✓ Communication dans « Trait d'Union[18] ».

Communication externe

- ✓ Salon Préventica (18 et 19 octobre 2006). Présentation du poster et des plaquettes réalisées, communication de la médecine du travail sur la méthode pluridisciplinaire, réalisation de séquences vidéo explicatives.
- ✓ Présence de représentants du CHU à l'occasion de la table ronde le « handicap, invalidité, prévention » organisée par la CDC.
- ✓ Communication sur la démarche (cours) auprès d'étudiants et de salariés d'entreprises extérieures dans le cadre de cursus de formation.

Remarque :

La plaquette diffusée a aussi été utilisée par les membres de l'EO lors des 1ères rencontres avec le pôle. Partir de leur connaissance ou interrogation sur ce support est un moyen pour introduire le travail qui sera fait avec eux.
La structuration d'un schéma de communication est essentielle dans de grands projets et notamment des projets qui visent à solliciter le personnel. Au démarrage du projet, planifier un plan de communication pour identifier « à qui ? Comment ? Par quels moyens ? À quels moments ? » permet de donner de la cohérence au projet.
Des précautions doivent être prises dans la définition des contenus pour ne pas induire de fausses représentations et ensuite mettre en porte à faux les équipes de travail.
La mise en place d'un logo et /ou d'une chartre graphique sur l'ensemble des communications est à structurer pour identifier plus facilement les éléments et servir de base à la représentation des actions ERP.

4.3.5 - La formation

L'objectif de l'évaluation des risques professionnels est de permettre à l'établissement de gérer une politique de prévention pertinente, en conséquence, l'enjeu de maîtrise interne de la démarche est particulièrement important. La formation des acteurs trouve donc toute sa place, elle doit être particulièrement soignée afin que des résultats soient produits à la hauteur de l'investissement global consacré au projet.

[18] Cf. Annexe 6

Une phase de formation/ sensibilisation des groupes de travail terrain a été réalisé auprès des cadres de santé des pôles et de l'équipe opérationnelle.

Initialement proposée fin 2005 au CVR (lors de l'initialisation du groupe test), elle a été jugée trop précoce, trop concentrée en temps et trop consommatrice de ressources au vu de l'état de développement du projet fin 2005.

C'est après une première expérience de recueil et d'analyse des risques professionnels (des cadres du CVR ont pu participer activement à la démarche et ainsi avoir une meilleure visibilité sur la méthode de travail), que la volonté de mettre en place une équipe opérationnelle et de placer les cadres de santé en relais du projet sont acceptés.

Un souhait de formation de l'équipe opérationnelle est alors exprimé. Une sensibilisation des cadres de santé au processus et à leur positionnement dans le système est souhaitée. Cette formation a été dispensée à partir de septembre 2006 (le déploiement au pôle pilote est prévu pour octobre 2006).

Dans l'optique de conserver la démarche pluridisciplinaire, des personnels de différentes fonctions et/ou métiers ont été regroupés à certaines phases de la formation, soit les cadres de santé impliqués dans le déploiement, les 2 IDE constituant l'EO, une interne en médecine prévue comme membre de l'EO.

Les cadres de santé ont eu 2 jours de sensibilisation communs avec les membres de l'EO. Les membres de l'EO ont eu, quant à eux, 2 journées supplémentaires pour initier le travail sur les compétences propres à l'évaluation des risques professionnels.

L'objectif général de la formation n'est pas de former des spécialistes de l'ERP mais de favoriser le positionnement de chacun dans le projet. Les attendus sont une meilleure compréhension des objectifs de l'action ERP, la mobilisation des acteurs, l'adhésion au processus, la problématique du risque professionnel et les exigences méthodologique du recensement et pas seulement la connaissance des différents risques, éléments relevant plutôt d'une formation initiale.

Ainsi les objectifs de la formation dispensée ont été :

Les principaux objectifs de la formation[19]

Pour cadre de santé et membres de l'équipe opérationnelle

- Comprendre la logique d'une démarche ERP ;
- Avoir une idée des grandes phases du projet ERP et des instances relais ;
- Comprendre son rôle dans le projet du CHU pour être en mesure de se positionner ;
- Avoir un aperçu des outils de recueils et d'analyse de données ;
- Savoir parler du projet à d'autres interlocuteurs, être sensibilisé à la dimension collective de la démarche.

Pour les membres de l'équipe opérationnelle, en plus des objectifs cités

- Savoir recueillir des données en entretien ;
- Savoir reformuler et catégoriser les informations ;
- Etre en mesure de différencier danger, risque, risque résiduel, prévention, solutions ;
- Comprendre la logique des différents outils à disposition ;
- Savoir faire remonter l'information au responsable de l'équipe opérationnelle ;
- Etre sensibilisé à la nécessité de travailler en équipe et de se coordonner au niveau des rendez-vous terrain.

[19] Les contenus génériques sont présentés en annexe 7

Pour augmenter l'efficacité de la formation, ont été organisées des interventions à certains moments de la formation de cadres de santé qui ont participé à la première phase de recueil pour relater un retour d'expérience, ainsi que du cadre de santé de la CVR pour bien signifier l'engagement du pôle dans cette démarche. La préparation de la formation a également intégré des entretiens avec les membres pressentis de l'équipe opérationnelle afin de finaliser le besoin en formation.

La méthode de travail

S'agissant d'une formation d'adultes, porteurs d'une expérience propre, le choix de la méthode participative est donc privilégié avec des mises en situations, des exercices d'application, questionnaires individuels.

Les points à souligner

- Le fait d'informer/former au même moment des personnels de fonctions/métiers différents a favorisé l'initialisation d'un regard commun sur le projet et le contexte réglementaire de la démarche.
- La mobilisation du cadre supérieur de santé à l'ouverture du stage est un élément favorable à d'adhésion des équipes… à condition que le cadre de santé ait intégré l'intérêt de la démarche et sache en parler objectivement, comme ce fut le cas dans la formation jouée.
- En contre partie, pour la simulation d'analyse de situation de travail, le fait d'avoir les membres de l'EO et les cadres de santé, en formation au même moment, est un point à recadrer.
- Pour que le recueil de données sur une situation de travail soit efficient, il faut d'une part que le cadre de santé ait eu un peu de temps de réflexion sur les sources de dangers qui vont être interrogés, d'autre part que le membre de l'EO ait développé des compétences en techniques d'entretien, d'écoute, de reformulation et sache ensuite catégoriser sans trop d'erreur les faits relevés. Sans ces pré requis, il y a risque d'analyse de situations à partir de modèles non encore intégrés, risque de confrontation au niveau relationnel car les techniques d'entretien et la méthode de recueil ne sont pas encore acquis, risque de non reconnaissance de la capacité de l'interlocuteur à participer à la démarche.
- Il faut aussi veiller à ne viser qu'un objectif à la fois (formation ou recueil) pour une séance afin de se donner les moyens en formation de réellement aborder les attendus, les modèles d'analyse à avoir, de traiter les méthodes à développer, pour préparer de manière efficace l'action sur le terrain.
- L'aménagement de la formation (contenu, durée) dépend des compétences de base des personnes :
    - les personnes ont une base de compétences en analyse de risques (modèles d'analyse des situations de travail, techniques de recueil de données, de modalités d'entretien, de transcription des données, de formulation, de positionnement par rapport aux autres agents…), adhérent à la nécessité d'un encadrement par un responsable, comprennent et acceptent le fonctionnement en projet, savent utiliser l'outil informatique. Dans ce cas une formation courte, centrée sur les outils de la démarche, le mode de fonctionnement attendu, les techniques de recueil à développer voire la gestion d'un groupe peut être proposée.
    - les personnes ont une sensibilisation aux risques professionnels mais doivent développer des compétences propres à la démarche ERP ce qui nécessite une formation en plusieurs temps, assortie d'un temps d'accompagnement terrain avant de fonctionner réellement en autonomie sur l'ensemble de la démarche.

En résumé, le besoin des équipes repose sur :

- Des connaissances sur les dangers et risques présents à l'hôpital

- Des connaissances sur les modèles d'analyse du travail et des compétences à les mobiliser lors d'entretien et d'observation des situations de travail
- Des compétences d'entretien (car c'est au moyen d'un questionnement que la personne fera émerger les données pertinentes sur les risques), et d'observation des situations de travail
- Une rigueur de démarche pour éviter les jugements et de passer trop rapidement des risques aux solutions

Dans la plupart des cas, la formation à elle seule peut ne pas suffire, un référent pour consolider les connaissances, suivre les personnes, les aider dans leur recueil s'avère souvent utile.

Il est important de s'assurer que les services pourront libérer les personnes aux moments voulus afin de limiter les interruptions dommageables. A ce sujet, le fait de disposer d'un lieu de formation hors site de travail est un atout.

Enfin, pour atteindre les objectifs souhaités, la réalisation de ce type de formation, suppose des compétences de formateurs, formateur qui maîtrise l'ERP et les techniques utilisées pour mettre en œuvre des situations de simulations pertinentes.

4.3.6 - Tableau de synthèse

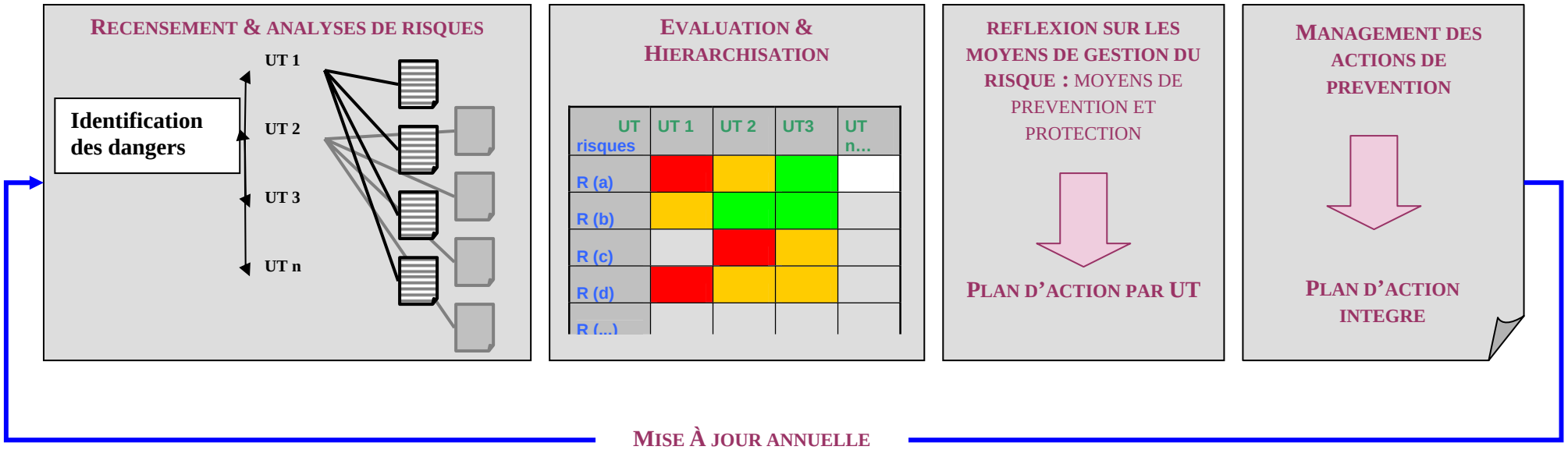
✓ **Synthèse des moyens utilisés pour la mise en œuvre du projet**

Objet fonction du support ou de l'action	Moyen existant
Manager, piloter le projet : Cadrer les attributions respectives, les rôles des structures, la durée de mobilisation et la fréquence de travail.	Lettre de mission
Suivre le projet au niveau de l'EO : réajuster le calendrier, identifier les points de régulation à mettre en place, favoriser la mise en place de réponses adaptées.	Fiche de suivi des temps
Suivre le projet au niveau de l'EO : optimiser les ressources, gérer les contraintes de terrain et anticiper les régulations à avoir.	Fiche de suivi organisation emploi du temps des membres EO
Suivre le projet : faciliter la gestion de l'avancement du déploiement. Organiser le travail de l'EO.	Fiche de suivi avancement étapes ERP
Piloter le projet : analyser a posteriori les points forts et faibles du projet pour anticiper le pilotage de l'action. Potentialiser l'expérience acquise.	Rex Squadra
Manager le projet : favoriser la mobilisation et l'adhésion des acteurs, identifier l'action, créer un langage commun de prévention.	Communication sur le projet
Piloter le projet : favoriser le développement de compétences de base, construire des représentations, initier la mise en place de pratiques d'analyse en cohérence.	Formation

4.4 - La mise en œuvre de l'évaluation

Nous analyserons dans cette partie du document, les outils associés aux étapes de la démarche et leur évolution Tous les outils ERP construits au CHU suivent les étapes de l'évaluation des risques.
Au final, ces étapes de la démarche doivent permettre de manager les actions de prévention, d'en assurer le suivi et d'actualiser l'évaluation des risques, comme le montre le schéma ci-dessous :

Schéma des étapes de mise en place d'une démarche ERP



4.4.1 - Une grille globale pour l'évaluation des risques

Au lancement du groupe test, la grille d'évaluation était fonctionnelle. En termes de structure, la grille de relevé initial faisait clairement apparaître dans sa structure les étapes d'identification du risque, d'estimation du risque, de prévention, pour ensuite révéler le niveau de maîtrise du risque une fois la solution retenue, soit la présentation initiale suivante :

Première grille d'évaluation des risques

	Identification du risque					Estimation Risque		Mesures Prévention				Niveau maitrise risque	
Tâche opération	Phénomène dangereux ou danger	Conditions d'exposition situations potentiellement dangereuses	Dommages	Code Risque	Moyens Prévention Existant	Eval 1		Proposition Amélioration	Eval 2		Solutions retenues	Eval Finale	
						O	G		O	G		O	G

Ces trois phases sont visibles dans la présentation, élément important si l'on veut forger une représentation des étapes pour chacun des utilisateurs de la grille et chacun des acteurs de prévention. De plus, pour la majorité des rubriques de la grille, un outil d'aide ou de référence a été construit.

Ce guidage permet, en complément du protocole d'action, de cadrer les modèles d'analyse sous-jacents, d'assurer une homogénéité dans la méthode d'analyse des risques, donne une cohérence à la démarche. En d'autres termes, au delà du recueil et de la grille c'est l'ensemble d'une méthodologie qui est formalisée.

Ce formalisme de la grille et des outils associés est un point capital, est une des forces de la démarche mise en place au CHU.

Cette volonté de rigueur dans la mise en œuvre d'outil d'aide à la démarche est un atout qui d'une part assure une visibilité à l'action, un cadrage à l'analyse et d'autre part permet d'actualiser les données de base en fonction de l'avancées des connaissances sur les risques professionnels sans remettre en question l'ensemble de la méthode … soit un respect de la notion de démarche actualisable, transférable, lisible, étayée.

Pour conserver ces atouts à la démarche, il convient de maintenir le vocabulaire employé dans la grille, d'utiliser les outils d'aide et de respecter le protocole défini… soit des points d'ancrage à stabiliser, à expliciter pour éviter les dérives et le changement de modèle d'analyse des situations.

Nous aborderons dans cette partie chacune des étapes de la démarche pour analyser les outils mis en œuvre et leur utilisation et modification au cours du temps (cf. annexe pour visualiser les évolutions de la grille dans son ensemble).

4.4.2 - Outils relevés Identification des situations à risques

Cette partie concerne le recensement et l'identification des situations potentiellement dangereuses, soit la première partie de la grille.

Aujourd'hui la grille utilisée comprend 4 rubriques et différents systèmes d'aide, de guidage que nous allons analyser :

- Danger ou phénomène dangereux- outil : le référentiel des dangers, puis guide repérage des dangers
- Conditions d'exposition aux situations potentiellement dangereuses - outil : référentiel d'analyse des situations dangereuses
- Opérateurs concernés- pas d'outil d'aide mais un cadrage du groupe projet sur les personnels à prendre en compte dans la démarche
- Mesures de prévention existantes - outil : référentiel d'analyse des situations dangereuses dans sa partie points d'une situation de travail à examiner

Grille d'évaluation : partie identification du risque

Rubrique de danger	Condition d'exposition aux situations potentiellement dangereuses	Opérateurs concernés	Mesures de prévention existantes (collectives/individuelle)

REFERENTIEL DES DANGERS

Le 1er livrable défini dans le cahier des charges de la démarche est la liste commentée des dangers. Cet outil crée par différents acteurs entre le mois d'Août et d'octobre 2005 est donc la 1er pierre de la démarche. Depuis 2005, cet outil s'est amélioré et a changé tant dans sa forme que dans son contenu.

Le 1er référentiel des dangers est construit à partir de documents INRS, des activités du CHU de Toulouse et de listes déjà existantes.

Il se composait des 7 grandes familles de dangers suivantes :

- Les substances avec les « Dangers chimiques » et les « Dangers biologiques »
- L'environnement de travail avec les « Dangers liés à l'environnement physique de l'homme au travail »
- Le matériel avec les « Dangers liés aux machines et équipements de travail »
- L'architecture avec les « Dangers liés à la conception des lieux de travail »
- Le facteur humain avec les « Dangers liés à l'organisation du travail » et les « facteurs psycho sociaux »

Pour construire ce 1er document le responsable de l'EO a établit une liste de base, puis à mis en place une concertation avec les médecins du travail, avec certains experts internes au CHU (spécialiste en biologie, en chimie, en incendie, en radioprotection, ingénieur sécurité du travail …..) en charge de renforcer le contenu en fonction avec les activités propres au CHU. Ce 1er référentiel devait s'enrichir au cours du temps, voire s'adapter suite à son utilisation comme aide au repérage des dangers lors des 1er entretiens sur site.

La 1er version du référentiel a donc été validée en groupe projet avant d'être « expérimentée » sur le terrain.
Suite à la mise en œuvre de l'analyse pour le groupe test, (3 unités), lors du déploiement (8 unités) différents aménagements ont été apportés.

Aujourd'hui le référentiel des dangers donne lieu à 2 outils, documents supports de structure et d'emploi différents, que nous allons présenter, soit :

- le guide de pré repérage des dangers dans une unité de travail
- le référentiel d'analyse des situations dangereuses

LE GUIDE DE PRE REPERAGE DES DANGERS DANS LES UNITES DE TRAVAIL

Ce guide se présente sous la forme d'une liste simple à renseigner.

Il s'agit ici lors de la première étape de l'ERP de permettre au cadre de santé de lister les dangers présents dans son unité et de commencer à s'interroger sur les risques professionnels.

Ce guide de pré-repérage est structuré selon le modèle suivant :

- des types de dangers (21 classes de dangers identifiées de A à U)
- pour chaque classe de dangers, le détail des produits, substances, catégories de facteurs pouvant être présent sur le site

Guide de pré repérage des dangers

EVALUATION A PRIORI DES RISQUES PROFESSIONNELS	GUIDE DE PRE -REPERAGE DES DANGERS DANS UNE UNITE DE TRAVAIL	
CE DANGER Est-il PRESENT DANS VOTRE UNITE DE TRAVAIL ?	**OUI**	**NON**
LETTRE IDENTIFIANT– dénomination de la classe de dangers		
Définition des produits, éléments avec exemple		
LETTRE IDENTIFIANT– dénomination de la classe de dangers		
Définition des produits, éléments avec exemple		

Pour chacun des dangers repérés, le cadre de santé coche oui ou non selon qu'il y a présence ou pas de ce facteur dans son unité.

Ce 1er travail sera bien sûr repris par un des membres de l'équipe opérationnelle avec une grille de questionnement (référentiel d'analyse des situations dangereuses), grille qui elle s'attachera davantage aux conditions d'expositions aux dangers, aux situations, c'est-à-dire aux risques professionnels de l'unité.

Ce guide de pré repérage a été finalisé lors de la phase de déploiement aussi le recul sur cet outil n'est pas encore acquis. Cependant les premières grilles de dangers, qui recensaient déjà sous cette forme, les éléments à prendre en compte ont montré leur utilité pour avoir un recueil le plus exhaustif possible tout en conservant une durée d'entretien raisonnable sur le terrain.

REFERENTIEL D'ANALYSE DES SITUATIONS DANGEREUSES

Ce second outil est davantage utile lors de l'entretien avec le cadre de santé.

Pour cet outil, on retrouve les 21 classes de dangers, visuellement identifiées en bleu comme sur le guide de pré repérage (importance de conserver les mêmes codes couleurs à des outils pour faciliter la représentation, la lisibilité).

Un descriptif des situations dangereuses est noté pour chacun des dangers de la classe, assorti d'exemple concret de matériels ou situations selon le cas.

Exemple Dangers liés aux ambiances physiques → Bruit continu émis par des équipements (congélateurs, respirateur, monitoring..), bruit impulsion (choc bref compresseur…)
La référence du danger reste identifiée par une lettre de A à U.

Des points de la situation de travail à examiner : soit un guide d'entretien et d'analyse des situations qui prend en compte ; pour chacune des classes de dangers ; l'environnement de travail, l'organisation du travail, les équipements de travail, la formation des agents, pour certains dangers les conditions de stockage des éléments, les conditions de maintenance des systèmes, les modes d'installation au poste de travail.

En fonction de la nature des dangers des explications sur les points d'analyse sont à chaque fois donnés.

Exemple 1 : dangers liés aux équipements de travail et machines→ « installation gaz et fluide »→ ex fixation des obus oxygène pour les conditions de stockage.

Exemple 2 : danger biologique → agents biologiques→ mode de traitement des déchets : tri, conditionnement, évacuation.

Ces points sont importants pour repérer des éléments pertinents dans l'analyse de l'activité. Ce guide constitue un référentiel d'analyse et continent, de par son écriture, un modèle d'analyse des risques qu'il convient d'entretenir au sein de l'EO ou des différentes personnes en charge de l'évaluation des risques.

Loin d'être une check-list, il est un repérage des éléments à interroger dans une situation de travail.

Tout ne va bien sûr pas être passé en revue mais sur certains points ce guide permet d'aller plus loin dans l'analyse des situations.

Structure du guide d'analyse

REFERENTIEL D ANALYSE DES SITUATIONS DANGEREUSES	
X	**nom du danger**
X1	**Référence de la catégorie de danger et identification réglementation s'il y en a**
DESCRIPTIF DES DANGERS	**Type de dangers (utilisation d'un produit, phase de l'activité…)** -non courant ou générique
	Type de dangers (utilisation d'un produit, phase de l'activité…) -non courant ou générique
	Type de dangers (utilisation d'un produit, phase de l'activité…) -non courant ou générique
	Autres...
POINTS D UNE SITUATION DE TRAVAIL A EXAMINER	**Environnement de travail** -des détails sur la nature de l'environnement possible en rapport avec le danger sont notés pour chaque danger…
	Organisation du travail: -éléments sur l'organisation du travail en rapport avec la situation sont mentionnés à chaque fois
	Equipement de travail - type d'équipement possible en rapport avec la nature de situations décrites à chaque fois.
	Formation des opérateurs - Type de formation possible par rapport à ce danger mentionné à titre d'exemple…
	Information / sensibilisation des salariés
	Autres…..
X2	**Référence de la catégorie de danger et identification réglementation s'il y en a**

En en-tête de ce guide d'analyse, la consigne d'utilisation est clairement formulée :

« Ce document est un support d'aide à l'analyse des situations dangereuses. Il doit être utilisé de la manière suivante:

1) Repérer le ou les dangers présents dans le déroulement du travail en s'appuyant sur la rubrique "guide de pré repérage des dangers" (la liste est non exhaustive),
2) Mettre en rapport le danger repéré dans le contexte de l'opération à exécuter,
3) Rechercher toutes les causes exposant l'opérateur au danger ou à la situation dangereuse susceptible de provoquer un risque de dommage, en passant en revue les données de la rubrique "Points d'une situation de travail à examiner"

4.4.3 - Outils relevés Evaluation hiérarchisation

Dans cette partie nous traiterons les outils relatifs à l'évaluation, soit la matrice de criticité, matrice qui sert de référence pour renseigner les 3 rubriques de la grille actuelle, soit :

Grille d'évaluation : partie évaluation du risque

Fréquence	Gravité	Criticité des risques

MATRICE DE CRITICITE

Cet outil a été mis en place dès le début de la démarche par l'IHS. Il a été discuté et retravaillé en groupe projet puis en comité de pilotage et a été validé en septembre 2005.
A cette époque des questions sont posées sur les notions de probabilité d'occurrence et de gravité qui ont trouvé réponse et ont donné lieu au cadrage suivant :

- ✓ **Pour l'évaluation de la probabilité, la cotation est en 5 points selon le schéma suivant :**

Probabilité d'occurrence d'un événement		
1	Exposition Improbable	Peu vraisemblable ou jamais rencontré : **1 fois/ an ou au-delà**
2	Exposition Possible	Pouvant survenir de façon ponctuelle sur le lieu de travail: **de 1 à plusieurs fois /an**
3	Exposition Probable	Pouvant se produire régulièrement sur le lieu de travail : **- 1 fois/h ; ou 1h/jour**
4	Exposition Inévitable	Pouvant se produire plusieurs fois/jour sur le lieu de travail : +**1fois /h ; ou +1h/jour**

On voit donc ici que la cotation initiale prévoyait de prendre en compte la probabilité d'occurrence d'un événement dangereux. Comme le monter la grille actuelle, aujourd'hui cette probabilité s'est transformée en une cotation de la fréquence d'exposition à la situation dangereuse.

Ce glissement de sens est apparu au cours des relèves terrain et a été renforcé par la mention du mot fréquence (à la place du O pour occurrence au départ) lors de la modification du format « informatique » de la grille.

En avril 2007, le groupe projet a buté sur cette notion de fréquence, a envisagé l'ajout d'une cotation en probabilité d'occurrence du dommage pour finalement décider de conserver la notion de fréquence d'exposition à la situation dangereuse, au danger.

Si ce point ne pose pas de problème au niveau de l'évaluation ultérieure de la criticité, il en pose au niveau de la cotation de la fréquence.

A partir de quand va-t-on considérer que la fréquence est faible, moyenne, forte ou très forte ? Les questions qui se sont posées ont à nouveau pointé l'ambiguïté de ce que l'on évalue : la fréquence de survenue d'un dommage probable (logique de probabilité d'occurrence), la fréquence d'exposition au danger (qui devrait être cotée)?

Cette confusion au niveau du groupe projet est due à l'ambiguïté du terme : fréquence de l'opération comme le notait l'équipe opérationnelle ou fréquence du risque de dommage : par exemple soulever 3 fois par jour une charge de 50 kg est-ce faible, moyen ou fort, utiliser 3 fois par jour un produit corrosif sans protection est-ce une fréquence faible, forte ou moyenne ?

A la suite de ces réunions la règle de cotation a été clarifiée et reprécisée au sein du groupe projet : pour la fréquence ont note la fréquence de l'opération, de l'action. ; si pour une situation donnée, les paramètres sont identiques, alors les cotations de fréquence et la gravité doivent être identiques.

Ce principe est aujourd'hui clairement posé et des recueils ont pu être ré évalués a posteriori lorsque les conditions d'exposition étaient clairement mentionnées, ce qui était majoritairement le cas.

On retrouve ici la nécessité de décrire les contextes de travail, d'utilisation des moyens, en d'autres terme de décrire l'activité telle qu'elle est effectuée et non une liste de tâches ou la procédure prescrite.

On voit sur cet item, la pertinence des outils de guidage, la nécessité de formaliser, en complément des outils de recueils, des référentiels pour chacune des données afin de pouvoir s'y référer en cas de doute, de faire référence à des modèles d'analyse cadrés et explicités.

- ✓ **Pour l'évaluation de la gravité du dommage le tableau définit aussi 4 niveaux de dommage possibles**

Gravité du Dommage		
1	Mineur	Peu de dommage, sans arrêt de travail : gênes, blessures bénignes inconfort, légères coupures et contusions, poussières dans les yeux….
2	Sérieux	Dommage modéré avec arrêt de travail : déchirures, brûlures, entorses, commotions…
3	Grave	Dommage grave mais réversible avec arrêt de travail: allergie, fracture….
4	Très grave	Dommage irréversible : Accidents mortels, maladies mortelles, incapacité permanente, lésions irréversibles

Au final, en croisant les deux critères on obtient une matrice de criticité qui permet de visualiser la criticité du risque selon 3 niveaux, niveaux associés à des codes couleurs.

4- Inévitable 1fois /h ; ou +1h/jour	**V**	**O**	**R**	**R**
3- Probable - 1 fois/h ; ou 1h/jour	**V**	**O**	**R**	**R**
2- Possible 1 à plusieurs fois /an	**V**	**O**	**O**	**R**
1- Improbable 1 fois/ an ou au-delà	**V**	**V**	**O**	**R**
	1- Mineur	**2- Sérieux**	**3- Grave**	**4- Très grave**

Ces codes couleurs renvoient à différents de niveaux de maîtrise du risque :

:	**Risque Accepté en l'état** Le risque est réduit au niveau le plus bas
:	**Risque Tolérable sous contrôle** Le risque doit être réduit ou supprimé en engageant un plan d'actions rapide
:	**Risque inacceptable** Toutes activités engendrant de tels risques doit entraîner des mesures d'urgence voir être interrompue

Un autre écueil propre au principe de cotation est à souligner.

La stratégie qui consiste à afficher la criticité maximale ou à l'inverse, la pratique qui consiste à lisser la criticité en minimisant le risque conduit à une impasse tant pour la hiérarchisation que pour l'élaboration du plan d'action.

La hiérarchisation devrait faire apparaître les notions de récurrence et d'amplitude d'un type risque, puis plus largement de gestion des risques sur une unité de travail.
Puisque l'ERP porte sur une variété de risques et de situations de travail, il est fondamental de visualiser les risques les plus prégnants dans une UT, sur les postes ou sur certaines catégories de tâches lorsque les UT sont à composantes hétérogènes.

De plus, au-delà de cette vision de l'UT, il faut être en mesure d'analyser les risques les plus forts sur un horizon plus large afin de pouvoir mettre en place et coordonner des actions de prévention qui ne soient pas centrées uniquement sur une unité de travail mais sur l'ensemble d'un pôle par exemple, ou encore intra établissement. Ainsi l'agrégation de données sur une UT (cartographie) puis sa mise en relation avec d'autres unités, si elle peut paraître complexe, constitue un outil utile à la mise en place d'un plan d'action et à son suivi.

Au niveau du CHU, la cartographie des risques pour une unité de travail n'a pu être finalisée au moment de ce rapport. Lors de la présentation de différents outils au groupe projet, chacun des éléments présentés ont été considérés comme complexe en lecture.

4.4.4 - Outils relevés gestion des risques : prévention et protection

Dans cette partie nous traiterons les outils relatifs aux mesures de prévention/protection, et les rubriques de la grille actuelle utilisée lors du déploiement.

PROPOSITION D'AMELIORATIONS

Cette partie concerne la structure des plans d'actions proposés au vu des situations de travail décrites, du contexte et des risques identifiés. Au départ, un cadre des mesures de prévention a été construit pour faciliter à terme l'agrégation de données en vue de leur traitement et suivi. Le modèle de prévention est structuré selon 3 registres possibles de propositions d'amélioration, 3 classes d'action :

- ✓ **Domaine technique** : ce sont par exemple des besoins de matériel, d'équipement, de protections collectives.
- ✓ **Domaine organisationnel** : soit procédures, conduite à tenir, organisation des équipes, des rotations, etc. ou des éléments plus ciblés tels l'élaboration d'un affichage pour rappeler les dangers ou les consignes de sécurité par exemple
- ✓ **Domaine formation** : formation des agents, par exemple formation permettant la gestion du risque type gestes et postures. Il convient ici d'ajouter des formations aidant à la maîtrise de techniques particulières du métier ou des contextes relationnels propres aux situations de travail rencontrées.

Ce cadrage pose les bases de mesures de prévention orientées vers une amélioration au moyen de dotation en matériel ou aménagements, via la formation du personnel, via l'organisation et le management.

Ces améliorations peuvent être des propositions de décision (ex : axe technique, = achat de X épicrâniennes) ou des propositions de solutions à valider (ex : axe organisationnel = étudier de nouvelles rotations de personnel, valider l'utilisation d'un matériel avant de le généraliser,…).

D'autres propositions, peuvent concerner des améliorations à étudier. Elles peuvent porter sur la mesure d'un risque particulier mais également sur le management de la santé et la sécurité au CHU comme le suivi d'indicateurs de fonctionnement, de santé et sécurité (presque accidents).

Le triptyque de prévention proposé est important à prendre en compte pour de ne pas orienter les mesures uniquement vers de la protection (axe matériel).

Des mesures en termes de moyens organisationnels et humains se centrent davantage sur la prévention (mesure de fond). De même, l'axe matériel ne peut pas se résumer à des commandes de matériel (EPI, équipement et moyens de travails) mais doit également favoriser la réflexion sur leur coordination qui permet de repenser le processus de travail et le poste (par exemple : achat chaise à roulette, lève malade : quels sont les changements induits dans les pratiques de travail et le collectif ?).

De plus, cette catégorisation, en 3 registres, est un avantage dans la mesure où :

elle facilite la lisibilité des plans d'action,

elle permet par un regroupement d'UT de construire une vision globale nécessaire aux arbitrages et à l'organisation des décisions

elle conditionne la mise en place du suivi et donc de la gestion plan de prévention décidé.

✓ Les propositions d'améliorations et son suivi

En termes de structure, la grille d'évaluation finale comprend une rubrique « mesures d'amélioration proposées par les opérateurs ». Trois autres colonnes, aujourd'hui non renseignées, ont été ajoutées après à la mise au format « informatique »

Grille d'évaluation : partie prévention

Mesures d'amélioration proposées par les opérateurs	Actions retenues Responsable de l'action	Délai	Statut de l'action

Début 2007, des changements de dénomination de rubrique ont lieu.

Au départ, la grille cadre un axe « mesures de prévention » qui comprend les rubriques « propositions d'améliorations » puis « solutions retenues ».

Lors de la modification du format, l'axe « mesures de prévention» disparaît, la rubrique « proposition d'améliorations » devient en « mesures d'améliorations proposées par les opérateurs ». Cette suppression du mot prévention, puis de la rubrique « solutions retenues », la transformation de « proposition » en « mesure », l'ajout de « par les opérateurs » attribue d'une part une autonomie aux opérateurs sur les améliorations, et ce d'autant plus que la rubrique « solutions retenues » a disparu, d'autre part masque le sens initial de prévention des risques au profit d'une amélioration de la situation.

L'ajout de critères par l'IHS marque la volonté de donner un cadre au suivi de l'action par la prise en compte de la temporalité, du coordonnateur ou responsable de l'action, du statut final de l'action.

Ces éléments sont importants à prendre en compte dans une démarche pour en assurer ensuite le suivi, assurer une pérennité à la méthode de travail tout en rendant la démarche vivante et adaptable aux modifications des conditions de travail propre aux différentes unités du CHU.

Le coordonnateur et/ou responsable de l'action Cet aspect vise à déterminer les compétences utiles et/ou les responsables pour l'exécution de l'action afin d'identifier les personnes relais pour la mise en œuvre et le suivi des décisions. Si au niveau d'une UT les identités sont connues, la mention du responsable permet une lecture plus globale des plans d'action, de leur mise en œuvre et donne la possibilité de délégation de décisions lors de l'agrégation des plans d'action de plusieurs UT, voire de pôles.

La temporalité de l'action L'analyse de la faisabilité de l'action, (ressources et temps à allouer) est une condition de la réussite du projet. Il faut donc définir d'une part des durées d'exécution et des butées temporelles de réalisation réalistes, fonction du niveau de disponibilité des ressources et des caractéristiques de la situation. En termes de structure, le modèle mentionne une échéance à l'action, un délai. Ce point doit rester visible de tous afin de faciliter le questionnement sur la faisabilité calendaire des propositions. Ce point permet de différencier intentions et programmation d'actions.

✓ La validation des propositions d'améliorations et son suivi

Un groupe «validation hiérarchisation» a été constitué en 2007 afin d'instaurer une validation institutionnelle des plans d'action (DRH, direction de pôle, CHS-CT, experts et évaluateurs). La mise en place de ce type de groupe permet de déclencher les moyens nécessaires à la prévention, de prendre

les décisions sur un ensemble d'unités pour mettre en cohérence la démarche de prévention de la santé du CHU. Au départ, ce groupe devait valider et hiérarchiser les plans d'action, en vue de structurer à terme les axes d'amélioration à apporter au CHU dans son ensemble.

Au vu du compte rendu du comité de gestion et des différentes réunions du groupe, la fonction a été étendue à d'autres missions ; en particulier à la fonction de correction des différents relevés terrain, de la cotation des risques. Ce glissement de fonction a été assez chronophage et complexe à mettre en œuvre dans la mesure où des personnes de différentes compétences doivent se rencontrer régulièrement

Pour faciliter la faisabilité de la démarche il est aujourd'hui décidé de recentrer la fonction du groupe validation/hiérarchisation sur la définition des actions pour l'ensemble des unités d'un pôle, de disposer d'un outil de type cartographie qui permettent de visualiser les risques les plus prégnants pour une unité. Le volume de travail du groupe « validation/hiérarchisation des actions de prévention » est aujourd'hui cadré sur l'ensemble du projet. Les réunions plénières ne doivent pas excéder 26 réunions sur les 2 ans de l'ERP. Soit une avancée dans la démarche dans le sens où la fonction du groupe et l'allocation de ressources pour cette étape de la démarche sont posés.
Le dernier retour d'expérience du consultant externe propose un formalisme dans l'écriture des plans d'actions. Ce cadre minimum de vocabulaire vise à faciliter la lisibilité des plans d'actions, à permettre leur agrégation afin de disposer d'une vision d'ensemble utile à la prise de décision.

✓ Synthèse des outils mis en œuvre pour l'évaluation

Objet fonction du support ou de l'action	Moyen existant
Disposer d'un support pour retranscrire les analyses effectuées	Grille d'évaluation des risques professionnels.
Catégoriser les dangers ▸ Structurer la classe de dangers à prendre en compte dans l'analyse	Référentiel des dangers.
Préparer et faciliter la phase de recensement des risques. ▸ Orienter la présentation des situations de travail des cadres sur la présence de certains dangers. Gagner du temps sur le recueil en hiérarchisant le questionnement de départ de l'analyse. ▸ Développer une sensibilité sur des points quotidiens, susciter des interrogations sur les risques professionnels	Guide de ré repérage des dangers dans les UT.
Guider la démarche d'analyse des situations de travail par un questionnement méthodique en liant avec des modèles de risques. Enrichir les compétences des personnes assurant les relevés. Permettre d'aborder plus facilement l'environnement de travail et les interactions entre éléments lors de l'analyse.	Référentiel d'analyse des situations dangereuses.
Modéliser la cotation des risques, permettre d'évaluer puis de hiérarchiser les risques relevés	Matrice de criticité.
Défini un cadre minimum aux axes d'actions d'amélioration envisageables.	Cadre pour les propositions d'amélioration

5 - Principes pour la généralisation de la démarche

Ce chapitre fait une synthèse des points clefs pour la construction du projet et la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation. Nous avons privilégié une lecture par fiche, néanmoins la lecture à elle seule de ces fiches n'est pas suffisante, car elles jouent simplement un rôle de récapitulatif, des explications et précisions pourront être retrouvées dans le chapitre 4.

Chaque fiche se structure en 3 parties :

- Les pré-requis : il s'agit des conditions pour la mise en œuvre du travail de cette étape,
- Les modalités de gestion, qui concernent le contenu des « tâches » à mener et leur organisation ;
- Les vigilances : les points d'achoppement, les écueils possibles.

Les éléments contenus dans ces fiches sont tous des éléments transférables à d'autres établissements, ils sont inspirés en majeure partie de l'expérience de l'hôpital.

Deux grandes parties composent ce chapitre :

- La construction du projet : La mise en œuvre de la conduite de projet est l'un des 2 versants d'une démarche. Trois fiches composent cette partie : les outils, les structures, les processus projet.
- La construction de la démarche, reprend le séquentiel de l'évaluation des risques en 5 fiches : définition des unités de travail, identification des situations dangereuses, évaluation et hiérarchisation, définition du plan d'action, validation et actualisation du DU.

5.1 - La construction du projet

Fiche N° 1 LES STRUCTURES DU PROJET ET SON MANAGEMENT

Pré requis

- Comprendre qu'un projet n'est pas une opération courante et qu'il nécessite des moyens et une dynamique spécifiques.
- Un projet possède une dynamique propre avec sa propre logique de décision. En tant que structure transversale par rapport à la ligne hiérarchique habituelle, il doit disposer d'une forme d'autonomie de décision, certes validée par les structures hiérarchiques habituelles : autonomie ne signifie pas absence de contrôle ou de cadrage de l'action.

Modalités de gestion

- Définir les niveaux de pilotage stratégique et opérationnels :
  - Stratégique : responsabilité du DU, représentativité des secteurs concernés, expertise du domaine
  - Opérationnel : compétences en gestion de projet pour l'étude et le dimensionnement de la mise en œuvre
- Construction des niveaux opérationnels progressivement en fonction de l'avancement du projet :
  - Attribuer une fonction de coordination du projet : chef de projet
  - Equipe réduite pour l'étude du projet : compétence projet, en gestion des risques, institutionnelle ...
  - Anticiper l'élargissement de l'équipe en fonction des besoins projet : expertises et compétences utiles, variations d'effectif
- Cadrage des attributions respectives et rôles des structures.
- Définition des modalités de fonctionnement des structures :
  - Fréquence des regroupements cohérente avec les possibilités d'avancement de l'équipe
  - Attendus des étapes : objectifs et résultats
  - Fonction de reporting des séances de réunion

Vigilances

- La disponibilité des membres est souvent un frein qui pénalise l'action : s'assurer qu'ils pourront être dégagés ponctuellement et sur la durée, s'assurer qu'un temps partiel est opérationnellement acceptable ....
- Sur des projets de long terme, la pérennité des personnes dans les structures pose fréquemment problème, il convient donc de s'en assurer préalablement afin de ne pas pénaliser le projet : perte de compétences et d'informations, investissement en formation pour les remplaçants, effet non négligeable sur la durée....

Fiche N° 2 LES OUTILS DE PILOTAGE ET DE SUIVI DU PROJET

Pré requis

- Les principes du projet (structures et démarche) sont formalisés dans les grandes lignes et validés par la structure de pilotage.
- Les personnes participant aux structures sont identifiées.

Modalités de gestion

- Concevoir **une lettre de mission** à destination des différents acteurs du groupe.
  - Elle doit faciliter le positionnement des personnes dans leur tâche en spécifiant les attributions spécifiques (tâches à réaliser et conditions de réalisation de ces tâches), le temps et la durée de la mobilisation.
- Mettre en place **un tableau de bord** de pilotage de l'action synthétisant l'avancement qualitatif et quantitatif de l'équipe, conçu à partir des différentes fiches de suivi de l'action.
  - La fonction du tableau de bord est tout aussi importante pour le chef de projet (organisation de l'équipe), que pour l'équipe (repérage de l'avancement) ou la structure de pilotage (reporting d'avancement).
- Mettre en place **une fiche de suivi des temps** consacrée à l'action pour chaque membre. L'analyse de ces données permet le réajustement du planning et d'identifier les besoins de renforcement de l'effectif ou d'aide.
  - Elle devra permettre de suivre l'ensemble des temps : recueil traitement d'information, visites des unités, formation, communication, retranscription, régulation, réunion d'équipe, organisation du projet ….
- Mettre en place **un planning** du projet :
  - Pour chaque phase une durée et une période de déroulement a été préalablement déterminée lors de la préparation du projet.
  - La préparation des phases doit maintenant être précise pour structurer l'avancement.
  - Un planning détaillé, établi avec les personnes, des RV et temps consacrés au projet, permettra d'alimenter un planning global prévisionnel de l'avancement.
  - Anticiper les dérives par rapport aux périodes définies pour chaque phase.
- Le suivi global d'avancement des étapes sera alors constitué à partir des plannings individuels.
- Organiser un **retour d'expérience** de chaque phase à partir de l'analyse des données recueillies et de débriefings pour mettre à jour les points forts et faibles de l'étape.

Vigilances

- L'exercice requiert l'exhaustivité : on tend souvent à masquer des temps discrets ou jugés « non directement productifs » comme les temps de préparation, les temps de régulation … la qualité de déroulement du projet n'en sera que meilleure si les données sont exhaustives.
- La rigueur de chacun pour tracer ses activités est requise, ce qui suppose une adhésion préalable aux outils.

Fiche N° 3 LES PROCESSUS DU PROJET 1/3

Pré requis

- Les structures du projet sont définies.
- Le chef de projet et un adjoint sont nommés.

Modalités de gestion

- **Définir les objectifs du projet** : performance, coûts, délais
- **Phasage** du projet :
  - Poser le **type de démarche ERP** : choix méthodologique : Liste générique de dangers, définition des UT, analyse des risques par UT et plan de prévention associé, hiérarchisation des risques, étude des plans de prévention
  - Poser les **principes de la participation** : faire reposer les analyses sur les services ou sur un pool « d'experts » internes. Comment intégrer la participation des services ?
  - Poser les **principes de coopération** entre les évaluateurs et les partenaires externes spécialistes d'un domaine.
  - **Découpage du projet en grandes phases** cohérentes avec la démarche ERP. Définition pour chacun, des principes de réalisation pour quantifier les délais de réalisation, besoin en ressources humaines et les besoins matériels.
    - Définition des outils à construire pour chaque phase de l'ERP ;
    - Construction ou adaptation des outils ;
    - Positionner une phase de test des outils ;
    - Etablir un récapitulatif pour chaque phase des principes de réalisation qui seront présentés au comité de pilotage.
- **Dimensionnement du projet**
  - Construction de la **dynamique du projet** : choix d'une mise en œuvre de projet, séquentielle, concourante, parallèle. Ce n'est pas un choix exclusif, mais le choix de mise en œuvre doit être réfléchi pour chaque étape et inter étape de façon à optimiser le temps et la mobilisation des personnes et des connaissances/compétences de chacun.
    - Une réflexion parallèle sur les UT et la liste des dangers peut très bien être opérée.
    - L'analyse des risques peut faire travailler en parallèle plusieurs équipes sur des UT différentes.
    - L'analyse d'une UT peut solliciter des compétences différentes, une organisation en concourante est donc plus adaptée.
    - Veiller à respecter des temps de coordination et d'encadrement des équipes
  - **Identification des ressources humaines utiles**. Il ne s'agit pas uniquement des effectifs nécessaires en fonction du choix d'organisation, mais de compétences spécifiques.
    - En fonction du scénario de phasage, poser les 1ères hypothèses de besoin en ressource.
    - Ce travail sera affiné suite à une phase test, mais également en fonction de l'avancée des analyses et des difficultés à réguler quotidiennement.

Fiche N° 3 LES PROCESSUS DU PROJET 2/3

Modalités de gestion - suite

- **Définition des moyens matériels** nécessaires. L'informatique joue un rôle important dans ce type de projet, de la disponibilité d'outils informatique va dépendre le délai de réalisation.
  - Les besoins en logiciels et matériels sont à envisager dès cette étape pour ne pas pénaliser le démarrage des phases du projet.
  - Le choix entre des logiciels de gestion des risques et l'utilisation de tableurs type « Excel » doit faire l'objet d'une décision très rapidement, la formation des agents de recensement devra être envisagée dans le cas du choix d'un logiciel spécifique. Dans le cas de choix d'un tableur de type. « Excel », la formation sera envisagée en fonction des compétences des personnels sollicités.
  - Le choix des supports dépend également des exigences et processus qualité que l'on se fixe. Il convient de définir succinctement les principes de la gestion de la qualité documentaire de l'ERP.
  - La retranscription des analyses de risque doit être faite rapidement après le relevé de façon à ne pas perdre d'information. De fait la mise à disposition d'un poste informatique par agent de recensement est à envisager.
- **Finaliser les besoins** pour la structure opérationnelle ou équipe projet
  - Une première évaluation du dimensionnement de l'équipe opérationnelle est ainsi posée pour chaque phase du projet. Des précisions seront apportées lors de l'avancement du projet et des aménagements seront sûrement nécessaires en cours de projet pour faire face à des situations imprévues.

- **Communication :** aspect souvent négligé dans les projets, elle joue cependant un rôle facilitateur et devient facteur d'appropriation et de partage d'une démarche. L'adhésion préalable des personnes est requise dans ce type de projet ; car les personnes sollicitées lors du recensement et la présence d'agents extérieurs aux services est susceptible d'introduire des perturbations. La communication du projet remplit plusieurs fonctions :
  - Favoriser la mobilisation des agents autour de la démarche et de la gestion des risques, de façon à ce qu'ils anticipent la venue d'enquêteurs dans le service
  - Mobiliser les services sur leur contribution nécessaire dans le recueil des risques
  - La communication doit également être envisagé comme un processus : le projet dans sa phase initiale, lors d'étapes intermédiaires (dangers, à la fin de l'analyse d'une UT).
  - Le contenu des communications doit être adapté en fonction de la phase dans laquelle on se trouve ; s'il est essentiel d'informer sur les raisons et le phasage du projet en début de projet, à chaque phase ce seront ses résultats qui retiendront l'attention des personnes.
  - De même, l'adoption d'une charte graphique contribuera à repérer l'évaluation des risques.
- **Formation et formation/information**. La formation peut représenter un budget non négligeable d'un projet.
  - La formation des agents de recueil est à anticiper dans le temps de façon à permettre l'appropriation des outils et démarches. Le travail de l'enquêteur n'est pas basé sur le remplissage d'une check-list, mais sur la capacité à aborder globalement une situation de travail.

Fiche N° 3 LES PROCESSUS DU PROJET 3/3

Modalités de gestion - suite

- Son dimensionnement dépend des compétences à disposition. Des compétences en analyse de situations sont souvent à développer (analyse du travail) avec des compétences de base en technique d'entretien.
- Concernant la forme que peut prendre cette formation : un travail en salle pour la démarche et des exercices d'application et un accompagnement sur le terrain.
- La durée s'adapte en fonction de l'objectif. S'il s'agit de sensibilisation à la démarche, la durée peut être faite courte (intervention ponctuelle ou participation). Pour les référents, acteurs du projet, il s'agira de développer des compétences opérationnelles en ERP, qui nécessitent un temps significatif de formation et un temps d'appropriation, ainsi qu'un temps de suivi si ces agents sont novices.
- La formation / information des services à solliciter est essentielle pour l'accueil des enquêteurs. C'est lors du premier contact que sera fait un point sur la démarche, sur les informations à recueillir et sur la façon dont ils seront sollicités.

Vigilances

- Disponibilité des membres pour éviter de pénaliser l'action
- L'équipe de base du projet doit comporter des compétences utiles à la réflexion pour la mise en place du projet : compétences en gestion de projet, en méthodologie d'analyse des situations de travail, en risques professionnels.

5.2 - La démarche de construction du DU

Fiche N° 4 LES UNITES DE TRAVAIL

Pré requis

- Avant de constituer le découpage par UT, rassembler des données sur les effectifs, des données sociales synthétiques en rapport avec les risques (ex : maladies professionnelles, absentéisme ...) pour avoir un aperçu global des différents pôles.
- Au-delà du processus d'évaluation, concevoir les UT comme des ressources pour le management local de la sécurité et la santé des agents, comme des relais de la politique de prévention du CHU.

Modalités de gestion

- Trouver un équilibre dans le découpage en UT qui facilite le management local des unités et soit gérable sur un ensemble plus vaste par l'instance qui suivra le projet ou l'instance qui validera à terme les plans d'actions.
- Etablir des critères pour le choix du découpage en unités de travail (type d'activité, risques connus, localisation géographique des sites, indicateurs sociaux, taille des unités, ...) et tester leur validité sur le découpage d'un pôle par exemple.
- Des UT transversales, établies en fonction des risques spécifiques (ex déplacement routier d'urgence), peuvent être combinées à un découpage d'UT établi sur la base de critères d'activité et de localisation.
- Construire une fiche d'identification de l'UT qui permette d'en suivre l'évolution sur la base d'indicateurs (ex : variations d'effectif, organisation des équipes de travail, suivi des surveillances médicales, type d'absentéismes, fiche de signalement ...)

Vigilances

- Prendre en compte l'ensemble des personnels lorsque l'on défini les UT.
- Effectuer une quantification des effectifs par métier (nombre d'agents) plutôt que de quantifier des temps de travail (ETP)

Fiche N° 5 IDENTIFICATION DES SITUATIONS DANGEREUSES *1/2*

Pré requis

- Comprendre que l'on évalue dans une situation de travail l'interaction de différents éléments, savoir mettre en rapport des pratiques avec un environnement (moyens, outils, moment, équipe, patient…) c'est-à-dire disposer d'un modèle d'analyse du travail réel.
- Poser la différence entre dangers et risques professionnels, risques professionnels et risques sanitaires.
- Avoir défini les principes de l'investigation sur le terrain, les ressources à allouer
- Avoir déterminé le découpage des unités de travail.
- Avoir formalisé des grilles de recueil.
- Disposer de moyens logistiques pour enregistrer les données puis les sauvegarder.
- Organiser les moyens de tracer l'avancement des différents recueils, l'avancement de l'ensemble de la démarche sur chacune des unités de travail.

Modalités de gestion

- Mettre en place un protocole d'action qui identifie les personnes à contacter lors de la démarche dans les UT, les types de situations à observer, les outils à utiliser, les sorties attendues.
- Informer, former les personnels qui feront l'identification des risques à la méthodologie de recueil choisie. Mettre à disposition les outils de recueil et un guidage de l'action faisant référence au modèle d'analyse utilisé. (ex : référentiel d'analyse des situations dangereuses).
- Informer l'ensemble des personnels de la finalité de la démarche, de son lancement. Informer les unités « test » des attendus, de la mobilisation demandé, des étapes de la démarche.
- Définir un vocabulaire minimum de description des situations et de relèves de données.
- Prévoir une phase de test pour valider le protocole d'action, l'utilisation des outils et réajuster le temps nécessaire à cette étape.
- Lors de la quantification des moyens à mettre en place, prévoir un temps de formalisation des recueils (réécriture des éléments relevés) puis de relecture.
- Réajuster puis consolider le protocole, les outils, les ressources à disposition en fonction des retours de la phase test. Fixer ces critères globaux de timing d'action et anticiper le volume de variation possible en fonction des spécificités des situations.
- Lors des 1ers recueils d'une personne et ensuite ponctuellement en fonction des besoins, assurer une relecture des relevés et/ou un guidage lors de l'action pour développer les compétences à qualifier, décrire une situation avant de la quantifier.
- S'assurer régulièrement du respect du vocabulaire employé pour la définition des dangers, des conditions d'exposition.

Fiche N° 5 IDENTIFICATION DES SITUATIONS DANGEREUSES *2/2*

Vigilances

- Eviter les discours mettant en cause des agents, des métiers, des fonctions.
- Eviter de pointer le non respect des procédures sans les mettre en relation avec des contextes de travail.
- Formuler les éléments en termes de faits et non de jugement.
- Considérer le temps de relecture du responsable de l'action terrain comme un moyen de régulation du projet, un outil de développement des compétences et une garantie de fiabilité des données qui assurera un gain de temps ultérieur au projet (gain dans la lisibilité des recueils, gain pour l'homogénéité du questionnement, gain pour valider le modèle d'analyse et à terme proposer des améliorations en rapport avec les risques relevés).
- Recenser les situations où le risque professionnel existe soit de manière « brute », soit en tant que risque résiduel. Les savoir-faire de prudence mis en place pour prévenir certains risques peuvent être interrogés afin de comprendre les modes de régulation de l'unité. Ce ne sont pas les situations gérées qui apparaîtront sur les relèves mais plutôt les effets (sur les agents ou le système) engendrés par les régulations.
- Identifier les agents exposés tant dans le nombre (pour en assurer ensuite le suivi) que dans leur compétences et expérience (pour ensuite dimensionner le risque).

Fiche N° 6 EVALUATION & HIERARCHISATION DES RISQUES

Pré requis

- Avoir renseigné sur les grilles, les risques professionnels à évaluer. Définir les acteurs de cette étape
- Disposer d'un modèle d'évaluation et de hiérarchisation des risques, soit une matrice de criticité des risques.
- Organiser les moyens de tracer l'avancement de la démarche sur chacune des unités de travail.

Modalités de gestion

- Eviter de quantifier le risque en groupe de travail (nécessite de reprendre chacune des situations pour les comprendre avant de les coter). Pour être moins chronophage, l'évaluation de chacune des situations peut-être faite par des personnes ressources et être ensuite validée en groupe.
- Pondérer le risque dans un premier temps en fonction des données de la situation (effectif, durée d'exposition, fréquence d'exposition…) Evaluer ensuite la mise à disposition des moyens de prévention et de protection, leur usage réel et leur efficacité face au risque. C'est cette évaluation qui permettra de hiérarchiser ensuite les différents risques ou les situations de travail.
- Utiliser la hiérarchisation comme un moyen de faire apparaître les notions de récurrence et d'amplitude du risque sur l'unité, les postes ou certaines tâches.
- Construire une cartographie afin de visualiser les risques les plus prégnants sur une unité de travail.
- Dans la mesure où toutes les unités de travail ne seront pas au même état d'avancement de la démarche, suivre l'avancement de chaque unité dans la démarche, suivre la charge de travail des personnes ressources sur ce projet.

Vigilances

- Eviter de multiplier le lancement de la démarche dans trop d'unités en parallèle pour une même personne. Le morcellement des analyses, l'extension de la démarche dans le temps pour une même unité, nuit à la qualité des recueils et reste chronophage au final.
- Eviter des critères lissant le risque, c'est-à-dire accepter de pointer la criticité d'un poste, d'une situation de travail, ou d'un risque particulier sans pour autant porter un jugement d'efficacité.
- Eviter d'évaluer en fonction des moyens de correction possibles, des commodités de management de la correction. L'évaluation doit porter sur le risque et non sur sa facilité de mise en œuvre.

Fiche N° 7 DEFINITION DES PLANS D'ACTION

Pré requis

- Disposer d'une vision globale des risques par unité (cartographie des risques).
- Avoir mis en place un formalisme d'écriture des plans d'action : un vocabulaire minimum de formulation des propositions, une catégorisation du type de mesures de prévention possibles (ex : domaine organisationnel, domaine formation, domaine technique-matériel).
- Suivre l'avancement de l'ensemble de la démarche sur chacune des unités de travail.

Modalités de gestion

- Les propositions locales d'amélioration peuvent être recueillies lors du recensement des situations dangereuses. Le fait de décrire une situation puis d'envisager les moyens, soit d'en prévenir les risques, soit d'en limiter les conséquences, dans une même séquence facilite la vision globale de l'action, fait gagner du temps au projet.
- Veiller à ce que le responsable de l'action d'amélioration, à ce que la temporalité d'action en durée et en date soient mentionnés dans chacune des améliorations proposées.
- Une fois les différents plans d'action collectés, se donner les moyens de les agréger pour en favoriser la lisibilité et l'analyse globale.
- L'agrégation des risques et des plans d'action doit permettre une lecture selon plusieurs clés d'entrée : type de risques, de tâches, de métiers et/ou des postes.

Vigilances

- Différencier les intentions des propositions d'actions d'amélioration (amélioration concrète formulée en verbe d'action).
- Garder à l'esprit qu'il s'agit de propositions en vue de prévenir ou protéger d'un risque évalué. Si les conditions de travail peuvent être améliorées, c'est en priorité au regard de ce risque L'évaluation n'est pas un audit des conditions de travail même s'elle peut contribuer à leur évolution
- Malgré l'hétérogénéité des situations de travail, gérer l'écriture des propositions d'actions selon le cadrage défini. Cette vigilance permettra de faire une agrégation des éléments favorisant la prise de décision.
- Donner la priorité aux mesures de prévention sur les mesures de protection. Les propositions de mesures organisationnelles et humaines visent davantage la prévention, les mesures techniques de type achat de matériel visent plutôt la protection.

Fiche N° 8 — VALIDER, METTRE EN ŒUVRE ET SUIVRE LES PLANS D'ACTION – ACTUALISER LE DU

Pré requis

- Disposer du recensement des risques, de la cartographie des risques par UT, des propositions d'amélioration faites au niveau de chacune des UT analysées.
- Avoir défini les zones de compétences et les modes de validation des plans d'actions proposés localement.
- Organiser la diffusion de l'information de la validation des plans d'action au niveau local (unités de travail, pôle…).
- Avoir défini les modalités de contrôle de la mise en œuvre des plans d'actions validés.
- Mettre en place un tableau de bord de suivi des plans d'actions local, par unités pour l'ensemble du CHU.
- Fixer une date d'actualisation du DU.

Modalités de gestion

- Valider les plans d'action
  - Organiser la mise en relation de la cartographie des risques d'une unité avec la cartogra d'autres unités pour faciliter une vue d'ensemble.
  - Analyser la récurrence d'un même type de solution d'une UT à l'autre ou d'une m problématique, pour développer des mesures de prévention concernant le pôle, voire ensemble d'activités (ex activités médico-techniques, activités de soins), ou l'ensemble du CH
  - Définir le mode de centralisation, en un seul document, des différents recueils et plans d'ac validés pour un même établissement.
- Mettre en œuvre.
  - Analyser la faisabilité des améliorations du point de vue du temps et des ressources à all (conditions pour une mise en place d'action effective).
  - Informer les unités des modes de validation des plans d'action proposés
  - Définir des priorités d'action et les communiquer aux unités concernées.
- Suivre.
  - Définir un format de fiche pour suivre au fil de l'eau les modifications d'organisation d'environnement du travail.
  - Définir un moyen synthétique de suivre l'avancée de la mise en œuvre du plan d'action.

Vigilances

- Suivre la réalisation de l'action en tenant compte de ses conditions d'application (respect du cahier des charges).

6 - Conclusion

La contribution apportée tout au long du projet et l'analyse de son déroulement ont été formalisées pour l'hôpital dans des documents internes et reprises dans ce document sous forme d'éléments transférables à d'autres interventions.

Ainsi dans le premier temps de cette conclusion, nous reviendrons sur les points pertinents du projet.

Au-delà d'enseignements singuliers dégagés par l'intervention, leur valorisation est utile à la CDC dans ses prérogatives de gestion du fond de prévention. Au vu du nombre de projets, initiés ou suivis par la CDC, l'apport d'un savoir-faire et de réflexions aux établissements est un atout à entretenir.

Dans un second temps, nous apporterons donc des éléments de réflexion sur la valorisation des connaissances et des savoir-faire de projet en prévention des risques professionnels.

6.1.1 - Les points pertinents du projet

SUR LA CONDUITE DE PROJET

- ✓ **La conduite de projet :** une nécessité pour mener le projet à son terme et pour garantir la qualité du projet.

Bien avant de définir les méthodologies, penser le projet, ses besoins et son déroulement est une condition première qui requiert des compétences spécifiques. Un projet est une activité spécifique qui doit être managé en cohérence avec sa spécificité.

- ✓ **la direction du projet :** un chef de projet doté compétences, d'un statut, et d'une capacité d'autonomie pour la conduite de projet

La fonction de pilotage du projet adoptée à l'hôpital reposait sur 3 acteurs : un chef de projet médecin doté d'un statut reconnu au sein de l'établissement, un Ingénieur Hygiène et Sécurité qui au-delà de son statut de consultant interne amenait des compétences en gestion des risques qui permettait de garantir la qualité et l'intégrité méthodologique de l'action et, un consultant extérieur qui au travers de sa fonction d'accompagnement des acteurs, apportait des compétences dans la conduite du projet et établissait des retours d'expérience à chaque étape de la démarche.

La compétence et le statut du chef de projet sont essentiels au déroulement de l'action. D'une part, parce qu'un chef de projet doit disposer d'autonomie et de confiance de la part de la hiérarchie de l'établissement, de reconnaissance sur le terrain et, d'autre part, de compétences propres en gestion de projet et en prévention des risques pour piloter le projet.

✓ Les structures du projet

Les fonctions de validation et d'instruction opérationnelle inhérentes à la conduite de projet, doivent être assurées par des structures différenciées.

✓ L'affectation de ressources

La recherche de compétences présentes dans l'établissement pour participer au projet se fait souvent au rythme d'avancement du projet. A défaut d'anticipation, la gestion des ressources est souvent chaotique. L'identification des compétences utiles est un exercice préalable essentiel tant pour la qualité du projet que pour la satisfaction des personnes qui collaboreront. La réflexion sur la formation des personnes à leur prise de fonction dans le projet découle directement de cette étape. L'autre aspect important est la stabilité et la pérennité des équipes. Du fait de la capitalisation de l'expérience tout au long du projet, l'équipe acquiert une compétence, qui lui permet d'être de plus en plus efficace et qui permet au chef de projet de maîtriser le temps et de garantir la qualité de sa prestation. A l'inverse, la perte des ressources, se traduit par une perte de la mémoire du projet et par des difficultés à gérer la compétence d'une équipe (d'où des investissements conséquents en formation), à maîtriser les durées et la qualité, et fort souvent par de l'insatisfaction.

✓ La mobilisation des acteurs, la visibilité du projet et la communication

Un projet d'évaluation des risques sollicite le personnel, il y a donc une nécessité à le mobiliser en fonction des contributions attendues.

De plus, organiser la visibilité du projet suppose d'élaborer un plan de communication avec des objectifs ciblés de façon à produire des supports adaptés et à organiser leur diffusion dans les meilleures conditions.

La faisabilité sera fonction des lignes budgétaires allouées par anticipation.

✓ La pluridisciplinarité et la gestion de la participation

La pluridisciplinarité, positionnée comme centrale dans le décret d'application, présente bien sûr un intérêt important pour le projet. Apportant une multiplicité de compétences issues de corps de connaissances diversifiés, elle permet l'analyse du projet sous des angles différents. Son intérêt ne doit cependant pas faire passer au second plan la nécessité de gérer la coopération des différents acteurs, de coordonner leurs apports de façon à valoriser le projet.

Il en est de même pour la participation, qu'elle soit issue des styles de management de l'établissement ou spécifiquement voulue sur le projet, elle doit viser des objectifs clairs préalablement définis par le chef de projet. De même, toute sollicitation doit définir les contributions attendues aux participants pour valoriser leur action. Facteur de satisfaction si elle est bien gérée ou de perte de temps et d'insatisfaction si elle est mal gérée.

Gérer la participation suppose en conséquence des compétences spécifiques de la part du chef de projet, tant pour la définition des attendus et des objectifs que pour la gestion de la progression du groupe.

✓ Les étapes du projet

Le cadencement d'un projet d'évaluation des risques est fortement cadré par la le décret de loi et le décret d'application. Mais il ne s'agit pas d'une simple application de méthode et la prise en compte des spécificités locales s'avère toujours nécessaire. Dans ce cadre, réfléchir à la pertinence d'une phase test pour valider les outils, la stratégie de communication auprès des services ou encore les durées de réalisation apporte toujours en qualité et en pertinence de projet.

De même, anticiper et dimensionner les durées de réalisation, permettront de définir le niveau de mobilisation et d'assurer le pilotage du projet.

SUR LA DEMARCHE D'ELABORATION DU DOCUMENT UNIQUE DE PREVENTION

Dans le cadre de la démarche de prévention des établissements, certains éléments nous semblent majeurs.

✓ Un modèle d'analyse de risque

Les modèles d'analyse des risques exigent de dissocier à un premier niveau danger et risque, c'est une construction pour mieux appréhender le « facteur » et sa « conséquence ».

Les modèles d'analyse des situations visent à prendre en compte l'ensemble des déterminants d'une situation, qu'elle soit organisationnelle, technique ou humaine, afin d'intégrer les capacités de régulation des agents.

✓ La familiarisation avec les étapes de la démarche et les exigences méthodologiques du recueil de données.

Il apparaît à l'expérience, que le séquentiel -recueil, évaluation, hiérarchisation et plan d'action- ne trouve pas naturellement du sens auprès des participants au projet. Un effort d'explicitation et d'imprégnation du modèle de la démarche est donc à réaliser.

Les principes d'investigation -l'entretien et l'observation- dans leurs aspects « non culpabilisateurs » et factuels doivent être explicités et respectés.

✓ Des outils de recueil

Les outils de recueil (grille de risques, grilles d'entretiens …) sont conçus en fonction d'un modèle d'analyse de la situation, le choix des termes en est précis. Ils sont conçus en cohérence avec l'action, ils constituent donc un guide pour l'agent. A cela, s'ajoutent des exigences dans la présentation de l'information pour une meilleure lisibilité et compréhension.

✓ Un modèle de prévention

Enfin, l'analyse des moyens de prévention et de protection existants nécessite aussi un cadrage par un modèle pour éviter que les propositions d'amélioration ciblent uniquement les moyens techniques et outils de travail. La gestion des compétences, l'optimisation des organisations du travail relèvent de mesures de fond qui au-delà de la prévention vont faciliter la performance globale de l'établissement.

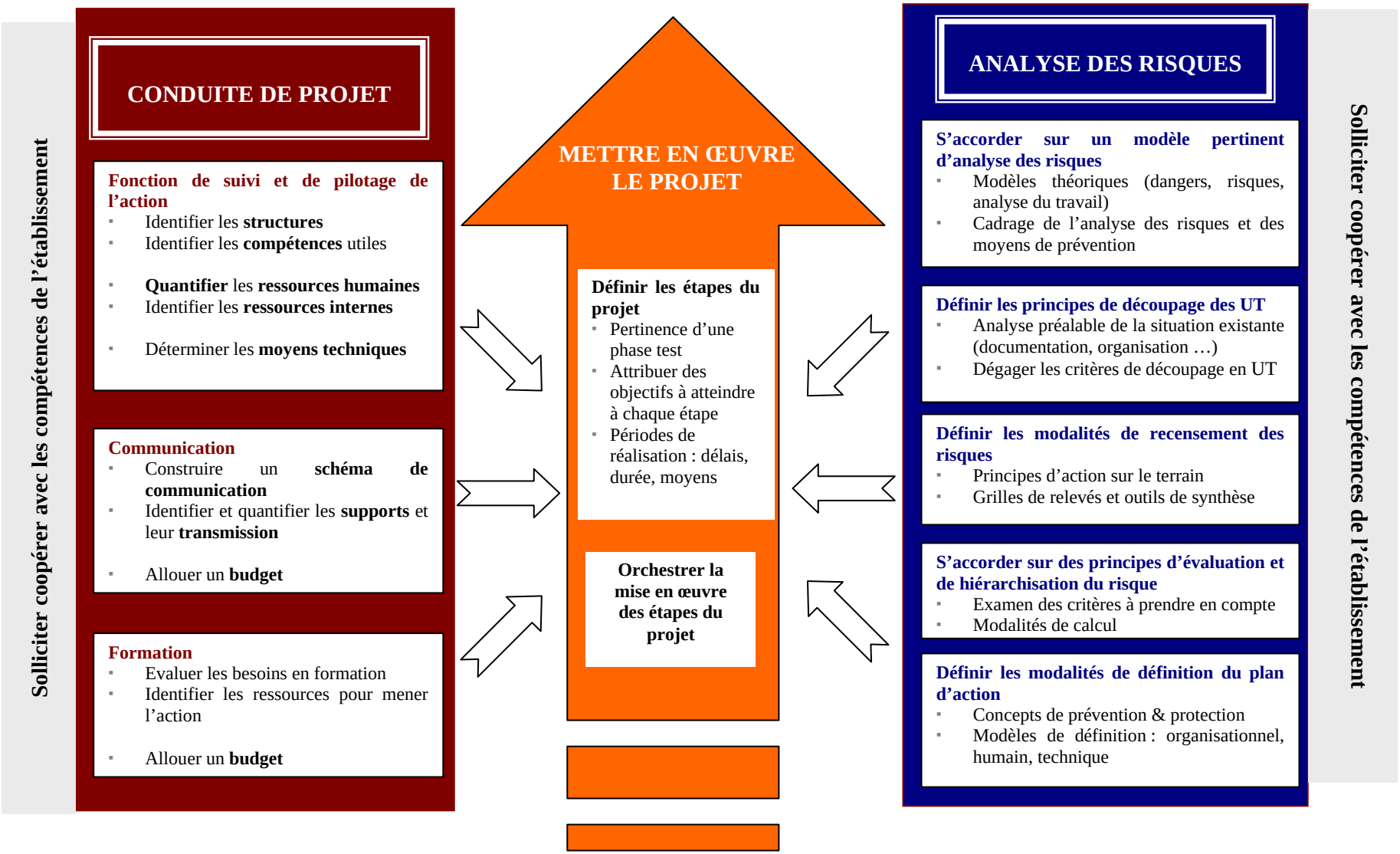
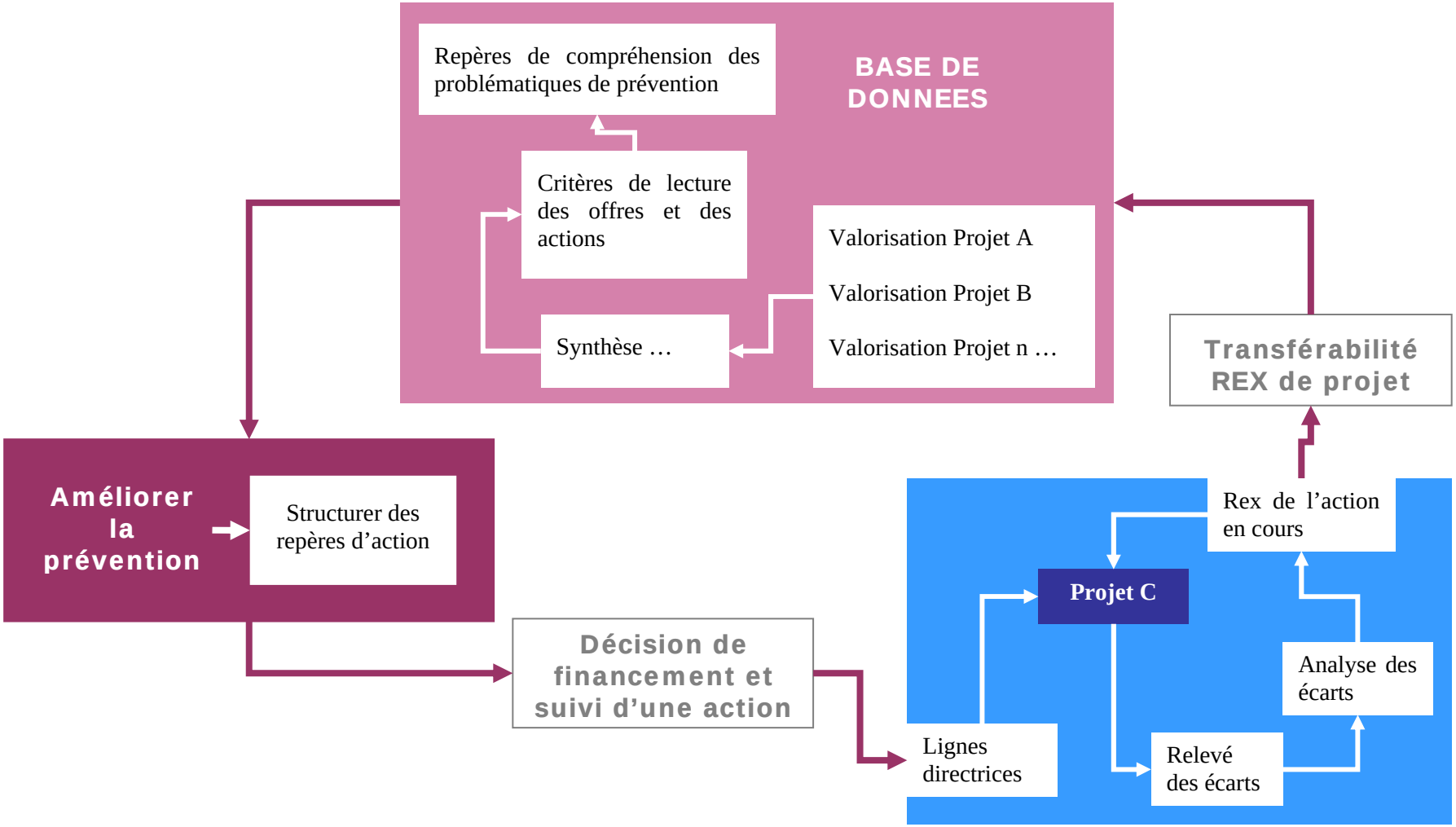
Ces éléments sont repris dans un schéma de synthèse présenté en fin de document.

6.1.2 - La valorisation des enseignements acquis dans les projets ERP

Au-delà d'un retour d'expérience dont la fonction est l'analyse du déroulement du projet pour en extraire des éléments transférables, la valorisation des acquis sur les projets représente un enjeu important d'une structure qui vise à améliorer la gestion de la prévention.

Capitaliser est une étape essentielle, structurer cette capitalisation pour dégager des stratégies utiles en termes de financement et d'aide à de futurs projets représente une valorisation supplémentaire.
Chaque projet produit des connaissances transférables, intégrées dans une base de données dynamique. Ainsi capitalisées, elles constituent des repères d'amélioration de la prévention pour les projets pris en charge par la CDC. Le schéma présenté en fin de document formalise la valorisation des données dans un cycle de vie.

Conduite de projet et démarche d'évaluation des risques



Cycle de vie de la valorisation des données