

Prévenir ensemble

Les risques d'atteinte psychologique au travail

Méthodologie

- Quand la souffrance devient plainte
- L'organisation « préventive » des facteurs psychosociaux

Outils

- Les facteurs psychosociaux, l'évaluation des risques, la fiche d'entreprise et le service de santé au travail.

Pratiques

- Manutention et facteurs psychosociaux, quel(s) lien(s) ? Quelques questions, pour amorcer le débat...
- Psychologue pour le personnel : une pratique à construire

Approche institutionnelle

- Prévention du stress au travail : un projet pluridisciplinaire
- La demande sociale autour du harcèlement auprès d'un service de renseignement

Point de vue d'acteurs

- Risque suicidaire du fait du travail
- Les médecins du travail doivent veiller pour alerter

CHSCT

- Entretien avec le syndicat CGT du CNPE Tricastin

Point sur les savoirs

- Entretien avec Benjamin Sahler, auteur de Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail, directeur de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), Limousin

Les cahiers des fps

Le Vénitien
27 bd Charles Moretti
13014 Marseille
Tél. : 04 91 62 74 09
Fax : 04 91 62 72 45
e-mail : accueil@cateis.fr

publication tri-annuelle

Directeur de la publication
Franck Martini

COMITÉ ÉDITORIAL

Isabelle Michel
Muriel Gautier
Anne-Marie Gautier
Géraldine Catsivelas
Marie Hélène Cervantes

Conception graphique
Maquette
IntuitivArts

EDITEUR

CATEIS
www.cateis.fr
S.A.R.L. au capital
de 24 000 euros
Siège social : Le Vénitien
27 bd Charles Moretti
13014 Marseille
RCS Marseille B 419 867 551

Agréé expert CHSCT
Habilité IPRP

FINANCEUR

**Direction régionale du travail de
l'emploi et de la formation
professionnelle**
Provence-Alpes-Côte d'Azur
180 avenue du Prado
13285 Marseille Cedex 08
Tél. : 04 91 15 12 12

IMPRIMEUR

Espace Imprimerie
Marseille

Dépôt légal : février 2005
ISSN : 1772-7642

www.sante-securite-paca.org

Sommaire

N° 7
Août 2007

4 Editorial

Méthodologie

6 Quand la souffrance devient plainte

L'organisation « préventive » des facteurs psychosociaux

7

Outils

12 Les facteurs psychosociaux, l'évaluation des risques, la fiche d'entreprise et le service de santé au travail

Pratiques

15 Manutention et facteurs psychosociaux, quel(s) lien(s) ? Quelques questions pour amorcer le débat...

27 Psychologue pour le personnel : une pratique à construire

Approche institutionnelle

29 Prévention du stress au travail : un projet pluridisciplinaire

32 La demande sociale autour du harcèlement auprès d'un service de renseignement

Point de vue d'acteurs

35 Risque suicidaire du fait du travail

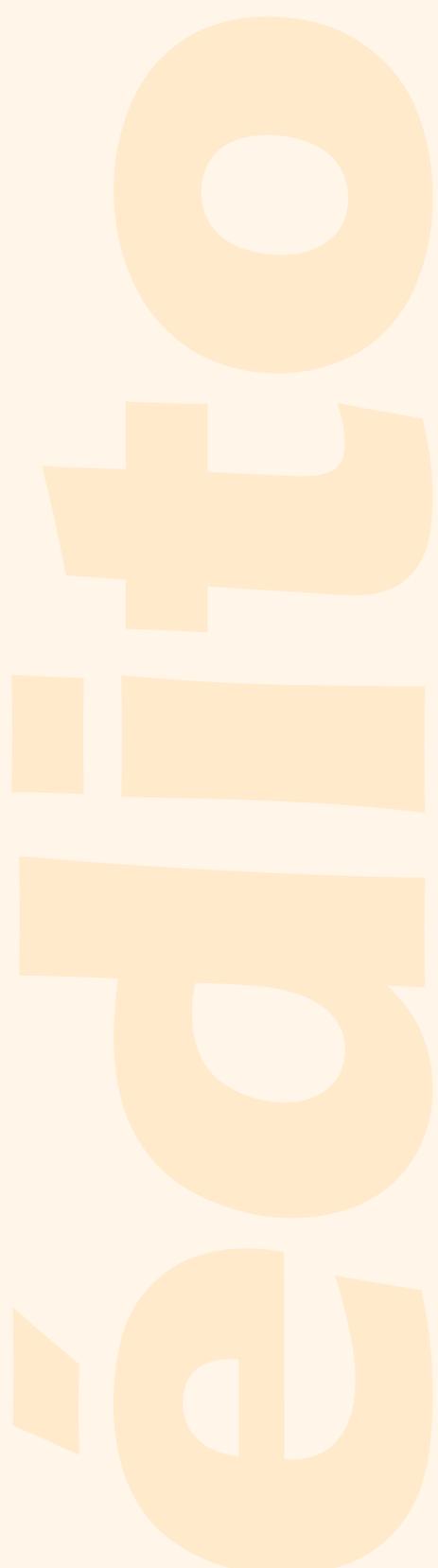
Les médecins du travail doivent veiller pour alerter

CHSCT

40 Entretien avec le syndicat CGT du CNPE Tricastin

Point sur les savoirs

43 Entretien avec Benjamin Sahler, auteur de *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*, directeur de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), Limousin



L'actualité de ces derniers mois a été marquée de façon dramatique par les facteurs psychosociaux. Renault, Peugeot, EDF... Les suicides ont défrayé la chronique et porté au grand jour des questions lourdes et complexes. Quels sont les mécanismes à l'œuvre dans ce type de situation ? Quels dégâts intimes peuvent se produire dans le lien au travail ? Il n'était pas possible d'ignorer une thématique qui illustre par son acuité un malaise plus général. Pour cela nous avons voulu intégrer quelques éléments partiels parus dans la presse, et qui sont en quelque sorte autant de rappels. Mais surtout nous avons sollicité D. Huez, médecin du travail à la centrale nucléaire de Chinon qui nous apporte l'éclairage très clinique d'un acteur au cœur d'une situation tragique... Cela permet également de resituer, ou de tenter de resituer l'importance de ce phénomène. « *Le débat sur le suicide en rapport avec le travail fait aujourd'hui se délier les langues et nommer l'impensable social. Ainsi, parce que quatre suicides se sont produits en deux ans concernant des agents de la centrale nucléaire de Chinon, on apprend dans le même temps que trois suicides se sont produits concernant des salariés de l'usine SANOFI du même département* ». Il est très difficile aujourd'hui d'apprécier l'ampleur et la réalité de cette face noire du travail.

Ce témoignage est complété indirectement par une rencontre avec le syndicat CGT de la centrale nucléaire de Tricastin, qui donne à son tour un point de vue sur les enjeux actuels dans une unité de production nucléaire. Ils abordent l'ensemble des points qui d'après eux caractérisent la situation et leur position au regard des initiatives de la Direction. Nous avons ainsi une perspective intéressante qui permet de comprendre en quels termes se pose le dialogue social autour des facteurs psychosociaux.

Un autre point sur lequel il était nécessaire de faire un détour, et dans la suite de la sortie du livre de l'ANACT, concerne la question de la spécificité des facteurs psychosociaux. Un entretien avec B. Sahler permet d'aller plus loin sur une thématique qu'il sera à l'avenir encore important de détailler. Certes les risques psychosociaux doivent s'intégrer dans une démarche de prévention. Il est d'ailleurs essentiel de militer pour qu'ils soient systématiquement inclus dans le Document Unique d'évaluation des risques professionnels. Comme tous les autres risques ils doivent être intégrés dans les démarches de prévention. Mais dans le même temps il est nécessaire d'éclairer les points qui relèvent de leur spécificité. En effet on peut faire l'hypothèse que l'on ne peut strictement agir en ce domaine comme pour d'autres types de risques. L'intérêt de cet entretien est de parcourir avec B. Sahler l'ensemble de ces questions, qui permettent d'ailleurs de venir aussi sur une réflexion plus large concernant la dimension psychosociale.

On commence à mieux appréhender le lien entre la dimension psychosociale et d'autres risques, en particulier pour les TMS. De ce point de vue l'apport collectif de deux ergonomes, un psychologue et un préventeur de l'APHP, nous permet de saisir avec plus de finesse la nature des liens entre les TMS et FPS. Leur travail se situe dans une approche fine et complémentaire des troubles issus de la manutention et de la dimension psychosociale. Ce type d'approche, à la fois pluridisciplinaire et développée sur plusieurs terrains représente un effort de capitalisation important dont les transferts peuvent être utiles en dehors du secteur sanitaire. Le texte a également l'intérêt de porter quelques remarques dont la pertinence déborde le périmètre de l'hôpital. « Dans le registre des facteurs psychosociaux, il nous paraît que la dimension psychique dans le « travail ordinaire » de soins ne devient visible qu'en négatif : l'accident, la situation de crise, le passage à l'acte. Mais tant que la performance est atteinte, elle n'a pas de visibilité ; l'intelligibilité du fonctionnement des situations de travail, aux différents niveaux de l'organisation, en est fortement réduite ».

Les questions relatives à la pratique et l'organisation sont également centrales dans la réflexion de P. Gillardo qui nous donne à lire les conclusions de sa riche expérience. A partir de l'action menée à travers une action de longue durée dans le secteur de l'aide à domicile (une quarantaine de structures auditées) et d'une étude longitudinale menée dans une structure de plus de 500 salariés elle a modélisé une démarche articulée autour du concept « d'organisation préventive ». Cette notion... « prend appui sur les liens faits entre plusieurs méthodes d'intervention complémentaires : la prévention des risques, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la gestion des âges, le maintien en emploi des personnes en difficulté, l'embauche de travailleurs handicapés, l'analyse de la charge de travail. L'organisation du travail y occupe une place centrale et s'inscrit dans les enjeux économiques et sociaux de l'entreprise. La réussite de cette démarche repose sur une dynamique sociale engagée avec les acteurs internes et externes à l'entreprise, par leur coopération autour d'objectifs partagés. » Ces quelques lignes sont explicites en elle-mêmes et dessinent un mode d'approche de la prévention qui s'inscrit parfaitement dans une perspective globale. Là aussi il sera nécessaire à l'occasion des numéros ultérieurs de notre revue d'aller plus loin dans l'élaboration collective autour de ce type de démarches.

La contribution de C. Duhaut, psychologue dans un centre hospitalier est l'occasion de voir comment une pratique est en train de s'élaborer. « Plusieurs postes de psychologue dans les établissements de soins ont été créés à partir d'une circulaire DHOS du 15 décembre 2000 sur la prévention et l'accompagnement de la violence en milieu hospitalier : elle notifiât avant tout l'obligation à

l'employeur hôpital de mettre en œuvre des actions afin d'assurer la sécurité de ses agents, et éventuellement de réparer les dommages si besoin. Elle faisait elle-même référence à un protocole d'accord de mars 2002 qui visait une amélioration des conditions de travail des soignants ». Il est intéressant et instructif de voir se mettre en place un mode d'action qui s'invente au fil du temps, de l'expérience accumulée et des situations rencontrées. Nous pensons que dans le domaine de l'action relative aux facteurs psychosociaux il est tout à fait nécessaire d'être au fait de ce type d'actions qui ont tendance à se développer.

Enfin deux mots sur le travail entrepris par le service renseignement de la DDTEFP 13 et relaté par B. Brunier. « La Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle des Bouches du Rhône s'est engagée en 2006 et 2007 sur une analyse des pratiques de traitement par l'inspection du travail des situations susceptibles de constituer un « harcèlement moral au travail ». Cela a donné un suivi tout à fait intéressant dans la mesure où il permet une forme d'objectivation de la demande sociale. Plusieurs enseignements peuvent en être tirés.

Les contributions de cette livraison des Cahiers donnent un aperçu à la fois très large et approfondi des problématiques actuelles. Nous espérons que les lecteurs trouveront là une source documentaire utile et apte à favoriser le transfert d'expériences. Nous vous invitons encore une fois à nous faire retour de vos remarques ou réactions concernant les textes publiés.

Si vous souhaitez recevoir les cahiers des FPS, merci d'en faire la demande à la DRTEFP Paca auprès de :
valerie.giorgi@dr-paca.travail.gouv.fr

Quand la souffrance devient plainte

La plainte déposée pour harcèlement moral par cette employée contre sa supérieure hiérarchique n'est-elle pas tout simplement un appel au secours ? Basée sur l'écoute, la démarche dévoile bien plus qu'un problème individuel : une organisation et un dialogue social défailants.

Cette entreprise de 34 salariés produit et commercialise des peintures spéciales. Le site principal regroupe une usine de fabrication et un magasin de vente aux professionnels. Deux autres points de vente réalisent la « mise à la teinte », assurent une assistance technique et des livraisons sur chantier « sur mesure ». Son appartenance à un groupe international induit de nombreux changements de dirigeants : en huit ans, l'entreprise a connu 5 directeurs.

Demande de l'entreprise et démarche

Une employée dépose plainte pour harcèlement moral contre sa supérieure hiérarchique. Le directeur et les délégués du personnel de l'entreprise sollicitent l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) Martinique. Ils souhaitent étudier le bien fondé de la plainte, tout en préservant l'intégrité de chacune des parties.

Qui dit plainte pour « harcèlement moral » dit parfois appel au secours d'une personne qui exprime une souffrance physique et/ou psychique et/ou sociale, face à des dysfonctionnements organisationnels ou des conflits qui dégénèrent. C'est cette hypothèse qu'il convient d'examiner par un travail d'observation et d'analyse.

Basée sur l'écoute de la parole des acteurs concernés et sensibilisés au problème, la méthode utilisée permet à chacun de s'exprimer pour mieux analyser le problème. Il s'agit aussi de comprendre le vécu des salariés, en questionnant l'histoire professionnelle des différentes personnes impliquées. Une fois la situation clarifiée, la recherche de solution débouche sur un compromis entre les deux parties concernées, afin de coexister au mieux dans l'espace de travail.

En l'occurrence, plusieurs faits caractérisent le problème. Suite à des malentendus, le lien d'amitié entre les deux protagonistes s'est rompu, crispant d'autant plus leur relation. Cette tension individuelle s'inscrit dans un climat social dégradé (divers conflits entre collègues non pris en compte par les directions successives). Les difficultés de communication n'arrangent rien. Il n'existe ainsi aucune réunion de service pour échanger sur le travail et sur les éventuelles difficultés rencontrées par chacun.

À cela s'ajoute une confusion de rôles entre le directeur de l'entreprise et la supérieure hiérarchique. Le premier fournit 80 % du travail de l'employée qui a porté plainte pour harcèlement moral, d'où une répartition ambiguë de certaines tâches entre les deux protagonistes. Le sentiment d'absence de reconnaissance, la remise en cause du travail, l'investissement fourni suite à un changement de méthodes de travail imposé sans concertation par la supérieure hiérarchique, la charge de travail qui exige une organisation rigoureuse font le reste. D'autant que l'emplacement et l'agencement du poste de travail de l'employée l'isolent de l'ensemble des collègues, ce qui la prive d'échanges professionnels ou conviviaux.

La souffrance naît donc bien de l'interaction de facteurs psychosociaux (perte d'autonomie, sentiments de remise en cause et de non-reconnaissance du travail réalisé), de facteurs relationnels (lien d'amitié rompu) et éventuellement de caractéristiques individuelles. Une souffrance amplifiée par des dysfonctionnements du travail, jusqu'à percevoir dans les actes de la supérieure hiérarchique du « harcèlement moral » alors que ce sont l'organisation et les conditions de travail qui sont réellement en cause.

Bilan

Avant toute restitution des travaux et proposition de pistes d'actions (organisation, formation, etc.), la situation de crise s'est d'elle-même aplanie : la supérieure hiérarchique a pris l'initiative de suivre une formation en management, de mettre en place régulièrement des réunions de service. Aujourd'hui, la communication entre l'employée et elle se fait naturellement et sans heurts. La démarche a permis de libérer la parole et de légitimer l'expression des salariés en souffrance. Selon le directeur, elle lui permettra de détecter plus en amont et plus efficacement les facteurs de risques pouvant conduire à des situations de souffrance.

 **Jean-Marie Faucheux,**
chargé de mission,
ARACT Martinique
jm.faucheux@anact.fr

Ce texte est préalablement paru sur le site de l'ANACT : www.anact.fr

L'organisation « préventive » des facteurs psychosociaux

Le concept d'« organisation préventive » a été construit à partir de notre pratique d'intervention. Il prend appui sur les liens faits entre plusieurs méthodes d'intervention complémentaires : la prévention des risques, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la gestion des âges, le maintien en emploi des personnes en difficulté, l'embauche de travailleurs handicapés, l'analyse de la charge de travail.

L'organisation du travail y occupe une place centrale et s'inscrit dans les enjeux économiques et sociaux de l'entreprise. La réussite de cette démarche repose sur une dynamique sociale engagée avec les acteurs internes et externes à l'entreprise, par leur coopération autour d'objectifs partagés. Nous avons pu réaliser cette construction grâce à 4 conditions :

- une action de longue durée menée dans le secteur de l'aide à domicile (une quarantaine de structures auditées),
- une étude longitudinale menée dans une structure de plus de 500 salariés,
- des financements conjoints DRTEFP, AGEFIPH, ANACT et de structures du secteur concerné,
- notre longue pratique de l'ergonomie et de la psychologie du travail.

Ces paramètres nous ont permis de construire une expertise sur ce secteur et d'élaborer des outils méthodologiques transférables sur d'autres activités. Cet article va présenter la construction du chemin théorique que nous avons réalisé à travers le travail de terrain effectué depuis 2003.

La prévention des facteurs psychosociaux (FPS) : quels enjeux dans le contexte socio-économique du secteur de l'aide à domicile ?

Depuis ces dernières années, le secteur de l'aide à domicile est en pleine mutation. Il évolue dans un contexte paradoxal, de plus en plus contraignant, marqué principalement par :

- un cadre législatif de plus en plus fort (loi du 2 janvier 2002),
- des aspects conjoncturels (recul de l'âge de la retraite), une pénurie de candidats et une embauche prévisionnelle estimée à 500 000 personnes (plan Borloo),
- la réduction des prises en charge ayant entraîné la réduction des prestations (volume horaire),
- le développement du chèque emploi service universel (CESU) ayant entraîné de nouvelles exigences et demandes de recrutement (complément horaire...).

La question de la prévention des facteurs psychosociaux se pose au regard des constats dans ce secteur :

- un taux élevé d'absentéisme (avoisinant les 30 %),
- une forte rotation du personnel (départs volontaires, inaptitudes...),
- un vieillissement actif des salariés, renforcé par une entrée tardive dans la profession, autour de 40 ans,
- de nombreux facteurs de pénibilité au travail,
- des situations de travail sur lesquelles on peut difficilement avoir de l'emprise,
- de fortes disparités de pyramides d'âge, de publics bénéficiaires, de niveaux de qualification suivant les structures concernées,
- de fortes disparités d'organisation du travail d'une structure à l'autre.

La forte concurrence du secteur, le développement des mesures d'aides à la personne, des profils de qualification très disparates, des conditions de travail pénibles, des pyramides d'âge opposées représentent des réalités difficiles à concilier. La méconnaissance ou le manque d'anticipation de certains facteurs peut conduire à des stratégies inadaptées qui se traduisent par les constats précités... au prix parfois d'une démotivation générale et d'un manque d'attractivité du secteur.

La prévention des risques professionnels et des facteurs psychosociaux

La démarche d'évaluation des risques professionnels (décret d'application du 5 novembre 2001) oblige les entreprises à identifier et à transcrire les risques professionnels, à planifier la mise en œuvre de solutions correctives en termes techniques, de formation ou d'organisation du travail. Cette action doit être menée de manière participative associant la direction (responsable de l'évaluation des risques), les instances représentatives du personnel (CHSCT, DP, représentants syndicaux...) et la médecine du travail.

Les constats effectués dans ce secteur montrent que la démarche d'évaluation des risques se réduit souvent à un travail de mise en conformité et de constats avec de rares mises en œuvre. Les risques à effets immédiats (brûlures, chutes, lombalgies...) sont facilement repérés. Cependant, les risques à effets différés ou multifactoriels (facteurs psychosociaux, TMS...) ou en lien avec l'organisation du travail sont largement sous-estimés ou parfois laissés de côté.

Une étude menée par un service de santé au travail (GIMS), en 2001, mesurant l'état de santé des aides à domicile dans

une structure de taille moyenne fait état des points suivants : 46,5 % ont eu un arrêt maladie de 7 jours en moyenne (mal de dos, dépression, fatigue et surmenage), on observe une consommation médicamenteuse dans 55 % des cas, 9 % sont concernés par un accident du travail (le dos pour 2/3). Du point de vue du vécu professionnel, la relation à la personne aidée apparaît comme une grande source de satisfaction (89,6 % des cas). Les interventions pour maladie psychiatrique (en évolution constante) sont les moins appréciées. 67 % ressentent l'insuffisance de leur formation initiale, notamment dans la dimension relationnelle de leur travail, et expriment des attentes pour une meilleure communication, écoute, soutien psychologique et groupe de paroles.

Par ailleurs, le risque psychologique est apparu comme prédominant. Il a été exprimé par les salariés au travers quatre aspects : le contenu du travail (personnes âgées, en fin de vie, Alzheimer, contextes familiaux, situations de harcèlement...), le contexte du travail (travail isolé, encadrement peu présent...), l'organisation du travail (répartition des bénéficiaires, manque de suivi sur le terrain, missions floues, remplacements dans l'urgence...), les variables personnelles (âge, situation familiale, difficultés financières et sociales, manque de formation...).

En 2003, un état des lieux mené dans 13 structures a permis de hiérarchiser les facteurs de risques et de mettre en évidence les aspects suivants :

- Direction et salariés ont des représentations des risques professionnels très différentes. Des formations dispensées autour des gestes et postures ou maladie Alzheimer ne correspondent pas toujours aux attentes des aides à domicile qui évoquent principalement les risques psychologiques en lien avec des situations d'agressions physiques ou verbales, d'épuisement psychologique et d'isolement sur leur lieu de travail ;
- une emprise très limitée sur les situations de travail du fait que les lieux de travail sont des domiciles privés et donc de nature très variée et dans lesquels on ne peut rien modifier ou imposer (matériel, agencement...);
- de nombreux facteurs de risque en lien avec l'organisation du travail.

Rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes

Aptitude et inaptitude au travail :

diagnostic et perspectives, janvier 2007

par Hervé Gosselin

Conseiller en service extraordinaire, Chambre sociale de la Cour de cassation

www.cisme.fr, dans rubrique « actualité »

FACTEURS DE RISQUES LIÉS À L'ORGANISATION DU TRAVAIL

- Répartition inégale de la charge de travail (planning).
- Définition du poste insuffisante (tâches autorisées et défendues).
- Lourdeur des tâches et missions effectuées (ménage, courses, repas...).
- Nombre et amplitude des déplacements physiques liés aux affectations.
- Niveau et modalités d'encadrement.
- Dépendance des bénéficiaires (grille AGGIR).
- Modalités de prise en charge des dossiers « lourds ».
- Statut mandataire ou prestataire.
- Absence de collectif (réunions d'échanges et de régulation).

Les études menées dans ce secteur insistent sur la pénibilité du travail pour les intervenantes mais que dire des missions de responsables de secteur aujourd'hui ? Ce poste d'encadrement « charnière » est soumis à rude épreuve. Les missions ne cessent de s'alourdir souvent sans aucune définition des priorités. De nouvelles fonctions « commerciales » ou de « développement » leur sont attribuées sans qu'elles y soient toujours préparées.

La gestion prévisionnelle des emplois

L'enjeu de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) consiste à lier une logique de gestion « économique » (réduction de l'absentéisme, meilleure qualité ou productivité) à une logique de gestion de personnes (qualification, âge, restriction d'aptitude, vieillissement...).

Certaines caractéristiques des salariés ne sont pas toujours compatibles avec certaines évolutions de l'organisation du travail ou de développement de marché. Par exemple, des intervenantes « vieillissantes » peuvent difficilement être orientées vers des prestations à forte charge de travail (tâches uniques, forte part ménage, rythme intensif...) propres aux interventions auprès du public « actif ». Par ailleurs, ce public sera très exigeant sur des compétences techniques (ménage et repassage) et de rapidité d'exécution.

La polyvalence des tâches liée à la prise en charge d'un public « dépendant » sollicite d'autres compétences : gestion des priorités, capacité d'écoute...

La question qui se pose alors est de savoir comment concilier le vieillissement actif des salariés et les stratégies d'évolutions de l'entreprise. Les structures peuvent-elles s'orienter vers toute stratégie de développement ? Probablement pas, au regard des caractéristiques des salariés internes.

La question de la gestion des âges

Des investigations nous ont permis de mesurer que certains publics de bénéficiaires étaient plus compatibles avec

L'organisation « préventive » des facteurs psychosociaux

certaines profils d'intervenantes du point de vue de l'âge et du vieillissement. En l'occurrence, intervenir auprès d'une personne âgée très dépendante (classée en GIR 1 ou 2) offre paradoxalement des conditions de travail « plus favorables » au vieillissement. Ces situations de travail présentent une plus grande fréquence d'intervention et une plus grande diversité de prestations (ménage, repassage, entretien du linge, courses, préparation et aide au repas...).

De même, certaines formes d'organisation du travail (binôme, trinôme, petites équipes de travail...) offrent l'avantage de mieux répartir la charge de travail des dossiers les plus lourds et de faciliter les remplacements. Ainsi, la question de l'anticipation et la gestion du vieillissement actif à travers les parcours professionnels, les affectations de bénéficiaires et les compétences des intervenantes prend tout son sens.

Rares sont les structures qui ont pris conscience qu'elles ne pourront pas s'orienter vers certains types de marchés ou prestations suivant les caractéristiques de leurs salariés.

La démarche GPEC est là pour anticiper ces décalages et engager des actions pour les réduire. Gérer prévisionnellement les emplois et les compétences oblige à s'interroger sur d'autres indicateurs (équilibre de pyramides des âges, pyramides des qualifications, formations et parcours professionnels, mais aussi repérage des personnes en difficulté : vieillissantes ou présentant des restrictions d'aptitudes) et même l'embauche de travailleurs handicapés.

Un travail de collaboration mené avec les médecins du travail a permis d'anticiper le processus. En dehors des personnes présentant des restrictions d'aptitudes, une estimation, dans l'anonymat, a été faite du volume de personnes potentiellement « inaptés » de manière temporelle ou définitive. Cela représentait 20 % de l'effectif d'une structure de 500 salariées, dont 40 % ont plus de 50 ans.

Ce « quota » de 20 % a été mesuré dans ce secteur et constitue un point de repère de l'ampleur du problème du vieillissement actif et de l'usure professionnelle. Dans le secteur de l'aide à domicile, les personnes étaient concernées principalement par des affections mentales de types dépressions, puis cardiaques et dorsolombaires.

Une cellule de prévention a été mise en place pour gérer le vieillissement actif des salariés dans la structure de 500 salariés. Cela a abouti à un accord d'entreprise pour maintenir en emploi les personnes potentiellement en difficulté.

Par ailleurs, nous avons mesuré que l'expérience professionnelle plus que l'âge jouait un rôle déterminant dans les difficultés de maintien en emploi. Les personnes expérimentées ont des stratégies opératoires (issues de leurs expériences professionnelles et de leurs savoir-faire acquis) qui leur permettent de compenser la pénibilité du métier, de « s'économiser ». Les intervenantes novices mais formées (CAFAD, DEAVS) rejoignent ces constats.

En revanche, tendanciellement, une intervenante avec une expérience professionnelle faible et sans qualification s'exposera à des risques professionnels supérieurs. Elle aura des difficultés à s'affirmer dans son travail, à gérer des priorités et s'exposera à des conditions « d'usure » au travail plus rapides.

Les chefs de secteur sont unanimes à évoquer que les novices non formées sont plus centrées sur le ménage, moins attentives à l'économie de leur santé, dans le souci de faire plaisir, en attente de la demande du bénéficiaire. Elles seraient plus facilement « débordées », en particulier pour intervenir dans des domiciles très sales, moins à l'écoute et moins attentives à l'importance de la dimension relationnelle, plus centrées globalement sur l'environnement de la personne que sur la personne aidée elle-même (soutien moral mais aussi changes, aide à la toilette...).

Les personnes expérimentées et souvent plus âgées seraient plus aptes à l'accompagnement psychologique (compétence qu'elles auraient développée avec l'âge), plus capables de s'affirmer (refus de certaines tâches, introduction d'appareillage au domicile) avec une capacité d'organisation supérieure et faisant apparaître le besoin d'avoir des marges de manœuvres plus fortes.

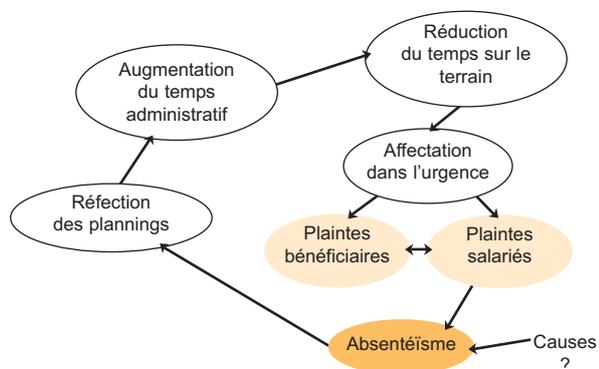
Ce sont elles qui déterminent le travail à faire et c'est ainsi qu'elles font évoluer la prestation vers d'autres aides (courses, promenades, repas...) qui auront pour effet de diminuer la part de « ménage intensif », condition favorable au maintien en emploi, à long terme. Autrement dit, les aides à domicile expérimentées gèrent leur vieillissement par d'autres stratégies de travail, fruits de leurs savoir-faire. Elles s'économisent sur les tâches les plus usantes de ménage qu'elles compensent par le développement d'autres tâches plus compatibles avec leur état de santé.

La place centrale de l'organisation du travail à travers la question de la charge de travail

Le secteur de l'aide à domicile est fortement concerné par la question de l'organisation, centrée principalement sur le poste de chef de secteur. Maillon central, il doit effectuer un ensemble de missions (suivi des bénéficiaires, recrutement-affectation-suivi des intervenantes, démarchage commercial,

permanence en mairie, gestion administrative, gestion des plannings-absences, gestion des heures supplémentaires et des heures perdues). Ces tâches vont déterminer sa charge de travail et vont avoir des effets en cascade sur la charge de travail des intervenantes.

Quels liens entre la charge de travail des chefs de secteur et la charge de travail des intervenantes au domicile : quelles régulations de l'activité ?



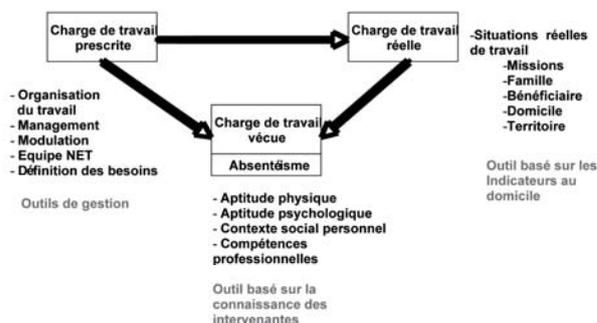
La question de la charge de travail

Prégnante pour l'aide à domicile, elle est tout aussi cruciale pour le chef de secteur. Dans le contexte d'un absentéisme fort, la gestion des plannings tend à monopoliser l'activité des chefs de secteur qui n'ont plus le temps de faire le suivi de leurs bénéficiaires ou de leurs intervenantes. L'aide à domicile va alors se sentir « délaissée » par sa hiérarchie, entraînant un ressenti négatif renforçant l'absentéisme. De son côté, le bénéficiaire ne va pas apprécier les situations de remplacements ou changements d'horaires surtout si la structure est peu présente. Plane alors la menace des heures perdues des deux côtés. Le chef de secteur se trouvera en porte-à-faux par rapport à la logique commerciale et de développement de son territoire. Pris dans un cercle vicieux, il témoigne souvent lors d'entretiens de pressions psychologiques.

Par ailleurs, l'évaluation des dossiers repose principalement sur la cotation de la grille AGGIR qui mesure la dépendance de la personne âgée par rapport à ses besoins vitaux. Néanmoins, un certain nombre d'indicateurs en lien avec l'organisation du travail ne sont pas mesurés, tels que l'état du domicile (insalubre ou entretien courant), sa superficie (du T1 au T5), sa configuration (de plain-pied ou à étages), la relation avec la famille (présente ou absente, difficile ou complaisante...).

Ainsi, la charge de travail réelle est souvent en décalage avec celle prescrite par le plan d'aide. À cela s'ajoute la charge de

Approche de la charge de travail de l'intervenante



travail vécue par l'intervenante en fonction de son planning global, de ses difficultés personnelles et de ses attentes.

Une relation rapprochée entre le chef de secteur et ses aides à domicile apparaît fondamentale et contribue à créer des marges de manœuvre (systèmes de régulation). Or le temps passé par les chefs de secteur sur le terrain ou dans la proximité des intervenantes s'amenuise de jour en jour au profit de nouvelles tâches administratives et commerciales. En ce sens, la question de la charge de travail de l'intervenante n'est pas dissociable de la question de la charge de travail du chef de secteur. Toutes les régulations que le chef de secteur ne pourra mettre en œuvre dans son travail entraîneront des plaintes des bénéficiaires ou intervenantes générant des états de récupération.

La gestion de ces situations d'urgence empêche un suivi régulier et inscrira le fonctionnement dans un cercle vicieux entraînant stress et mal être du chef de secteur. Le risque psychologique à son niveau est aussi fort que celui mesuré par l'intervenante dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels mais en lien avec des caractéristiques du travail différentes.

Santé et travail, N° 59

Pénibilité : ne plus s'user à la tâche

Au sommaire de ce dossier :

- Les trois facettes de la pénibilité
- Compenser le risque d'une vie plus courte
- Le patronat fait un pas sur la retraite anticipée
- Difficile de faire de vieux os en entreprise
- La majorité des plus de 50 ans en mauvaise santé...
- Parcours fléchi du maintien dans l'emploi
- Aménager le travail pour ménager les plus âgés
- Un plan d'action pour l'emploi des seniors
- Des enseignants au bout du rouleau

www.istnf.fr

L'organisation « préventive » des facteurs psychosociaux

Conclusion

Le secteur continue d'amorcer son virage du social vers l'économique. Certaines structures n'y ont pas résisté, d'autres sont en difficultés et doivent rechercher un nouvel équilibre. La démarche d'évaluation des risques et l'élaboration du document unique permettent de faire un premier état des lieux interne et rechercher des marges de progression (réduction de coûts inhérents à l'absentéisme et au turn-over). Ce qui constitue un premier niveau de prévention. Cependant, un deuxième niveau de prévention plus complet et plus efficace consiste dans l'analyse globale de l'entreprise : son développement stratégique qui repose sur la prise en compte du potentiel humain interne, la volonté de structuration de parcours professionnel en lien avec l'âge, la recherche d'un équilibre des pyramides d'âges et de qualifications...

La recrudescence des facteurs psychosociaux exprimés sous les termes de stress, harcèlement, manque de reconnaissance... n'est-elle pas avant tout le symptôme d'une organisation défaillante et inadaptée ? Une organisation préventive est une organisation qui bâtira ses stratégies de développement externe sur la connaissance de ses potentialités internes et son souhait de les développer.

Dans le secteur de l'aide à domicile, cela revient à :

- veiller à l'équilibre de la charge de travail des intervenantes,
- adapter les caractéristiques des prestations aux profils des intervenantes,
- jauger la polyvalence ou la spécialisation des activités en fonction des salariés,
- équilibrer la charge de travail du responsable de secteur,
- construire des parcours professionnels en lien avec l'âge et l'expérience,
- gérer prévisionnellement les inaptitudes,
- équilibrer les pyramides des âges et de qualification en intégrant l'embauche de jeunes, de seniors, de travailleurs handicapés...,
- introduire du collectif dans le travail (binôme, petites équipes de travail),
- conserver des marges de manœuvre dans l'organisation du travail permettant des régulations,
- accroître les compétences par des formations techniques, la validation des acquis de l'expérience (VAE) et la transmission de savoir-faire...

C'est aussi l'atteinte de ces objectifs qui permettra de construire une véritable professionnalisation d'un secteur marqué encore par de fortes disparités organisationnelles.



Patricia GILLARDO,
consultante DDC

Bibliographie

[Ouvrage collectif], *Les aides à domicile écrivent leurs métiers. Témoignages des aides à domicile de SEMAD d'Annonay*, Édition Jean-Pierre Huguet, 2002.

Bardit, F., et al., *Le travail d'aide aux personnes âgées - Conditions de travail et santé perçue chez les aides-soignants, agents de service, aides ménagères des maisons de retraite et des structures d'aide à domicile*, Groupe Épidémiologie au département ASMT du CISME, document n° 17, 1999.

Burel, A., Gonzales, F., Baron, R., Dewitte, J.-D., « Une profession méconnue ; aide ménagère », *Archives de maladies professionnelles*, Masson, volume 61, n° 6, octobre 2000.

DRTEFP PACA, ACT Méditerranée et coll., *Les aides à domicile, la prévention en action*, Région PACA, 2004.

DRTEFP PACA, *Les cahiers des facteurs psychosociaux*, n° 1.

INRS, *Évaluation et prévention des risques chez les aides à domicile*, 2005

INRS, *Travailler auprès des personnes âgées*, 2003.

INRS, « Regard sur le travail : quand les aides à domicile deviennent "auxiliaires de vie sociale" », *Note scientifique et technique*, numéro spécial 257, 2005.

Jaslin, J.-P., *Études sociologiques sur le secteur de l'aide à domicile*, Social et Management, 2004.

Perben, M., « L'APA au 31 mars 2005 », DREES, *Études et résultats*, juillet 2005, n° 415.

Sarazin, B., « L'aide à domicile, un secteur en effervescence », *Travail et Changement*, octobre 2002, n° 281, p. 16-17.

Yahiaoui, F., Nicot, A.-M., *Freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile*, Étude ANACT pour la DGAS, novembre 2000.

Les facteurs psychosociaux, l'évaluation des risques, la fiche d'entreprise et le service de santé au travail

Ce pourrait être le titre d'une fable moderne pour montrer la place des services de santé au travail dans le vaste chantier de l'évaluation des risques, notamment ceux relatifs à la santé psychique des salariés. Ces derniers constituent une menace pour leur intégrité physique et mentale. Ils peuvent aggraver le niveau des autres risques (accidents, TMS, surexpositions diverses...).

Après une certaine sous-estimation plus ou moins volontaire, les partenaires sociaux européens ont conclu un important accord sur le stress au travail (8 octobre 2004). Plusieurs exemples ont placé ce risque en tête des risques professionnels auxquels les actifs s'estiment le plus exposés.

Quelques éléments de contexte

Les conséquences humaines et économiques sont considérables : 29 % des salariés européens souffrent du stress lié au travail avec une augmentation des problèmes de santé qui y sont attachés (source, Fondation de Dublin, rapport 2005). Le coût direct estimé est supérieur à 20 milliards d'euros, auxquels on peut ajouter les coûts indirects : absentéisme, perte de productivité (source, CE).

Le problème est particulièrement aigu dans les établissements accueillant du public à prendre en charge. La pathologie mentale est de loin la première cause des invalidités dans les collectivités hospitalières (plus de 20 % des cas contre moins de 10 % pour les atteintes rhumatologiques). « Le vieillissement des Européens va bouleverser la façon d'exercer les professions soignantes. Dans la population, la part des personnes jeunes en âge de travailler ne cessera de décroître jusqu'en 2020. La part de personnes actives, mais âgées de plus de 45 ans, augmente d'ores et déjà. Cela signifie qu'il y aura de plus en plus de patients à soigner. On peut craindre de disposer de moins de soignants pour le faire. » (source, Eurostat OCDE).

Le plan santé travail 2005-2009 demande aux services de santé au travail de se mobiliser pour mieux prévenir les risques psychosociaux. L'évaluation des facteurs de risque pour la santé mentale doit être intégrée au document unique du décret de novembre 2001. C'est une obligation réglementaire, mais c'est surtout une obligation pour être efficace ! Les médecins du travail, conseillers de l'entreprise pour la santé au travail, ont leur place dans l'aide à remplir cette obligation de manière constructive.

La fiche d'entreprise, obligation pour le médecin du travail, doit fournir à l'entreprise un état des lieux des risques, des facteurs d'exposition du nombre de salariés concernés par chacun de ces risques.

C'est donc tout naturellement que le service inter-entreprises des Hautes-Alpes, impliqué depuis longtemps

déjà dans l'aide à l'évaluation des risques, a proposé aux entreprises son aide pour mieux appréhender les risques psychosociaux. L'objectif de cette implication est d'apporter aux entreprises les clés d'une approche pragmatique : donner une « valeur » au niveau de risque réel pour déterminer les priorités d'action et, surtout, permettre aux acteurs (salariés et employeurs) de s'approprier, de partager (ou de discuter...) un diagnostic pour construire une démarche.

Éléments de méthode

L'évaluation des risques psychiques apparaît pour l'entreprise beaucoup plus complexe que celle des risques physiques classiques déjà trop rarement mise en œuvre.

Si on comprend bien le rôle du microphone pour capter le niveau de bruit, on voit mal quel capteur objectif utiliser pour mesurer les risques psychosociaux. Pourtant, des échelles validées par les organismes de recherche permettent, au travers de questionnaires adaptés, de donner une approche fiable de ces problématiques et on sait bien que si l'individu isolé peut être un « mauvais capteur » (trop subjectif) un groupe d'individus devient un « bon capteur ».

La méthode retenue a donc été un questionnaire anonyme en deux grandes parties.

- Une description socio-démographique et des conditions de travail déclarées par le salarié. Cette partie peut être modulée pour s'adapter aux caractéristiques des différentes entreprises.
- Une partie « fixée » qui est constituée de trois « outils » pour évaluer, en population, les risques psychosociaux suivants :
 - une échelle validée d'évaluation de la charge mentale (modèle de Karasek),
 - une échelle validée de mesure du stress (GHQ12),
 - une échelle utilisée dans l'enquête INSERM sur la violence psychologique permettant de préciser la prévalence de vécu de ce type de situation en fonction des définitions retenues.

Ce questionnaire est proposé de manière exhaustive à tous les salariés des entreprises de taille suffisante, après présentation et discussion tant de la partie modulable que des modalités pratiques de passation avec les directions et les instances représentatives du personnel (en CHSCT, s'il existe).

L'analyse est assurée par le service de santé au travail en comparant les résultats de chaque entreprise avec celles du même type d'activité, celles des autres secteurs et avec les données issues de la littérature scientifique (enquête SUMER 2003, enquête INSERM en PACA 2004).

Le rendu des résultats vers les entreprises et les salariés

concernés, mais aussi vers les branches professionnelles et les instances représentatives du personnel, est l'occasion de mieux expliquer les enjeux de la meilleure maîtrise de ces risques.

Les types d'entreprises « prioritaires » sont celles du tertiaire (bureaux, banques, assurances, notaires, comptables...), du commerce, de la grande distribution, de la santé et du social.

Le projet de ce plan d'activité, commun à l'ensemble des médecins du service, a été approuvé, par le conseil d'administration et l'assemblée générale du GEST05, après présentation et explication. Une certaine réticence a pu être constatée par les médecins du travail lors de l'explication de la démarche. Environ la moitié des entreprises sollicitées ont accepté de s'engager dans ce projet.

Résultats

Actuellement les résultats sont disponibles pour 67 entreprises représentant un effectif de 4 593 salariés. La présentation des résultats permet d'abord de préciser les définitions des notions moins connues que le stress comme :

- **la charge mentale** : conjonction d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle ;
- **la charge mentale à risque** : conjonction de la charge mentale et d'un faible support social. Ces notions ont démontré leurs liens avec les atteintes cardio-vasculaires (hypertension artérielle..., Belkic et al., 2004) et les atteintes à la santé mentale (dépression, suicide..., Stanfeld et al., 1999 ; Niedhammer et al., 1998), ou plus généralement avec l'état de santé via des indicateurs globaux de santé perçue, de qualité de vie ou encore d'absentéisme pour raison de santé (Borg et al., 2000 ; Cheng et al., 2000 ; Niedhammer et Chea, 2003) ;
- **la violence psychologique** telle que définie par l'enquête de l'INSERM en PACA en 2004.

Le constat général de l'existence réelle de ces problématiques est clair. Un salarié sur trois souffre de stress pathologique, près d'un sur cinq est astreint à une charge mentale à risque pour sa santé, près d'un sur dix serait confronté à des situations de violence psychologique vécues comme suspectes de « harcèlement moral ».

Par contre, ces constats « moyens » sont à pondérer par une grande variabilité selon les entreprises. Dans certaines, la proportion de salariés stressés est de 0 %, dans d'autres on peut atteindre 100 %. Ceci indique que rien n'est inéluctable et qu'il existe bien des marges de progrès pour peu que ces problèmes soient étudiés et qu'une volonté préventive forte soit portée par tous les partenaires.

Un suicide chez Renault reconnu comme accident du travail

La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a reconnu comme un accident du travail le premier de la série des trois suicides de salariés du Technocentre de Renault.

La Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) des Hauts-de-Seine a reconnu, jeudi 3 mai, comme un accident du travail le premier de la série des trois suicides de salariés du Technocentre de Renault, à Guyancourt. « Cette reconnaissance d'un lien avec le travail est une étape symbolique importante, sans compter les indemnités auxquelles cela donne droit », a déclaré maître Rachel Saada, l'avocate de la veuve du salarié.

En octobre 2006, un ingénieur en informatique de 39 ans, et père d'un garçon de 11 ans, s'était jeté du 5e étage du bâtiment principal du Technocentre. « Depuis la rentrée il avait atteint un seuil critique : il s'inquiétait pour son avenir, pour ses missions, était surmené et mis en cause régulièrement par un membre de sa hiérarchie » précise Rachel Saada.

« Nous allons maintenant tenter de faire reconnaître la faute inexcusable de Renault, qui avait une obligation d'assurer la sécurité et de protéger la santé physique et mentale de son salarié », poursuit l'avocate. Renault a pour sa part « pris acte » de la décision de la CPAM, selon une porte-parole du constructeur automobile.

Le 17 janvier, dans une première décision, la CPAM avait rejeté le classement du suicide en accident du travail, après une enquête jugée « bâclée » par maître Saada. La Caisse nationale d'assurance maladie a demandé à la CPAM de réexaminer ce cas, ce qui a donné lieu à cette nouvelle décision.

Le PDG de Renault, Carlos Ghosn, a évoqué mercredi « des tensions objectivement très fortes » pour les ingénieurs du groupe, lors de l'assemblée générale du groupe. Il faut « identifier les situations dans lesquelles nos collaborateurs sont seuls en face des difficultés », a-t-il estimé, rappelant la mise en place d'un plan de soutien aux personnels de Guyancourt après le dernier suicide, survenu le 16 février.

Article paru sur Libération.fr, le 04/05/07

Les facteurs psychosociaux, l'évaluation des risques, la fiche d'entreprise et le service de santé au travail

L'analyse statistique permet de caractériser les indicateurs en lien avec ces risques guidant ainsi les actions de prévention.

Dans cette entreprise d'accueil des SDF, la violence ressentie est très forte (46 % des salariés s'estiment victimes de violence psychologique) mais elle provient des personnes accueillies essentiellement et le soutien apporté par la collectivité de travail est fort ; ainsi il n'y a plus de salariés souffrant de violence psychologique avérée qu'ailleurs. La Direction de l'entreprise et les représentants du personnel ont pu construire un projet d'amélioration qui a retenu l'attention des « payeurs » au vu des résultats de l'évaluation.

Dans cet autre établissement prenant en charge des personnes très handicapées, l'évaluation a démontré la forte souffrance d'un groupe de salariés. Après discussion en CHSCT, un plan d'amélioration a été retenu et communiqué à l'ensemble du personnel. L'extrait du procès-verbal du CHSCT reporté, ci-dessous, en donne la teneur.

« Les axes d'améliorations proposés »

- Améliorer les conditions d'encadrement et d'accueil des remplaçants et stagiaires. **Solution** : cet objectif est en cours d'étude par un groupe de travail au sein de la démarche qualité.
- Améliorer les relations entre les différents intervenants et les différents services et apporter un soutien institutionnel. **Solution** : réorientation donnée aux réunions d'aide à la pratique et changement d'intervenant (psychologue) avec ouverture de ce lieu de paroles aux deux équipes "vie quotidienne" ensemble à certains moments, et ouverture des réunions à d'autres professionnels (ergo., animateurs...)
- Améliorer la communication entre les équipes et au sein des équipes. **Solution** : valorisation et soutien à la mission des interfaces des différentes équipes (amélioration de la communication) avec mise en place d'un temps d'échange pour définir ces améliorations.
- Améliorer le soutien de la hiérarchie. **Solution** : mise en place d'un temps d'écoute et d'échange entre chaque membre du personnel et directeur (cf. objectifs et canevas d'entretien déjà élaborés après concertation avec les représentants du personnel). »

Les dernières consultations médicales montraient un changement de climat. D'autres, sont plus réticents à recevoir des résultats péjoratifs. Cet hôpital local préfère organiser une deuxième phase de recueil de données avant de prendre des mesures de prévention... Mais, dans tous les cas, la restitution a permis d'engager le débat que ce soit par le biais de restitutions collectives (syndicats patronaux, salariés, branches...) ou de restitutions individuelles pour une entreprise donnée.

Une des conséquences « positives » de cette démarche peut se traduire par la demande récente de l'Union pour l'entreprise d'animer une réunion d'information, à destination de l'ensemble des entreprises volontaires, sur l'évaluation pratique des risques en incluant les risques psychosociaux.

Pour conclure

La souffrance au travail existe bel et bien. Mais elle est très variable selon les entreprises et, souvent, selon les métiers ou les services au sein d'une même entreprise. L'analyse statistique et épidémiologique aide à y voir plus clair, à aller plus vite vers la prévention. Ce n'est pas une fin en soi mais le point de départ de l'appropriation du débat en interne. C'est la force des données chiffrées. Les enseignements sont, eux, quasi constants :

- les différents facteurs psychosociaux sont très intriqués,
- le soutien apporté par la collectivité de travail (hiérarchie et collègues) est un des éléments clés de la prévention,
- les aspects organisationnels purs sont incontournables (recrutement, reconnaissance, planning, matériel disponible...).

Une morale possible pour cette « fable » pourrait être « pour en parler de manière constructive, chiffrons les risques psychosociaux dans mon entreprise ».



Docteur MAGALLON,
service interentreprises
des Hautes-Alpes

Si vous souhaitez valoriser une expérience menée dans une entreprise concernant les facteurs psychosociaux ou si vous avez un projet de contribution, n'hésitez pas à contacter la revue **Les Cahiers des FPS**.

CATEIS

Management des organisations et santé au travail

Le Vénitien – 27 bd Charles-Moretti
13014 Marseille
Tél. : 04 91 62 74 09
Fax : 04 91 62 72 45
accueil@cateis.fr

www.cateis.fr

Risques psychosociaux... comment faire ?

Colloque régional
22 novembre 2007

World Trade Center Marseille Provence
Immeuble CMCI
2, rue Henri Barbusse
13241 Marseille Cedex 01

Dans les entreprises, la question des risques psychosociaux reste encore trop souvent source d'incompréhension et de perplexité ...

Pourtant l'obligation légale est faite à l'employeur d'évaluer tous les risques y compris les risques psychosociaux, et de préserver la santé mentale et physique de ses salariés (Article L 230-2 du Code du travail).

Stress, violence, harcèlement, souffrance au travail, tensions......que met-on derrière ces « maux » et quelle prévention mettre en œuvre pour y remédier ?

Directeurs d'entreprise, responsables ressources humaines, préventeurs et représentants du personnel...nous vous proposons au cours de cette journée de montrer comment l'on peut identifier la source des problèmes et construire de véritables actions de prévention, intégrant les questions d'organisation du travail et de management...



Témoignages d'entreprises régionales et nationales, **analyses, mises en perspectives et échanges** entre participants : l'ambition de ce colloque est de vous démontrer que la prévention des risques psychosociaux dans votre entreprise est possible !

ORGANISATEURS

- Direction régionale du travail, de l'emploi, et de la formation professionnelle (DRTEFP PACA)
180 avenue du Prado, 13285 Marseille Cedex 08
04 91 15 13 38
- Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) du Sud-Est
35 rue Georges, 13386 Marseille Cedex 20
- Avec le concours de la revue Les cahiers des facteurs psychosociaux

Informations sur les sites

www.sante-securite-paca.org
www.sdtefp-paca.travail.gouv.fr
www.e-ventail.fr/cramse-risquespro

Stress, usure précoce et difficultés au travail : comment prévenir ?

ANACT, Antenne Bretagne

Cette affiche est conçue autour de nos expériences avec pour but de nous aider à marquer un « arrêt sur image » concernant les nouveaux enjeux du travail, initiés par les récentes évolutions des modes de production et des conditions d'exécution.

Un peu comme les photographies racontent, à leur façon, une histoire de la réalité, ces fiches constituent les reflets d'une réalité du monde du travail, aujourd'hui, dans les entreprises en Bretagne.

- D'abord, se mettre d'accord sur le problème.
- Agir en cherchant des solutions dans l'organisation du travail.
- Le travail, un moyen de produire de la valeur... et du sens.
- Évaluer la contribution visible et invisible des collaborateurs.

Manutention et facteurs psychosociaux, quel(s) lien(s) ? Quelques questions, pour amorcer le débat... issues de nos pratiques d'intervention à l'hôpital

Sans montre ni pendule, on sait dans nos jambes qu'il est temps de retourner au boulot. Sinon le chef va gueuler et on n'a pas envie de subir ça tous les jours. Quelquefois, on s'en fout du chef et d'avoir trois minutes de retard, on se défend. Mais il y a des fois où le courage nous manque. On s'écrase, on rentre à l'heure, on fait le rendement, sans parler. On part quand la sirène mugit et on cache sous nos « mal de dos » toute l'averture accumulée.

D. Letessier, 1981

En guise d'introduction Attention : chantier !

L'hôpital public est confronté à la difficulté d'appréhender la tension entre une gestion fondée sur des critères de rentabilité qui évacuent le contenu du travail et la spécificité de l'activité hospitalière : relation de soins, prise en charge de la souffrance et de la mort, accompagnement des patients et de leurs familles. Cette tension met en scène la question de la charge psychique en elle-même, particulièrement importante dans les métiers du soin, mais aussi celle de la possibilité de sa reconnaissance, son élaboration et sa prise en charge institutionnelle.

Quand les soignants ne peuvent plus négocier des marges de manœuvres suffisantes dans le travail ordinaire, quand survient le risque de sanction face à la transgression, quand l'injonction à être efficace techniquement – le cure – prime sur la relation au patient – le care –, des stratégies de défense collectives ou individuelles (absentéisme, agressivité, somatisations) se mettent en place. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) en sont la manifestation la plus fréquente et/ou « autorisée » : se faire mal au dos quand on en a plein le dos...

Comment comprendre les passerelles entre les risques psychosociaux et les troubles musculo-squelettiques, dorso-lombaires, en particulier les accidents liés à la manutention des patients, et plus largement entre la dimension psychosociale du travail et la manutention ?

Or, si beaucoup de liens sont faits sur la multiplicité des causes des TMS, dans la pratique, il s'agit souvent d'approches binaires sans lien entre elles, autour de l'analyse d'un accident, d'un événement qui cristalliserait un faisceau de contraintes. Pour autant, et malgré la mise en place de tout un panel d'actions pour mécaniser les manutentions, les rendre moins pénibles, les accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) continuent d'augmenter chaque année, sous le regard critique des gestionnaires qui en questionnent l'efficacité, ainsi que la rentabilité des investissements qui sont faits dans ce domaine... On entend dire que mettre en place du matériel ne servirait à rien, que les services seraient mal organisés, – il s'agirait de la source

de tous les maux –, que certains agents seraient décidément trop fragiles pour faire ce métier...

Doit-on chercher de nouvelles familles de risques, trouver de nouvelles catégorisations, envisager un profil type d'agent à risque... ou plutôt, en terme d'évaluation et de prévention, prospecter comment appréhender la problématique autour de la question du travail ordinaire ?

Autant de questions soumises à débat.

Un débat initié dans un premier temps entre quatre professionnels de la prévention, avec des expériences hétérogènes (en termes d'ancienneté, de positionnement, de sites de référence) et avec des approches métier différentes : la prévention, l'ergonomie, la psychologie clinique. Un débat ouvert, sans finitions – d'où les nombreuses imperfections du texte que nous soumettons aux lecteurs : des redites, des fils de pensée qui n'aboutissent pas à une conclusion, des hésitations quant aux alternatives à proposer – ; un débat que nous nous sentons néanmoins d'ouvrir à d'autres professionnels de la santé au travail. Un débat qui nous semble urgent de mettre en circulation.

Il s'agit d'un work in progress dont la complexité – en lien avec la complexité des situations concrètes de travail auxquelles nous sommes, comme d'autres, confrontés au quotidien – demande à réunir les forces.

Quelques précautions quant à la terminologie s'imposent avant de pénétrer sur le chantier.

Ce n'est pas un travail sur la théorie que nous envisageons ; certains termes ou certaines approches dont nous esquissons une critique sont maniés à partir de leur usage réel dans l'institution, même lorsque cet usage s'écarte des définitions admises dans la littérature scientifique. C'est peut-être le début d'un travail de théorisation, à savoir une mise en concepts de réalités complexes, avec lesquelles nous nous battons, afin de gagner en intelligibilité et construire de nouvelles voies d'action. Au cours de ce travail, d'autres rendez-vous seront peut-être à prendre...

¹ Nous reprenons le terme TMS du fait d'un ancrage bibliographique, mais il est utilisé à l'hôpital par extension pour tout ce qui recouvre également les pathologies dorso-lombaires ; dans notre propos, nous faisons référence aux accidents liés à la manutention.

1. De la manutention...

Définition, par défaut

La « manutention » recouvre la « manipulation, déplacement manuel ou mécanique de marchandises, en vue de l'emmagasinage, de l'expédition ou de la vente », selon le

dictionnaire Robert. Le Code du travail entend par manutention manuelle « toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs », définition reprise dans les principes généraux de prévention.

Il n'y a pas pour autant de texte de branche professionnelle qualifiant la « manutention des patients » à l'hôpital. Rien ne différencie donc le port de charges lourdes et inertes de l'aide partielle ou totale des patients dans les activités de la vie quotidienne dans une relation soignant/soigné. Si d'autres termes existent, « mobilisation » ou « manipulation » sont beaucoup plus restrictifs, « transfert » ou « rehausse » vont qualifier un geste précis, mais au-delà de cette notion générique de manutention, on remarque l'absence de référence concrète à une activité gestuelle s'adressant à un patient avec la multiplicité et la variabilité des situations et de leurs interactions.

Entre eux, les agents s'exprimeront au travers d'un terme qualifiant l'activité qui y est liée : « j'ai besoin d'aide pour la toilette du 2, lever Mme D., changer M. B. », ce qui induit implicitement entre pairs, la gestuelle et les aides techniques qui y sont liées.

D'ailleurs, cette absence de langage des gestes de métier se traduit dans les formulaires de déclaration des AT puisque s'il y a beaucoup de catégorisation des atteintes, rien n'est précisé du côté de la gestuelle, ni de l'activité de travail (toilette, change, mise au fauteuil...). Cela permettrait-il de mieux appréhender les situations les plus à risque, d'être plus efficace dans la prévention ?

Les descriptifs des agents eux-mêmes vont de « la violente douleur douloureuse au dos » à « la posture penchée lors de la mobilisation d'un patient au lit » ce qui n'aide pas plus à comprendre s'il s'agit d'une toilette, d'une aide au lever ou de la rehausse d'un patient... au lit.

Violences contre agents

Thierry Gerber, Joseph Boyer, Dominique Decèze, Pascal Poulain

Édité par Jean-Claude Gawsewitch, 2007

Agressions et souffrance dans les services publics

Postiers, cheminots, sapeurs-pompiers, électriciens et gaziers d'EDF et de GDF, conducteurs de bus et de métro, enseignants, personnels hospitaliers... ces « obligés du public » travaillent de plus en plus souvent dans la crainte de l'agression verbale ou physique.

Assurant des services essentiels à tous, de nombreux salariés, symboles de l'État, sont les cibles d'actes violents. Ils affrontent l'impatience, l'exaspération, le désarroi et les exigences d'une société où la violence devient un mode

Le cadre réglementaire

Un certain nombre de textes réglementent le port de charges et la manutention manuelle de façon générique. Nous en citons quelques extraits, bien qu'ils n'aient pas le même statut.

Les articles R. 231-66 à 72 du Code du travail précisent que le port de charge est limité à 25 kg pour les femmes et qu'au-delà de 55 kg une autorisation médicale est nécessaire. L'article L. 230-2 liste les principes généraux de prévention.

On peut leur trouver une application concrète à l'hôpital dans le cadre de la manutention des patients. Par exemple :

- Éviter les risques, peut se traduire par exploiter les capacités des patients
- Combattre les risques à la source, par mécaniser les manutentions
- Tenir compte de l'état d'évolution de la technique, par équiper les services en aides techniques et mécaniques.

Le décret du 5 novembre 2001 et la circulaire d'application d'avril 2002 cadrent la démarche d'Évaluation des risques professionnels (EvRP), devant déboucher sur l'élaboration d'un Document Unique (DU), comprenant une cartographie des risques et un plan d'action correspondant.

Après avoir balayé rapidement quelques repères chiffrés, nous essaierons de voir en quoi ce cadre influence la lecture des risques liés à la manutention et quels liens seraient à prospecter.

d'expression de plus en plus courant.

Des centaines de milliers de personnes en contact avec le public se reconnaîtront dans ces témoignages d'angoisse, d'abandon, de crispation et de révolte.

Thierry Gerber anime le réseau CGT « Insécurité-Agressions et Sécurité des agents des services publics ».

Joseph Boyer est responsable du collectif « Travail & Santé » pour la Fédération CGT de l'Énergie.

Dominique Decèze est journaliste, spécialiste des relations sociales et de la santé au travail.

Pascal Poulain, expert en prévention des risques au Cabinet Alpha Conseil, est un spécialiste des problématiques de violence et d'agression.

Manutention et facteurs psychosociaux, quel(s) lien(s) ? Quelques questions, pour amorcer le débat... issues de nos pratiques d'intervention à l'hôpital

Quelques données chiffrées

Au niveau national, la manutention manuelle représente la première cause d'invalidité chez les travailleurs de moins de 45 ans. On observe chaque année environ 100 000 accidents du travail (AT) avec arrêt dus à la manutention, soit 13 % des AT.

Les pathologies professionnelles sont reconnues par l'Assurance Maladie depuis 1972 pour les lésions aux articulations dues à des efforts répétés (tableau 57 des MP) et, depuis 1999, pour les lésions du rachis spécifiquement liées à la manutention (tableau 98 des MP) ; 400 MP du rachis ont été reconnues en 2001.

Au total, 30 % des AT/MP sont liés à des gestes de manutention.

Parmi les métiers les plus à risques figurent les ouvriers du bâtiment, les manutentionnaires, les soignants...

À l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), les pathologies du rachis ont représenté près de 17 % des MP en 2002. En 2005, les manutentions représentent 34,8 % (vs 30 % en 1998) des AT avec arrêt ; soit 1 650 victimes sur un effectif de plus de 70 000 agents (personnel non médical). Au total, elles ont entraîné plus de 27 000 jours d'arrêt, soit l'équivalent de 135 personnes absentes chaque jour des hôpitaux, du fait des accidents liés à la manutention.

On note une constante augmentation des chiffres des AT/MP en lien avec la manutention, et ce malgré les programmes et actions mises en place : Évaluation des risques professionnels (EvRP), Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRiPACT), appels à projet, Contrats locaux d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail (CLASS)... qui ont pourtant permis l'acquisition d'équipements d'aide à la manutention et la mise en place d'actions de formation.

Les « causes » et quelques autres liens

Pour tenter de comprendre ce paradoxe, il nous semble intéressant de questionner différents niveaux de représentation et d'analyse des facteurs de risques. Dans un premier temps, nous pouvons partir des représentations les plus communément admises, nous verrons par la suite en quoi, de notre point de vue, ce cadre induit une approche cloisonnée qui évacue la question du travail et de son organisation.

L'exposition à l'hôpital renvoie aux poids soulevés et à la répétitivité des manipulations, ainsi que des postures coûteuses, au manque d'espace et de matériel, à l'organisation du travail.

La douleur est le reflet d'une lésion due pour les 3/4 à un effet cumulatif d'expositions répétées et pour 1/4 à un événement imprévu, souvent lié à une situation d'urgence.

L'analyse des accidents du travail sur un hôpital a permis de mettre en évidence un « profil type » de la « victime » d'AT. Il ne s'agit ni d'une boutade, ni de cristalliser sur un coupable, mais de reprendre les facteurs les plus fréquemment en cause (critères statistiques) dans la survenue d'un AT par « effort de soulèvement » :

« Une jeune aide-soignante d'une unité de gériatrie se fait mal au dos dans la chambre du patient en le soulevant pour le rehausser dans le lit au moment du petit déjeuner, au cours du change ou de la toilette ou en le rattrapant lors d'une chute (ou pour l'éviter). »

Ce qui est intéressant dans cette description pour la suite de notre propos, c'est de constater, de façon factuelle qu'il ne s'agit pas d'une situation extraordinaire, liée à un événement particulier, mais bien d'une situation de travail ordinaire, qui se répète des dizaines de fois au cours d'un cycle de travail, incluant une banalisation des tâches qui y sont liées.

Autrement dit, peut-on parler de « profil type » quand il s'agit du travail ordinaire ? Et s'agit-il de « victime » quand cela concerne tout le monde ? Quel est le sens alors de l'implication d'un agent dans un travail dont les tâches sont banalisées sans considération pour l'effort biomécanique qu'elles supposent ?

Les facteurs de risque ont une origine multifactorielle : outre les facteurs individuels, ce sont non seulement les aspects biomécaniques (port de charge, postures lésionnelles) qui entrent en jeu mais également les aspects organisationnels (effectifs, soins en série, travail en situation d'urgence). Les « facteurs psychosociaux » (intensification du travail, manque de reconnaissance, disparition des collectifs) sont traités par ailleurs – quand ils le sont et nous verrons comment dans la partie suivante –, sans que le plus souvent le lien soit admis avec les AT/MP liés à la manutention des patients.

S'il est reconnu scientifiquement que les TMS ont une origine complexe qui dépasse le lien cause biomécanique/effet articulaire, concrètement sur le terrain, le discours prédominant sur les accidents liés à la manutention exclut le plus souvent les autres dimensions en

cause, dans un flou qui les cantonne à une « organisation du travail » qui appartient au service et doit être optimisée par des procédures et des protocoles techniques. Exclure tout ce qui n'est pas strictement biomécanique est une façon de masquer la problématique à différents niveaux hiérarchiques, comme nous le verrons dans la partie 3.

Mais dans la pratique, le terme « multifactoriel » suffit-il à définir un contenu ? Après avoir réalisé l'analyse de la composante biomécanique, spatiale, organisationnelle, si tant est qu'elle soit possible de façon exhaustive (arbre des causes), comment construire les liens entre ces différentes composantes dans la situation réelle de travail ? Au premier abord, il apparaît souvent que l'organisation du travail visible dans le service « c'est n'importe quoi », qualifiant ainsi un flou du prescrit, un enchaînement de tâches au coup par coup, des conditions de travail en mode dégradé, qui génèrent un mode dégradé pour les services transversaux, le brancardage par exemple.

« L'IDE du service de Pneumo n'est pas au courant que son malade doit avoir une coronographie à 10h, le brancardier vient le chercher, il n'est pas prêt, on lui dit d'attendre, il ne sait pas lui-même que ce patient est obèse, il demande de l'aide pour le transfert à l'AS qui elle-même est seule pour son secteur et n'en peut plus, le lève-patient est en panne (batterie déchargée) » ; bilan = 1 AT et 45 jours d'arrêt

Manque-t-il un autre lève-patient, les brancardiers auraient-ils dû venir à deux ?

Plutôt que de mettre en cause une succession de facteurs juxtaposés, peut-on tenter de questionner la signification de cette mécanique, au travers de l'énigme du travail ordinaire ? Comment dans une organisation donnée, peut-on donner du sens à un effort biomécanique ? Cela suppose un accompagnement de l'équipe, des conditions à réunir pour mettre en circulation une parole sur le travail, au-delà de rapports hiérarchiques (AS/IDE/médecin...), mais cela prend du temps. Nous y reviendrons.

2. ... aux facteurs psychosociaux

Facteurs de risque psychosociaux, de quoi parle-t-on ?

Il convient tout d'abord de s'arrêter un instant, sinon sur une définition exacte du terme, au moins sur la problématique que touche cette expression, ou mieux, sur la problématique que l'on veut toucher par ces mots. En effet, selon la manière de comprendre la problématique des « facteurs psychosociaux », l'interprétation de leur rôle dans les atteintes professionnelles à la santé peut fortement varier.

Soit dit d'emblée – nous y reviendrons –, il s'agit ici moins de compiler une liste sous une catégorie de risques spécifique (ce qui reste nécessaire dans une démarche d'évaluation systématique des risques par exemple) que de dégager une esquisse de modèle de compréhension générale, à partir d'un certain point de vue. Ce point de vue est celui de l'ergonomie et de la psychologie clinique du travail.

Dans la littérature, les facteurs de risque psychosociaux recouvrent traditionnellement les risques rencontrés dans la sphère professionnelle susceptibles de produire des situations de souffrance ou de décompensation psychopathologique, autrement dit pouvant porter atteinte à la santé mentale des individus voire même à leur intégrité physique : dépressions ou épuisements professionnels (burn out), maladies psychosomatiques, troubles du sommeil, voire des pathologies de type TMS.

L'INSERM propose par exemple de catégoriser les facteurs de risque psychosociaux de la façon suivante :

- facteurs relatifs au travail : travail sous contrainte de temps, travail monotone ou à pauvre contenu, responsabilités importantes et/ou avec multiples activités, contrôle permanent de la hiérarchie, faible marge de manœuvre personnelle, directives ambiguës ou peu claires...
- facteurs relatifs au support social : possibilités d'entraide et de coopération entre collègues de travail, soutien ou pas de la hiérarchie,
- stress au travail : tensions, anxiété, insatisfaction au travail, perception d'un déséquilibre contraintes/ressources,
- violence au travail : agressions, harcèlement moral.

À partir de cette liste, on comprend pourquoi très souvent les facteurs psychosociaux se trouvent rangés, sous une étiquette commune plus large, avec les facteurs dits « organisationnels » ou « liés au management ».

Cette situation ne facilite pas la compréhension du phénomène. D'une part, parce que la caractérisation des « facteurs » est très floue : par exemple, pour la monotonie du geste, comment faire la part entre ce qui relève de l'organisation (division très poussée des tâches), du support social (réduction consécutive des espaces de coopération, éventuellement activement recherchée comme moyen de discipline), de la satisfaction personnelle (attrait ou non pour l'activité demandée), du management (habileté de l'encadrement à gérer l'activité du collectif) ? D'autre part, parce qu'il n'est pas aisé de trancher entre ce qui relève de la cause et ce qui appartient à l'effet : le stress est-il l'effet d'une cadence trop élevée ou la cause d'une tendance à l'auto-accelération ? Enfin, et les deux points précédents en sont

Manutention et facteurs psychosociaux, quel(s) lien(s) ? Quelques questions, pour amorcer le débat... issues de nos pratiques d'intervention à l'hôpital

des signes manifestes, parce qu'il manque une véritable prise en compte du « psychosocial » qui ne soit pas dilué dans un modèle du stress issu de la physiologie (et lui-même repris de la physique des matériaux de construction), dans une vision simpliste du « support social » (qui peut aussi produire des effets de « clans » ou de stigmatisations, nocifs aux relations entre collègues) ou de la « satisfaction » (assimilée à un état de « bien-être » abstrait, écartant l'ambivalence fondamentale des affects en œuvre dans toute expérience humaine).

Aussi ce genre de classification des facteurs de risques psychosociaux peut être utile pour élaborer des indicateurs permettant de corréler des caractéristiques générales de l'activité et des affections ou des expressions individuelles, mais sa portée reste limitée si l'on essaie de comprendre les situations problématiques pour agir sur elles.

Quelques données chiffrées

La dernière enquête européenne sur les conditions de travail (Fondation de Dublin, 2000) fait état de 28 % de salariés européens déclarant être affectés par des problèmes de stress au travail, ce qui range cette donnée juste derrière les maux de dos (33 % des répondants à cette même enquête) ;

À l'AP-HP, les accidents de travail rangés dans les mécanismes « agression physique et agression non physique », qui font état de situations de violence provoquées par des personnes autres que des patients hospitalisés, ont vu leur nombre augmenter de façon importante entre 2003 et 2004 (source : BHSCT, 2005). Par ailleurs, les affections mentales ayant fait l'objet de congés longue maladie (CLM) et longue durée (CLD) sont plutôt en augmentation.

Nous proposons d'aborder la problématique à partir d'une définition générale de la dimension psychosociale de l'activité de travail. Cela nous permettra préalablement d'appréhender le « psychosocial » autrement que par la seule évaluation des facteurs de risques (le plus souvent associés à des situations pathogènes : décompensation, non respect des consignes, agressions et actes de violence). Ensuite, elle nous servira pour évaluer le risque d'une activité de travail de « l'intérieur », dans la construction même de cette activité, et non pas de l'extérieur à partir d'éléments génériques.

Nous reprenons à notre compte le point de vue de la psychodynamique du travail, en nous appuyant également sur ce que nous dit l'ergonomie de l'activité, pour définir la dimension psychosociale du travail comme « la mobilisation psychique individuelle et collective nécessaire au bon déroulement de l'activité ». Le réel du travail présente toujours une part d'inédit, une part d'imprévisibilité à laquelle le prescrit ne prépare pas le professionnel engagé dans l'activité de production ; pour agir efficacement, les consignes ne suffisent pas et ce dernier doit faire preuve

d'ingéniosité, d'une intelligence pratique qui s'appuie sur son expérience et ses compétences personnelles, mais également sur des règles construites collectivement. La « grève du zèle » montre que lorsque l'on s'en tient aux procédures, sans mobiliser cette part personnelle sollicitée par la variabilité des situations réelles de travail, le système se bloque et la production s'arrête, perd en efficacité et devient dangereuse.

Cette définition générale de la dimension psychosociale du travail nous conduit à considérer que le risque survient lorsque quelque chose dans l'environnement de travail (technique, organisationnel ou humain) empêche la mobilisation psychique des individus : le temps manque pour comprendre la situation, le dialogue n'est pas possible pour une validation collective d'une opération, la peur (devant un danger ou la possibilité d'un échec) ne peut trouver ni expression ni marges de manœuvre sur le réel, le dégoût, la lassitude, l'agressivité ou d'autres affects en lien avec l'activité n'ont pas de place dans la situation et deviennent ainsi une charge que l'individu doit supporter seul et hors contexte professionnel.

Il ne s'agit pas ici de refaire une liste de situations types, alors que nous venons de considérer les limites de celles existantes, mais plutôt de mettre l'accent sur les dynamiques « internes » au déroulement de l'activité, au « travail ordinaire », pouvant bloquer les ressorts psychiques d'une activité efficace du côté de la préservation de la santé.

Aussi, comme l'affirme la psychodynamique du travail, la pathologie mentale au travail n'est pas en lien direct avec des facteurs de risques psychosociaux « externes » (tel type d'organisation, tel comportement du cadre dirigeant, telle attitude des collègues de travail), mais elle est davantage le fait de la dynamique interne à l'activité, du point de vue de la mobilisation des acteurs. Il s'agit donc de passer d'une liste de facteurs à l'analyse d'un système complexe, où les différentes pièces sont en relation mutuelle (consignes, aléas, moyens et temps disponibles, affects ressentis en cours d'activité, espaces d'échanges et d'élaboration collective...)

De ce point de vue, les phénomènes auxquels le terme « facteurs psychosociaux » se rapporte sont très compliqués à cerner : autant du point de vue des causes déterminantes que de leurs effets, il est extrêmement difficile de procéder à une objectivation, de tracer des frontières entre, par exemple, vie privée et vie professionnelle, entre caractéristiques individuelles et fonctionnement du système (équipe, service, institution).

Le contexte du travail à l'hôpital

On constate, au cours des dernières années, une évolution importante de la gestion hospitalière, en termes de politiques et, par conséquent, de pratiques. Le système de financement de l'activité hospitalière est passé d'une dotation globale allouée aux services de soins à un modèle plus industriel fondé sur un calcul recettes/ressources. Ce changement de gestion s'est combiné à une réduction importante de la durée moyenne de séjour, donc une augmentation des admissions et du volume global d'activité, une réduction des effectifs, donc une réduction du temps disponible pour chaque patient, et l'introduction d'une logique comptable dans l'organisation des soins (imputation des dépenses sur la base du volume d'actes de soins de chaque unité administrative). Nous proposons de voir dans cette évolution, de manière schématique, le passage d'une situation où l'engagement subjectif dans la relation au patient était au centre de l'organisation à une organisation régie par des logiques comptables et de type industriel. Aussi, par exemple, la tournée des soins aux patients dans une unité gériatrique devient, y compris dans le vécu des soignants, un séquençage d'opérations répétitives, à réaliser sous contrainte de temps et ne laissant plus de marges pour répondre aux sollicitations imprévisibles des malades.

Cela ne va pas sans poser la question d'une reconfiguration du sens du travail de soins, et des métiers qui s'y réfèrent, et par là du sens qu'individuellement et collectivement les soignants donnent aux gestes et aux efforts endurés pour prendre soin des patients dont ils ont la charge. Mais cette transformation des règles et de l'identité professionnelles demande à être accompagnée, suivie, réfléchi par les professionnels (à un niveau local qui peut les concerner), faute de quoi le risque (« psychosocial » précisément) est grand que cette évolution soit vécue comme déroutante et leur fasse perdre leurs repères.

Nous questionnerons, dans la suite de notre propos, en quoi la dimension psychosociale – au sens de la mobilisation psychique individuelle et collective des agents dans le travail ordinaire – entre en jeu dans la manutention des patients et dans les atteintes à la santé qu'elle génère.

Nous nous questionnerons aussi sur ce qui se joue, du point de vue de l'engagement psychique dans le travail et des régulations collectives qu'il demande pour rester viable, dans la « manutention », problématique complexe – plus que la simple désignation d'une mécanique gestuelle – que nous avons esquissée au début de ce texte : que se passe-t-il, eu égard à l'activité soignante, des contraintes présentes (physique, temporelle, technique), des affects suscités (compassion, répulsion, tristesse, colère...), du regard des collègues ? Que signifie l'absence d'une terminologie de

métier pour dire les différentes manutentions (selon la finalité du geste, les caractéristiques du patient, les outils utilisés...) ? Absence qui ne prend forme qu'au moment où le geste semble changer de signification.

3. De la manutention à la dimension psychosociale du travail, quels liens ?

Nous avons vu que les accidents liés aux manutentions de patients sont la première cause d'arrêt à l'hôpital. Si chacun s'accorde à dire qu'il faut mettre en place une politique de prévention des risques professionnels et, en particulier, des accidents liés à la manutention, force est de constater que la mise en place d'outils aussi variés que des lits à hauteur variable, des Équipements d'aide à la manutention des patients (EAMP), accompagnée de plus en plus souvent par des formations à l'usage du matériel, ne règle pas le problème et curieusement le nombre d'AT continue d'augmenter. Certains services sont même « victimes » d'« épidémies » de lombalgies, mais aussi de turn-over, d'absentéisme pour maladie ordinaire...

Pour tenter d'avancer dans la résolution de cette énigme, nous poserons d'abord quelques « contradictions », avant d'esquisser plusieurs axes à prospecter de notre point de vue.

Quelques données factuelles

Comparaison entre deux hôpitaux de l'AP-HP offrant sensiblement les mêmes types de services et de même taille :

- dans le premier, une politique volontariste d'investissement en matériel d'aide à la manutention accompagnée par une formation ad hoc, est en place depuis quelques années. Cette politique est réaffirmée chaque année dans le PAPRIACT de l'hôpital. Cependant, malgré ces efforts, le nombre d'AT, avec arrêt, dus aux efforts de manutention ne diminue pas, voire augmente (45 % des AT en 2005). L'EvRP en cours montre un nombre important de services mettant en avant la catégorie des « risques psychosociaux » ;
- dans le second, la politique d'investissement en aides techniques n'est pas de même envergure, et pourtant, le taux d'AT avec arrêt est plus faible que dans le premier cas, même si la tendance est également à l'augmentation sur 2004-2005.

Cf. Dujarier (2006), sur les contraintes au travail que connaissent les acteurs des organisations de service de masse, dont fait partie l'hôpital.

Manutention et facteurs psychosociaux, quel(s) lien(s) ? Quelques questions, pour amorcer le débat... issues de nos pratiques d'intervention à l'hôpital

Même s'il est difficile pour l'instant d'expliquer ces résultats, on peut légitimement questionner le lien entre l'apport de matériel, son utilisation et son « efficacité » ; d'une évaluation des politiques de prévention, on peut déduire que des dimensions autres que celles strictement biomécaniques entrent également en jeu.

À ce titre et dans l'esprit du texte de loi, la démarche d'Évaluation des Risques Professionnels (EvRP) devrait servir à mieux comprendre la situation et poser un diagnostic préalable à la mise en place d'actions de « protection » des agents (Équipement de protection individuelle/Équipement de protection collective) et/ou de « prévention » des risques.

Quelques constats

L'EvRP, telle qu'elle est mise en place dans les hôpitaux de l'AP-HP, balaie huit familles de risques, dont ceux liés à la manutention et les « risques psychosociaux », avec une évaluation selon trois niveaux (risque élevé, moyen, faible) débouchant sur des actions de protection.

Si chacun s'accorde à dire que l'obligation réglementaire liée à la mise en place de l'EvRP – d'ailleurs initialement intitulé Évaluation et prévention des risques professionnels (EPRP) est une bonne chose car elle oblige à se pencher sur le problème, est-elle suffisante pour mettre en place une prévention pertinente et efficace ?

Il ne s'agit pas de dire que l'EvRP n'est pas utile, ni que les textes réglementaires sont insuffisants pour cadrer une politique de prévention, mais de partir du constat d'une pratique réelle pour questionner les leviers d'actions possibles, autrement dit quel accompagnement serait nécessaire et quelles en sont les conditions pour une prévention réelle des situations de risque dans le travail ordinaire à l'hôpital aujourd'hui ?

En effet, si cette démarche permet de balayer l'ensemble des services à un moment donné et d'établir une cartographie d'alerte des situations à risque, elle comporte des limites. L'effet taille des sites, conjugué aux moyens humains disponibles sur le terrain et au temps limité pour réaliser le Document Unique, ne laisse pas beaucoup de marges de manœuvres pour affiner les premiers constats et mettre en place une réelle prévention. Dans ce faisceau de contraintes, il est difficile, voire impossible, de mener de front l'EvRP pour aboutir au Document Unique et une analyse des situations de travail à risque pour engager des actions de transformation.

Par contre, quand la disponibilité des intervenants le permet, une intervention spécifique, à partir d'observations de

l'activité et de groupes de travail, permet une description des manutentions et des modes opératoires, une prise de conscience des pratiques de manutention par les soignants, la recherche collective de solutions et l'accompagnement de leur mise en œuvre. Il s'agit alors d'évaluer les expositions des soignants, en fonction du degré d'autonomie des patients, de l'organisation des soins et de l'activité de travail – critères invisibles dans l'EvRP réalisée avec des moyens limités – mais surtout d'impulser une dynamique avec les équipes, afin qu'elles puissent s'approprier un autre regard sur leur propre travail et faire le lien avec les leviers d'action disponibles, dont les aides techniques, la formation et la mise à plat de l'organisation du travail.

Il nous paraît intéressant à ce stade de faire remonter quelques réactions qui émanent du terrain et interrogent nos pratiques d'intervention : quel est le sens de l'objet technique dans la pratique du travail ? Quelles variables surviennent et vont créer un incident, un AT ?

Arrivant dans un service pour une analyse d'AT (ou pour tout autre chose), il n'est pas rare de constater qu'un certain nombre d'agents de l'équipe ne « savent » pas quel est le matériel à leur disposition, où il est stocké ou comment l'utiliser... et d'entendre ces agents nous dire « et puis ça ne servira à rien, on n'a pas le temps, c'est le boulot qui est dur », « j'ai déjà mal au dos, ça ne changera rien »...

Quelle est cette énigme ? Il y aurait du matériel disponible et les agents feraient exprès de ne pas l'utiliser, pour se faire mal... Est-ce une fatalité quand on est soignant d'avoir « mal au dos » ? Dans quelles directions doit-on chercher une solution, une amélioration ? Faire une piqûre de rappel (formation), identifier des référents (nouveaux agents). Certains discours remettent même en question la prise en charge de l'AT, si des aides techniques existent et n'ont pas été utilisées. Essayons d'aborder cette apparente contradiction selon trois niveaux de lecture.

Des aides techniques et de la formation...

Si des aides techniques existent, les soignants les découvrent souvent lors de nos interventions et il revient aux intervenants de faire prendre conscience aux soignants que les équipements seuls ne suffisent pas à régler le problème de manutention dans leur service.

Il s'agit donc de mettre en place un triptyque qui repose sur les moyens techniques (lève-patient, planche de transfert, drap de rehausse...), une formation ad hoc (postures et utilisation du matériel nouveau en situation réelle de travail), mais aussi sur l'intégration de ces nouveaux équipements et

de leur usage à l'organisation réelle du travail du service (variabilité des situations, soins en série/prise en charge globale, degrés d'autonomie du patient selon les moments de la journée), avec les équipes de jour comme de nuit.

Lors des formations sur le matériel, on se heurte à l'écueil précédemment cité lorsque les équipes nous disent « qu'utiliser le matériel prend trop de temps », « on n'a pas le temps de penser avant d'agir ». Bien sûr, il n'y a pas d'outil universel et chaque matériel doit être adapté au geste, en fonction des situations de manutention, de l'autonomie du patient et des moments de la journée.

Systématiser son geste paraît souvent plus simple en long séjour où l'acquisition de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne fait partie du soin à part entière. En court séjour, le geste technique prime – le cure sur le care – et ces tâches sont souvent « reléguées » aux aides-soignantes ou aux agents sans qualification. Évaluer les paramètres d'autonomie des patients : état de santé antérieur, degré d'autonomie, obésité, tonus des membres inférieurs, équilibre, fatigabilité, fréquence des mobilisations... peut aboutir à l'élaboration de protocoles de manutentions au même titre que les protocoles figurant dans le dossier de soins et ainsi revaloriser les tâches qui y sont liées.

... à l'organisation du travail

Quand on aborde la question de l'organisation du travail, il n'est pas rare d'entendre qu'elle « appartient » au service. Il est difficile de la remettre en cause pour analyser les pratiques. On voit fréquemment des équipes travailler avec une organisation taylorienne (soins en série) tout en parlant de prise en charge globale du patient. Ce qui accentue une individualisation des tâches de manutentions dévolues aux aides-soignantes, qu'elles effectuent alors seules et non plus en binôme. D'où l'importance d'aborder la question de l'organisation du travail réel, avec l'accord des équipes et de l'encadrement – souvent difficiles à rallier sur ce point –, de mettre à plat les pratiques existantes, d'élaborer des protocoles de travail en intégrant le matériel existant et/ou nécessaire (formation, référent, entretien, stockage), les critères d'autonomie du patient (telle capacité, telle manutention, tel matériel) pour qu'en situation de travail, les outils soient définis clairement.

Sur la base de nos pratiques d'intervention à l'hôpital depuis une dizaine d'années, des démarches de prévention des manutentions à l'hôpital ont été élaborées, reposant sur les principes suivants : partir de l'expérience et de la représentation des soignants, tenir compte de l'espace, mais aussi de l'organisation du travail, pour introduire des matériels d'aide à la manutention. Cela suppose de notre point de vue d'impliquer les acteurs du soignant au

gestionnaire, de préparer une évaluation pour tester différents matériels, de construire un accompagnement à toutes les étapes de la démarche.

Des écueils à dépasser

Si l'intérêt de la mise à disposition d'aides techniques nous semble évident pour préserver la santé des soignants, elles ne sont pourtant pas toujours utilisées, sans que des propos explicites comme des patients lourds, des agents douloureux, le nombre de lève-patients, la formation ad hoc... puissent être identifiés.

Si les critères de temps cités plus haut sont mentionnés par les agents, il apparaît, selon les services et leur mode d'organisation, que les équipements masquent souvent la question de la coopération, du travail en binôme, de la dévalorisation de certaines tâches, de la considération de la place de chacun, de la reconnaissance par la hiérarchie.

Le cas des lève-patients sur rail au plafond (LPSRAP) est intéressant – au même titre que les moteurs de traction pour les secteurs logistiques – car leur composante technique valorise les agents ayant peu de qualification et la considération acquise auprès des collègues contribue sans doute à son utilisation.

Et quand les aides techniques sont utilisées, l'argument avancé concerne d'abord le patient ! Il apparaît que pour eux-mêmes, la prévention des AT/MP passe d'abord par le bénéfice que ces aides techniques peuvent apporter au patient, comme si les soignants s'approprièrent l'usage du matériel sur ce critère : en priorisant la qualité des prestations apportées au patient, plutôt que le bénéfice qu'ils peuvent en tirer pour leur propre santé.

Le déni du réel, obstacle à une démarche de prévention

Après ces considérations sur les difficultés propres à notre pratique d'intervenants (internes) en prévention des risques liés à la manutention, revenons à la question du facteur psychosocial. Il ne s'agit pas pour nous de confondre ce terme avec certaines caractéristiques de l'organisation du travail (charge de travail, monotonie, appauvrissement des marges de coopération, etc.), mais de pointer précisément la mobilisation psychique individuelle et collective permettant d'affronter la situation de travail, avec ses contraintes, en détournant momentanément les objectifs, en s'appuyant sur les collègues, en agissant préalablement sur la situation afin de la rendre plus apte à recevoir les effets du geste professionnel (en construisant ainsi les conditions de son efficacité).

Manutention et facteurs psychosociaux, quel(s) lien(s) ? Quelques questions, pour amorcer le débat... issues de nos pratiques d'intervention à l'hôpital

Or, les données et constats, exposés précédemment, nous conduisent à proposer que le facteur psychosocial est effectivement en jeu dans ces formes de résistance(s) aux tentatives d'intervention. Le terme de « résistance au changement » est fréquemment utilisé en tant que principe explicatif permettant d'aborder la dimension humaine, mais il présente à nos yeux peu d'intérêt pour comprendre de ce qui se passe : qui résiste à quoi ? Qu'est-ce qui résiste à qui ? Ce sont d'autres formes de résistances que nous allons aborder.

Nous tenterons un cheminement qui nous mènera de la problématique de la difficile prise en compte du réel (ce qui « résiste » au geste dans l'expérience de travail) à la question du « sens » telle qu'elle se dessine dans les situations décrites et vécues par bon nombre de professionnels.

Les phénomènes auxquels la dimension psychosociale se rapporte ne sont pas visibles et restent difficiles à identifier avec certitude. Cette difficulté renforce la méconnaissance voire, dans certaines circonstances, le déni, de la dimension psychosociale du travail. Elle se retrouve, bien que de manière distincte, aux différents niveaux de l'organisation.

1/ Dans la logique des stratégies de management, de plus en plus tirées vers une gestion de type comptable, la distance fait qu'un événement, par lequel resurgit la variabilité des individus, de leurs histoires, des motivations qui les engagent (ou pas) dans l'activité de travail, peut apparaître comme élément perturbateur, sortant du cadre ; cet événement risque d'être liquidé par des stratégies de psychologisation, qui représentent un moyen de donner du sens à ce qui n'est pas prévu a priori dans ce cadre (la « résistance au changement » !).

2/ La position du cadre de proximité expose ce dernier à l'exigence de trouver des arrangements dans des situations d'injonctions paradoxales, où le calcul des prestations administrées se trouve juxtaposé aux demandes en souffrance du malade, qui appelle une relation de soins spécifique et exclusive. Il se trouve sous un feu croisé, entre hiérarchie, équipes et patients (éventuellement leurs familles).

3/ Enfin, les soignants, confrontés à la nécessité de gérer véritablement le travail de soins vis-à-vis du malade, par une renormalisation permanente de l'organisation prescrite, des moyens alloués et disponibles, se trouvent de ce fait souvent en situation de porte-à-faux, de transgression ; situations connues et tolérées pour autant qu'il n'y ait pas d'incidents.

Chacun de ces trois niveaux de l'organisation peut se trouver coupé, sans ancrage, avec la situation de travail réelle, à cause de la distance, de la confusion des signaux ou du sentiment

de ne plus avoir prise sur elle (ce qui pose les bases du fatalisme évoqué plus haut). Aussi, par exemple, la peur d'une sanction, comme injonction normative venant d'une logique élaborée loin des arrangements quotidiens nécessaires à la qualité des soins, vécue, à l'égard du cadre qui s'en fait le porte-parole, comme peu légitime mais remettant en cause le professionnalisme du soignant, implique pour ce dernier de ne pas trop penser à ce qu'il fait, c'est-à-dire de se couper d'une pensée réflexive en prise avec la complexité des situations de travail réelles. L'identité professionnelle (ressort de la mobilisation psychique au travail) se trouve ainsi mise en tension entre, d'une part, la nécessité, pour le soignant, de trouver des solutions efficaces en situation réelle d'activité (faire bien, faire vite, faire seul) et, d'autre part, le risque d'être pointé comme un « mauvais professionnel », car ne respectant pas les « bonnes pratiques » instituées du métier (approche globale des soins, lutte contre les actes de maltraitance, techniques apprises de travail en binôme). De manière générale, on constate, au fur et à mesure de la montée de cette tension, la mise en place de stratégies défensives tantôt collectives – la plainte érigée en posture au sein d'une équipe, qui banalise et réduit précisément la portée des contraintes, conduisant à un appauvrissement des initiatives et des formes d'action, en est un exemple –, tantôt individuelles (absentéisme, agressivité ou passages à l'acte violents, somatisations). Or, entre ce qu'il faudrait faire et ce qu'il ne faut pas faire, ce que l'on fait reste à l'écart des sensations, de la pensée et des échanges entre collègues.

C'est pour ces raisons, nous semble-t-il, que la dimension psychique dans le « travail ordinaire » de soins ne devient visible qu'en négatif : l'accident, le « refus » d'utiliser du matériel, les plaintes dues à la douleur.

Dans cette perspective, la démarche d'évaluation des risques (réalisée selon la méthode habituellement employée dans les hôpitaux) peut à son tour renforcer ce processus.

1/ Lorsque la « manutention », confondue avec la catégorie des « efforts de soulèvement » que l'on coche dans la déclaration d'AT, n'est autre chose qu'un facteur de risque, comment penser sa place dans le déroulement de l'activité ?

2/ Lorsque l'évaluation conduit à une « itémisation » de la situation de travail (un listing de situations à risque ordonnées en fonction de catégories, de personnels exposés, de matériels manipulés, d'agents dangereux...), sans qu'un travail d'analyse d'ensemble et de mise en relation des facteurs ainsi identifiés puisse être réalisé, comment concevoir des mesures de prévention autres qu'un saupoudrage d'actions correctrices ponctuelles dans la limite des moyens disponibles et fixés d'avance ?

Il convient ici de marquer la différence entre des mesures de protection (EPI / EPC), censés réduire le degré d'exposition mais se présentant souvent comme une contrainte supplémentaire, et des mesures de « prévention », visant prioritairement une modification de la situation de travail, au plus près de la source.

La démarche de prévention des risques peut alors se trouver bloquée par ce qu'elle serait censée mettre en mouvement : une prise de conscience des risques et l'élaboration de pratiques de travail efficaces tant sur le plan de la prestation de soins que sur le plan de la santé des soignants.

Pour conclure

La prévention est une transformation réfléchie de la situation de travail

La question du « sens » que prennent les gestes et les outils est, pour nous, centrale dans toute démarche de prévention efficace.

Le motif de la « résistance » à l'introduction d'aides techniques à la manutention nous paraît véhiculer une sorte de « pensée magique » qui voudrait que l'efficacité de l'objet technique lui soit intrinsèque. Aussi – et l'enjeu de la reconnaissance ou non des AT selon les investissements en matériel est de taille ! –, l'achat d'un lève-patient serait mécaniquement lié à une baisse du taux de fréquence des accidents liés à la manutention...

Or, en nous inspirant des principes mêmes de l'évaluation des risques, qui distingue clairement le danger, comme caractéristique propre à l'objet, du risque, toujours défini par

la relation que l'opérateur entretient avec cet objet (cf. notion d'exposition), nous croyons indispensable appliquer cette distinction également dans le champ d'action de la prévention, faisant ainsi la différence entre les propriétés de l'objet technique (ce pour quoi il a été conçu) et son efficacité préventive réelle, définie par la relation de l'objet technique à la situation de travail.

Nul effet préventif ne saurait se dégager de l'aide technique sans que son introduction dans une situation de travail existante et complexe ne soit réfléchie et discutée avec les professionnels concernés.

Nous insistons alors sur le triptyque qui doit accompagner toute implantation de nouvel équipement : ses caractéristiques techniques, la formation du personnel à partir de configurations réalistes de l'activité et une réorganisation du travail pour faire place à l'utilisation de l'outil.

Il s'agit ainsi d'aller au-delà du paradigme de l'« adaptation » de la technique à l'homme pour reconsidérer la question du « sens » de l'activité : que permet de faire l'aide technique, qu'est-ce qu'elle ne permet pas de faire ? Dans quelles situations l'utiliser ? Quel impact va-t-elle avoir sur la dimension soignante de l'activité ? Comment accompagner le patient à un changement de pratique de soins ? Comment continuer à l'impliquer dans l'acte de soins ? Que représente l'usage de l'outil vis-à-vis du patient, vis-à-vis des collègues, vis-à-vis de soi-même ?

Dans ces conditions, l'action de prévention peut être l'occasion véritable d'un travail approfondi sur l'activité de

Suicides en lien avec le travail

Depuis la fin de l'année 2006, les suicides sur le lieu de travail ou attribués aux conditions de travail ont fait irruption dans la sphère médiatique. Est-ce un phénomène nouveau ? En augmentation ? Comment peut-on expliquer cette « épidémie » ? Face à cet acte extrême, que faire dans l'entreprise ? Ce dossier fait le point sur le sujet. La prévention des suicides au travail

passé par une démarche globale de prévention des risques psychosociaux.

Que penser d'un numéro vert ? Que penser de la mise en place des observatoires du stress ?

Références bibliographiques.

Pour en savoir plus en quelques clics, dossier à consulter sur www.inrs.fr

Manutention et facteurs psychosociaux, quel(s) lien(s) ? Quelques questions, pour amorcer le débat... issues de nos pratiques d'intervention à l'hôpital

travail (les savoir-faire, l'organisation, l'identité professionnelle au sein d'une équipe, les contraintes, le rôle des consignes et des procédures, etc....) susceptible de donner une impulsion à la dimension psychosociale, à l'engagement des soignants dans le travail et la dynamique d'équipe, dans un processus de transformation et un mouvement d'appropriation des contraintes et des ressources disponibles.

Telles seraient, de notre point de vue, les conditions d'une prévention efficace du risque lié aux manutentions incluant le facteur psychosocial.

 **Sandro DE GASPARO,**
Psychologue clinicien

Marie Wallet,
Danielle Mezzarobba
Ingénieurs ergonomes, AP-HP

Isabelle Dagnet
Ingénieur sécurité

Bibliographie

Dagnet, I., « Patient handling : ergonomics considerations and methods to introduce equipment and other solutions to working situations, french regulations », Time to care, changing care, International forum Guldmann [actes à paraître], Middlefart, Danemark, 2007.

Dagnet, I., La contribution des lève-patients sur rail dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés, AP-HP/ASSTSAS, 2000.

Dagnet, I., L'introduction de matériel d'aide à la manutention dans le milieu hospitalier. L'exemple de l'évaluation du lève-patient sur rail, DESUP Paris I/INRS, 1997.

Dagnet, I., Mezzarobba, D., Wallet, M., « La manutention à l'hôpital, d'une approche réglementaire à une démarche intégrée, pour une action pertinente et efficace », Risques pour la santé des personnels de soins : enjeux pour la prévention, Colloque international AISS [Actes à paraître], Athènes, Grèce, 2007.

Daniellou, F., « Repères pour s'affronter aux TMS », F. Bourgeois et all., TMS et travail, quand la santé interroge

l'organisation, Éditions ANACT, 2000.

De Gasparo, S., Mezzarobba, D., Wallet, M., « L'enjeu d'une problématique qui intègre des indicateurs qualitatifs pour la gestion des risques psychosociaux », Risques pour la santé des personnels de soins : enjeux pour la prévention, Colloque international AISS [Actes à paraître], Athènes, Grèce, 2007.

Dujarier, M.-A., L'idéal au travail, Puf, 2006.

Dejours, C., (1999). « Violence ou domination ? ». Travailler, 1999, n° 3, Dossier Violence et Travail, p. 11-29.

Hirata, H., Laborie, F., Le Doaré, H. et Senotier, D., (2000). Dictionnaire critique du féminisme, PUF, 2000.

Hubault, F., Bourgeois, F., « Prévenir les TMS. De la biomécanique à la revalorisation du travail, l'analyse du geste dans toutes ses dimensions », @ctivités, 2005, volume 2, n° 1.

Molinier, P., Les enjeux psychiques du travail, Éd. Payot & Rivages, 2006.

Molinier, P., Wallet, M., Giujuzza, Ch., « Le groupe hôpital : un espace d'élaboration collective », Performances humaines et techniques, 1996, n° 85.

Rabit, M., Wallet, M., « Le quotidien, rencontre des temps polymorphes et situés », F. Hubault, F., Travailler, une expérience quotidienne du risque ?, Séminaire de Paris I, Octarès Éditions, 2003.

Théry, L., sous la direction de Bourdon, F., et all., Le travail intenable : résister collectivement à l'intensification du travail, La Découverte, 2006.

Wallet, M., La pratique de l'ergonome dans les processus de conception d'espaces de travail à l'hôpital : Interactions, coopérations, évaluations, l'expérience de deux projets, CNAM, 1997.

Psychologue pour le personnel : une pratique à construire

Les psychologues sont présents, depuis peu, dans les hôpitaux sur des missions auprès des personnels et ces postes ne sont encore que peu connus et reconnus. Ainsi, il est intéressant de livrer un aperçu du travail si particulier du psychologue, situé vers la prise en charge de soignants sur leur lieu de travail.

L'origine de ces postes

Plusieurs postes de psychologue dans les établissements de soins ont été créés à partir d'une circulaire DHOS du 15 décembre 2000 sur la prévention et l'accompagnement de la violence en milieu hospitalier : elle notifiait, avant tout, l'obligation à l'employeur hôpital de mettre en œuvre des actions afin d'assurer la sécurité de ses agents et, éventuellement, réparer les dommages. Elle faisait, elle-même, référence à un protocole d'accord de mars 2002 qui visait à une amélioration des conditions de travail des soignants.

Des budgets ont été alloués, des postes ont été créés avec peu de réflexion sur les missions dévolues au psychologue. Ainsi, on a pu percevoir chez les psychologues recrutés une grande diversité de :

- formation de départ (psychologue clinicien, du travail, etc.),
- lieux d'exercice (CHS, CHU allant de 700 à 2 000 agents),
- rattachement administratif, voire hiérarchique (DRH, médecine du travail, etc.),
- missions demandées : certains interviennent sur des thèmes précis (violence, accompagnement de fin de vie) et d'autres sont présents pour tout problème concernant le personnel ; l'idéal allant jusqu'à « favoriser l'épanouissement des professionnels dans l'exercice de leur missions ».

Il nous semblait important de resituer le cadre de départ de la création de ces postes de psychologue pour le personnel en milieu hospitalier. D'une part, parce que ce cadre d'origine a permis que chacun des établissements s'en saisisse à sa façon, en illustrant quelquefois le décalage qui peut exister entre ce qui a été écrit, pensé (ici, dans une circulaire) et sa mise en œuvre et la nécessité d'une réappropriation au sein de l'institution.

D'autre part, parce que ces fonctions, alors nouvelles pour les psychologues cliniciens, et le champ d'intervention particulièrement vaste (souvent la violence) ont nécessité et nécessitent encore du temps et des échanges entre professionnels – beaucoup de réseaux de psychologues pour le personnel ont vu le jour – afin de définir un cadre d'intervention.

Le cadre d'intervention actuel

Notre cadre d'intervention s'est donc élaboré, au fil de mes années de pratique, à partir de la demande première de l'institution, mais aussi à partir des demandes du personnel

soignant, tant en entretiens individuels que pendant des temps de visites, informels et réguliers, sur les unités. Nos missions se situent en premier lieu sur la violence et sa prévention dans un hôpital psychiatrique d'environ 700 agents. Elles se développent selon trois axes.

Axe 1/ La prise en charge directe de la violence.

Lorsqu'une violence a été vécue par un soignant ou par un groupe de soignants, notre action consiste à prendre en charge les personnes ayant subi un traumatisme psychique. Cela consiste en un débriefing psychologique individuel ou collectif et la mise en place de groupes de soutien aux équipes.

Axe 2/ La prévention de la violence. La question de la prévention de la violence est plus délicate ; elle se réfère à des modèles théoriques qui sous-tendent que la violence est liée à tels ou tels facteurs sur lesquels nous pourrions agir. Notre postulat de base est que ce qui fait violence est lié à une effraction du psychisme individuel et collectif, faisant suite à un non-sens dans le soin, à une non prise en compte de l'autre qu'il soit soignant ou patient. Nous avons fait le choix, dans ce sens, de centrer l'action sur le soignant ou les équipes afin que ceux-ci puissent bénéficier d'un espace de parole, leur permettant d'élaborer quelque chose de l'ordre de leurs difficultés avec le ou les patients, avec leurs collègues, sur leur pratique, etc.

Nos actions visent un mieux-être des personnes dans leur travail et une prise en charge de certaines pathologies liées au travail (épuisement professionnel : source de violence aussi, etc.). Concrètement, cela se décline :

- en action individuelle : les personnels font une demande d'entretien. Les types de demandes sont très variées : conflits avec un collègue, un supérieur, analyse de la pratique car l'agent est en réflexion ou en souffrance par rapport à son travail au quotidien, personnes en recherche de réorientation professionnelle, etc. C'est dans ce cadre que nous avons pu recevoir également des personnes en longue maladie, ou, dans une demande d'aide plus personnelle.
- en action collective : avec des rencontres des équipes sur des temps de pause, sur des temps formels, lors de groupe de parole, à leur demande et ou celle du cadre, etc.

C'est en développant toujours plus ces axes que, petit à petit, sans nous éloigner de nos missions de départ sur la violence, il nous a semblé important que notre fonction soit désignée comme « psychologue pour le personnel ».

Cela nous semblait également porteur et « bien-traitant » que l'institution puisse affirmer haut et fort que, pour la santé de ses agents, il existait un psychologue pour le personnel, mis à disposition pour tout problème en lien avec leur pratique professionnelle.

Psychologue pour le personnel : une pratique à construire

Axe 3/ La participation à l'élaboration d'une politique de prévention de la violence au sein de l'établissement.

Le cadre que nous offrons aux agents de cet hôpital n'est qu'une partie des outils pour lutter contre le risque de violence multifactoriel. Ainsi, par notre présence dans l'établissement à des instances telles que le CHSCT ou, à un moment donné, à la cellule d'événements indésirables, nous essayons d'aider cette institution à élaborer une réelle politique de prévention de la violence, de l'étayer et d'y mettre de la cohérence.

Les limites et difficultés rencontrées

La principale difficulté, et non des moindres, est de travailler sur un hôpital avec des agents et d'être, en même temps, agent de cet hôpital. Cet « entre-deux » vient fortement teinter notre façon d'intervenir et, simultanément, notre façon d'investir cette institution. Parfois, là où l'on veut de nous comme quelqu'un d'extérieur, notre intériorité sera soulignée ; alors que là où notre intériorité pourrait venir rassurer, notre extériorité sera exacerbée. Cette place singulière, empreinte à la fois d'intériorité et d'extériorité, amène un certain nombre de questions et de limites à notre intervention :

- par rapport à notre cadre de travail : fantasme de coalition avec la direction, fantasme d'omniprésence, sachant tout sur tout, ce qui nous oblige régulièrement à rassurer les équipes ; venir voir un psychologue sur son temps de travail pose également beaucoup de questionnements (démarche personnelle mais absence du lieu de travail à signaler) ; demande d'aide d'une équipe sans que le cadre soit au courant, etc. ;
- accessoirement – mais c'est toujours important de l'énoncer par rapport à notre façon d'être agent dans cet établissement –, il ne nous est, par exemple, pas possible d'investir certains lieux (syndicats, associations) afin de garantir notre neutralité et ne pas nous retrouver avec des personnes suivies dans un cadre trop proche.

Le travail pluridisciplinaire

Le travail pluridisciplinaire se réalise avec le médecin du travail, un appui important dès le début de notre intervention dans l'établissement. Ainsi, nous avons surtout commencé à travailler ensemble sur les situations de violence notamment par un courrier conjoint sur la nécessité d'une prise en charge rapide de la personne à la suite d'une déclaration d'accident du travail. Mais, très rapidement, nous avons pu échanger sur les unités, elle nous adresse régulièrement des personnes en difficulté, soit sur le plan

professionnel (en souffrance), soit sur un plan plus global (longue maladie, etc.) Et parfois, à l'inverse, nous orientons une personne qui nous consulte vers le médecin du travail (pour un aménagement de poste, par exemple) car, bien souvent, les agents ne connaissent pas précisément les missions du médecin du travail. Notre travail est ainsi conjoint et complémentaire. Au-delà du travail clinique, nos échanges et notre soutien réciproque sont nécessaires par rapport à l'établissement car nous sommes toutes deux préoccupées de la santé des personnels au travail ; ainsi il nous arrive de défendre une position commune sur des conditions de travail, etc. Dernièrement, nous avons adressé une requête auprès de la Direction pour disposer d'une assistance sociale du personnel, qui viendrait renforcer l'équipe de santé au travail.

Dans certains lieux, nous savons que le directeur des ressources humaines, le médecin du travail, la psychologue pour le personnel et l'assistante sociale se rencontrent afin d'échanger autour de situations complexes et communes. Il est essentiel d'apprendre à travailler ensemble tant nous sommes souvent isolés dans nos fonctions et tant la santé au travail est un thème vaste qui nécessite des intervenants spécifiques (ergonome, etc.). À l'heure de la nouvelle gouvernance, à quand donc un pôle pour le personnel ?

Conclusion

Il y aurait tant à dire ! Nous avons souhaité parler d'une pratique à construire car, en effet, tout dans cette pratique nous paraît en construction : le champ de référence entre psychologie clinique et psychologie sociale et du travail, le cadre d'intervention en lui-même où tout semble pouvoir être inventé et réinventé (par exemple, un espace de prise en charge avec des médiations telles que la sophrologie, etc.), le travail partenarial toujours en définition et à développer, des recherches à impulser comme, par exemple, sur ce qui pourrait rendre « résilient » les soignants dans leur travail relationnel au patient... En tant que psychologue clinicienne, il me semble important de réaffirmer que nous pensons avoir toute notre place dans ce travail auprès des personnels au sein d'un hôpital, en leur offrant un espace d'écoute et une prise en charge globale de ce qu'ils vivent. N'oublions pas que le bien être des soignants dans leur travail, « la santé au travail », apparaît essentiel à l'humanisation des lieux de soins.



Christelle DUHAU
psychologue clinicienne

Prévention du stress au travail : un projet pluridisciplinaire

L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) a créé, dans le cadre du plan à moyen terme 2003-2007, les projets transversaux (PT). Ceux-ci regroupent, autour de thématiques de la santé au travail préoccupantes ou émergentes, les quatre activités de l'INRS : recherche, assistance, formation des préventeurs et élaboration des produits d'information (PI). Parmi les 9 PT figure celui consacré au stress au travail. Il a fait suite à un premier projet du plan à moyen terme précédent (1998-2002) mais qui fut exclusivement consacré à la recherche. Les acquis de ce premier projet, en terme de connaissances et d'équipe, ont permis à l'équipe projet d'être très vite opérationnelle.

Objectifs

En juillet 2002, il a été fixé au PT « stress au travail » les objectifs suivants :

- développer des méthodes et outils pratiques d'objectivation des situations de stress,
- développer des stratégies et des approches de prévention à l'intention de préventeurs de terrain : médecins du travail, ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), fonctionnels de sécurité des entreprises, membres du CHSCT, etc.).

Une équipe pluridisciplinaire : le groupe « stress »

L'équipe du PT « stress », constituée depuis 2002, représente différentes disciplines :

- les sciences humaines avec Eric Draï (sociologue), Martine François (psycho-ergonome), Valérie Langevin (psychologue du travail), Corinne Van de Weerd (psycho-ergonome),
- les sciences biomédicales avec Dominique Chouanière (médecin épidémiologiste) et Dominique Lafon (médecin du travail),
- les sciences économiques avec Christian Trontin (économiste),
- les sciences de l'éducation avec Agnès Pentecôte et Marc Benoit (psychologues du travail et formateurs) et de la communication avec Anne Guibert (chargée de projets audiovisuels).

Les activités du projet transversal

Elles se déclinent en terme de recherche, assistance, formation et élaboration de produits d'information.

• ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Trois types d'études ont été réalisés dans le cadre du PT.

• Études « attentes et besoins »

Tout d'abord ont été étudiés les attentes et des besoins des

préventeurs qui ont en charge la prévention du stress. Avant de proposer des outils, il s'agissait de définir quels étaient les pratiques, les outils et méthodes déjà utilisés et qu'attendaient ces préventeurs de la part de l'INRS. Ce travail a concerné les préventeurs des services Prévention des CRAM et les médecins du travail.

• Mises au point méthodologiques

Elle a concerné essentiellement deux champs : la démarche de prévention du stress et l'étude des questionnaires « stress » disponibles.

• Démarche de prévention

Celle-ci est issue d'une étude bibliographique approfondie sur les différentes démarches existantes et de l'observation des pratiques en France et à l'étranger, particulièrement au Québec qui a depuis longtemps mis en place des actions de prévention du stress dans les entreprises. À partir des modèles disponibles une démarche a été adaptée à la situation de la prévention en France (cf. publications disponibles sur le site web de l'INRS).

• Étude comparative des questionnaires « stress »

Elle a pour objectif de dresser un inventaire de différents questionnaires (élaborés ou traduits en langue française) mis au point par la communauté scientifique à des fins de recherche ou d'intervention de prévention. Des fiches décrivant le questionnaire sur 18 critères (nom du questionnaire, année, auteurs, objectifs, niveau d'investigation, cadre, définition et modèle, langue d'origine, traduction, versions disponibles, qualités psychométriques, etc.) ont été réalisées pour 22 questionnaires. Elles seront prochainement éditées et accompagnées de documents annexes (glossaire, mode d'utilisation, etc.).

• Exploration des risques psychosociaux par secteur d'activités : l'exemple du secteur des Centres d'appels téléphoniques

L'INRS a été saisi d'une demande d'étude provenant d'un groupe de médecins du travail qui s'interrogeaient sur les conséquences pour la santé de l'activité d'opérateurs dans les centres d'appels téléphoniques (CT) : « l'activité de téléopérateur des CT a-t-elle un retentissement sur la vie psychique et le fonctionnement cognitif ? Quelles sont les recommandations préconisées dans l'organisation du travail des CT ? ». Pour y répondre deux études (psycho-ergonomique et épidémiologique) ont été menées en parallèle.

• Une étude psycho-ergonomique, menée dans un centre d'appels téléphoniques dédié à la téléphonie mobile, a débuté en 2005 et s'est poursuivie en 2006. Basée sur une recherche-action, l'étude visait l'amélioration des conditions de travail, la prévention du stress et l'accompagnement des changements dans l'organisation. Il a été question d'analyser les conditions de travail, d'évaluer la charge mentale et émotionnelle des salariés et de suivre l'évolution de ce centre

Prévention du stress au travail : un projet pluridisciplinaire

qui a connu des changements importants (rachat par une autre entreprise, modification des principales missions, déménagement, etc.).

- Une étude épidémiologique visant à mettre en relation les caractéristiques organisationnelles des plateaux et les données de santé. Cette étude a concerné 4 000 téléopérateurs et une centaine de plateaux. Le recueil des données assuré par les médecins du travail s'est achevé en février 2007. Les données sont en cours d'analyse.

• ACTIVITÉS D'ASSISTANCE

L'assistance inclut des activités variées qui vont de la mise à disposition d'une information à l'animation d'un réseau de préventeurs (animation du groupe Risques PsychoSociaux et Santé, RP2S) en passant par l'accompagnement des préventeurs dans des actions en entreprises.

• Assistance réactive et ponctuelle

Le groupe « stress » reçoit directement des demandes d'information ou de conseil (questionnaires, aide à des diagnostics, etc.) émanant de structures diverses ou de personnels variés : médecins ou infirmières du travail, représentants des salariés ou salariés, chefs d'entreprises, fonctionnels de sécurité, directeurs de ressources humaines, formateurs, consultants, étudiants, etc.

• Le réseau « RP2S » (Risques PsychoSociaux et Santé)

Un groupe de travail CRAM-INRS, « RP2S », a été constitué à partir de juin 2004 pour mettre en cohérence les pratiques de prévention au sein des CRAM et opérationnaliser les démarches de prévention sur le terrain par l'élaboration d'outils. Depuis 2005, tous les services Prévention des CRAM ont au moins une personne référente pour les risques psychosociaux. Le groupe RP2S se réunit quatre fois par an en moyenne. Il a récemment élaboré une grille d'indicateurs permettant de « suspecter » la présence de problèmes de stress ou de violences internes ou externes dans l'entreprise. Ce guide d'indicateurs est en phase de test et sera bientôt disponible.

• Accompagnement des préventeurs des services Prévention des CRAM dans des actions en entreprises

L'activité d'assistance concerne, dans ce cas, l'accompagnement de préventeurs des CRAM dans le diagnostic approfondi (évaluation du niveau de stress, identification des sources de stress et repérage des groupes les plus exposés) dans une entreprise particulière.

• UN PROGRAMME DE FORMATION SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS)

L'INRS propose une formation initiale à l'ensemble du personnel qui intègre l'« institution Prévention » (contrôleurs et ingénieurs CRAM) et différents stages de formation continue :

• À destination des médecins du travail

Un stage de présentation des différentes démarches réalisées par des médecins du travail afin de répondre à des demandes

de prévention du stress dans des entreprises.

• À destination des agents des services Prévention des CRAM

Une formation-action « Entreprendre une démarche de prévention dans le domaine des RPS » avec :

- une première séquence : apport de connaissances de base sur les RPS,

- un travail d'intersession : dépistage d'une situation de travail présentant des RPS à l'aide de la grille d'indicateurs d'alerte mentionnée plus haut,

- une deuxième séquence : restitution des travaux et analyse (avec la participation des « personnes ressources » des CRAM).

• À destination d'équipes pluridisciplinaires.

Il est, en effet, recommandé, dans une démarche de prévention des RPS, de constituer une équipe « projet » pluridisciplinaire associant tous les préventeurs de l'entreprise traditionnellement impliqués dans la prévention des risques professionnels (préventeurs internes, médecin du travail, préventeur CRAM, etc.). Ce stage vise à sensibiliser les préventeurs à une démarche de prévention du stress et autres RPS en pluridisciplinarité.

- D'autres stages « à la carte » peuvent être réalisés dans les services Prévention des CRAM pour répondre à des demandes spécifiques.

• LES PRODUITS D'INFORMATION

Les produits d'information réalisés dans le cadre du PT sont de deux types :

- des produits de sensibilisation vis-à-vis de la thématique des RPS,
- des produits méthodologiques pour mettre en place dans les entreprises une démarche de prévention.

Ils sont à destination des acteurs de l'entreprise, des préventeurs sans formation particulière sur les RPS ou des préventeurs spécialisés dans ce domaine.

Produits de sensibilisation

• En direction des acteurs de l'entreprise

- Articles sur des actions menées en entreprises pour Travail et Sécurité ou pour d'autres revues de vulgarisation (voir en particulier dans le n° 640 de Travail et Sécurité de mai 2004, le dossier « Face au stress : les préventeurs se mobilisent »).

- Site Web INRS (www.inrs.fr) : dossier « Santé mentale au travail » (stress, violences externes et harcèlement moral).

- Audiovisuel : J'ai mal au travail (DV 0327) qui met en lumière, à travers des témoignages et les analyses d'experts, les différences entre harcèlement, violence externe et stress.

- Audiovisuel : Le stress au travail, le démasquer pour le prévenir (DV 0365) : il est constitué de trois courtes fictions visant à combattre trois idées reçues :

- « Un peu de stress, ça ne peut pas faire de mal »,

- « Contre le stress on ne peut rien »,

- « Le stress au travail, un problème de défaillance individuelle ».

- Brochure pour les responsables de petites et moyennes entreprises (PME) : Absentéisme, usure, fatigue, turn-over, mal-être. Et s'il y avait du stress dans votre entreprise ? (ED 973). Cette plaquette de sensibilisation destinée aux dirigeants de PME a pour objectif de vulgariser les connaissances sur les manifestations et les causes du stress. Elle cherche également à inciter les dirigeants à s'interroger sur la présence de stress dans leur entreprise et, le cas échéant, à les convaincre de s'y attaquer.

- Actuellement en préparation, une animation permettant de représenter de façon didactique les mécanismes physiologiques du stress sera bientôt consultable sur le site Web de l'INRS.

- **En direction des préventeurs non spécialistes**

- Dans la collection « Point sur », un « 4 pages » : Stress au travail, sur les connaissances de base dans ce domaine (ED 5021).

- Dans la publication Documents pour le médecin du travail, à noter plus particulièrement deux articles, l'un sur les concepts « stress et RPS » et l'autre sur une démarche de prévention :

- Chouanière, D., « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention », Documents pour le médecin du travail, n° 106, 2006, p. 169-186.

- François, M., Liévin, D., « Démarche de prévention du stress au travail : la réalisation d'un diagnostic organisationnel », Documents pour le médecin du travail, n° 107, 2006, p. 309-321.

- **En direction de préventeurs spécialistes**

- En préparation, un diaporama sur la problématique des RPS (définition, fréquence des différents risques, causes, conséquences pour la santé et pour le fonctionnement de l'entreprise, coût pour l'entreprise et la société, aspects réglementaires, méthodes de prévention, réseau potentiel de partenaires pour la prévention des RPS). Cet outil, très attendu par les préventeurs, sera téléchargeable à partir du site web INRS et leur permettra d'animer des réunions d'information.

Produits méthodologiques

- **En direction des préventeurs non spécialistes**

- Brochure jumelle de celle citée plus haut destinée aux chefs d'entreprise : Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention (ED 6011, à paraître en juillet 2007). Il s'agit d'une plaquette méthodologique sur la démarche de prévention. Elle s'adresse aux préventeurs internes à l'entreprise qui désirent mettre en œuvre une démarche. Elle est conçue comme un accompagnement à la démarche, étape par étape, et une aide pour réaliser (ou faire réaliser par des préventeurs externes) chacune des étapes.

- Actuellement en test, la brochure Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider (ED 6012). Cette brochure a été décrite, plus haut, dans le cadre des travaux du groupe RP2S. Dans une démarche de prévention du stress au travail, les indicateurs d'alerte sont à rechercher

au moment de l'étape du pré-diagnostic pour mettre en visibilité des éventuelles difficultés exprimées par les salariés et/ou dépister, sans plaintes exprimées, des situations de travail à risque de stress ou de violences. Il s'agit, à cette phase, de s'appuyer sur les données de l'entreprise existantes et facilement mobilisables, données qu'il faudra collecter, synthétiser et analyser. Il existe deux types d'indicateurs, ceux relatifs à la santé des salariés et ceux relatifs au fonctionnement de l'entreprise.

- **En direction des préventeurs spécialistes**

- En préparation, sur le site web de l'INRS, le répertoire des questionnaires « stress » (sur les contraintes, le niveau de stress perçu, les échelles de dépression/anxiété, etc.) issu des travaux de recherche mentionnés plus haut.

- **En direction des acteurs des entreprises et des préventeurs**

- Un colloque a eu lieu, les 1er et 2 février 2007, sur « Le stress au travail : une réalité. Quelle prévention ? Quels acteurs et quels outils ? ». Il s'est adressé aux acteurs de l'entreprise (dirigeants, responsables des ressources humaines, salariés, etc.) et aux préventeurs internes ou externes. L'objectif était de démystifier la prévention du stress et plus largement des risques psychosociaux et d'inciter les différents acteurs à prendre en compte ces risques au même titre que les autres risques professionnels. Le programme était conçu pour présenter chaque étape de la démarche à l'aide de témoignages et de mises en perspectives par des experts. Le comité scientifique du colloque, constitué de représentants des différentes institutions traditionnellement impliquées dans la prévention des RPS (médecins du travail, médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre, services Prévention des CRAM, Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail et universitaires), s'est accordé sur une démarche consensuelle de prévention du stress au travail.

Ce colloque a connu un succès important (700 participants) et a donné lieu à de nombreux articles de presse. Il a atteint son objectif d'y faire participer les acteurs de l'entreprise.

Dans sa suite vont être réalisés un cédérom (regroupant les résumés, les diaporamas et les textes distribués) et des publications (un résumé détaillé est en préparation pour le numéro des Documents pour le médecin du travail du 2e trimestre 2007).



**Dominique
CHOUANIERE**

responsable du projet transversal

INRS "stress au travail"

dominique.chouaniere@inrs.fr

Valerie PEZET-LANGEVIN

membre du projet transversal

INRS "stress au travail"

valerie.langevin@inrs.fr

La demande sociale autour du harcèlement auprès d'un service de renseignement

Service de renseignement et harcèlement

La Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) des Bouches-du-Rhône s'est engagée, en 2006 et 2007, à procéder à une analyse des pratiques de traitement par l'inspection du travail des situations susceptibles de constituer un « harcèlement moral au travail ».

Il convient de rappeler que l'inspection du travail est organisée en sections d'inspection qui contrôlent l'application de la réglementation dans les entreprises ; à ce titre leur est dévolue une fonction de renseignement sur la législation du travail. La Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Bouches-du-Rhône a choisi, en 2001, de décharger les sections d'inspections des fonctions de renseignement sur le droit du travail et a donc structuré un service de renseignement du public, notamment sur les situations litigieuses individuelles nées à l'occasion de la conclusion, de l'exécution ou de la rupture du contrat de travail.

Dans le cadre des missions d'information du public, le service de renseignement a été très rapidement sollicité sur le phénomène dit de « harcèlement moral » au travail. Les renseignements donnés portaient essentiellement sur l'étendue des droits des salariés. Mais, outre ces informations juridiques, les contrôleurs du travail en charge du renseignement informaient aussi les usagers sur les suites susceptibles d'être données afin de mettre un terme à ces situations de souffrance mentale ou physique sur les lieux du travail. Cette dernière demande est devenue le motif principal de sollicitation du service de renseignement par les salariés se disant victimes de « harcèlement ».

Parallèlement, la loi dite de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 (article 169) a introduit, dans le Code du travail, un article L. 122-49 qui incrimine les faits de harcèlement moral. Désormais, la constatation d'une situation de harcèlement moral au travail est susceptible d'être relevée par procès-verbal par les agents de contrôle de l'inspection du travail. Comme toute infraction pénale, l'établissement des éléments constitutifs de l'infraction est strictement encadré par la loi pénale et est généralement rendu difficile par les modes d'administration de la preuve.

Après cinq années d'existence et de pratique de cet arsenal juridique largement connu du public, il convenait d'analyser les pratiques entre les agents en charge des fonctions de renseignement et les agents de contrôle en charge des enquêtes et des constats.

Enfin, la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Bouches-du-Rhône a souhaité développer le travail de diagnostic et d'analyse de la demande sociale réalisé par le service de renseignement. L'analyse du traitement de la demande individuelle sur le champ du harcèlement moral s'est imposée comme un choix judicieux et pertinent. Elle permet, en effet, d'apporter des éléments

quantitatifs et qualitatifs sur le profil des demandeurs et des situations de harcèlement et permet aussi de créer du lien entre les différents intervenants pour le traitement de ces situations.

Le recueil des données statistiques

Le service de renseignement a donc mis en place un système de collecte des données qualitatives relatives aux situations susceptibles de relever d'un état de « harcèlement moral ». Les agents en charge du renseignement reçoivent un nombre important d'informations sur l'application de la réglementation du travail et sur les situations litigieuses. Leur analyse permet de mieux appréhender le phénomène de « harcèlement ». La fiche de collecte des données constitue en soi une première grille d'analyse commune des situations de « harcèlement ». Elle ne peut être considérée comme une source de données statistiques, prises dans une acception scientifique et qui reflèteraient la réalité du phénomène de harcèlement, mais plutôt comme une photographie des demandeurs et des situations portées à la connaissance des services de l'inspection du travail.

Les données sont collectées depuis octobre 2006. En ce qui concerne le profil des usagers qui se disent victimes de « harcèlement moral », environ 80 % des personnes sont des femmes. La répartition par âge des demandeurs montre qu'aucune classe d'âge n'est épargnée : si les 30-40 ans sont particulièrement exposés (37 % des demandeurs), les autres classes d'âge sont aussi sujettes au phénomène de « harcèlement » (18-30 ans : 31 % ; 40-50 ans : 24 % ; plus de 50 ans : 8 %).

Le demandeur est très majoritairement titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (91 %) et sous statut employé (92 %), les cadres représentant 8 % des demandeurs. Les salariés concernés ne sont pas titulaires d'un mandat de représentation du personnel (97 %).

Les éléments relatifs à l'environnement de l'entreprise permettent d'affiner l'analyse. Dans presque 50 % des cas, l'entreprise où se situe le « harcèlement moral » comporte moins de 10 salariés. Les entreprises de 10-49 salariés représentent 27 % et les entreprises de plus de 50 salariés, 23 %. Dans presque 60 % des entreprises, la représentation du personnel est absente. S'agissant de « l'auteur », les éléments collectés permettent de mieux en appréhender le profil : c'est un homme, dans 74 % des cas, et il peut être collectif, autrement dit réalisé en groupe. L'employeur représente 50 % des « auteurs », mais moins que les supérieurs hiérarchiques (53 %). Les collègues et collaborateurs représentent respectivement 12 et 8 % des présumés « auteurs ». Les manifestations de harcèlement sont multiples et peuvent recouvrir de très nombreuses situations, disparates et propres à chaque individu. Toutefois, il existe des dénominateurs communs aux situations de « harcèlement ». Ainsi, le harcèlement a lieu durant le temps de travail (98 %), mais peut aussi se doubler avec des faits commis hors le temps de travail ou durant les arrêts

maladie (13 % des cas analysés). Les actes sont commis généralement à huis clos (87 %) hors la présence de tout témoin, mais il arrive que des actes de « harcèlement » soient aussi commis en public (40 % des cas), devant la clientèle (22 %) ou par moyen de communication (téléphone, courrier, mail : 14 %).

Les actes consistent en l'augmentation de la charge de travail (45 % des cas analysés), en la suppression des outils de travail (23 %) et le changement de poste de travail (22 %).

Les méthodes utilisées sont nombreuses et peuvent se cumuler pour une même situation. Ainsi, les techniques agressives, dégradantes et persécutrices sont les plus souvent utilisées dans le cadre de « harcèlement » (respectivement 74 %, 54 % et 59 % des cas analysés). Le geste de travail est attaqué sous l'angle de la fixation d'objectifs irréalisables (30 %). L'isolement est utilisé dans 26 % des cas analysés. Les techniques punitives sont relativement peu utilisées (23 %). Enfin, la notion de répétition a été relevée dans 65 % des cas analysés.

La matérialisation des actes de « harcèlement » recouvre essentiellement l'incitation à la démission du salarié (43 % des cas analysés), des convocations par l'auteur présumé (26 %) et des avertissements (23 %). Les procédures de licenciement ou disciplinaires sont rares : respectivement 9 % et 8 % des cas.

L'analyse tente de déterminer les origines du conflit. Dans 26 % des cas analysés, les faits de « harcèlement » trouvent leur source dans une action revendicative du salarié. Le changement de direction est invoqué dans 24 % des cas et la discrimination est apparente dans 15 %. L'exercice d'un mandat n'a été relevé que pour un seul cas. Il est à noter que les faits issus de la vie privée des salariés apparaissent dans 31 % des cas analysés.

Les agents de renseignement ont aussi pour mission l'orientation des usagers. À cette occasion, ils analysent la situation actuelle du demandeur ; eu égard à celle-ci, ils proposent aux usagers des perspectives ou des orientations en fonction de leurs attentes. Dans 96 % des cas, la « victime » est consciente du harcèlement. Dans 53 % des cas, elle a déjà recherché de l'aide ou un accompagnement et, dans 34 % des cas, les démarches ont conduit à la saisine de l'employeur. Les institutions représentatives du personnel ont été peu mobilisées (5 %).

Le salarié qui se dit « victime » est, dans 64 % des cas, en arrêt maladie. Enfin, dans 25 % des cas, le salarié souhaite rester dans son emploi. L'environnement est majoritairement passif aux situations de « harcèlement » : ainsi, dans 55 % des cas, le collectif de travail n'intervient pas ; il soutient la victime dans seulement 16 % des cas analysés. Parfois, le collectif peut se montrer très actif en soutenant l'action de « l'auteur » (29 % des cas).

Les agents du service de renseignement proposent plusieurs orientations des usagers. Dans 80 % des cas, la « victime » sera orientée vers le médecin du travail ou vers le médecin traitant (58 %).

Le recours à l'employeur est proposé dans 35 % des cas. Le recours juridictionnel est proposé dans 53 % des cas (Conseil de prud'hommes), avec une part très résiduelle pour la voie pénale (8 %). Le renvoi vers un conseil constitue un relais important de traitement : syndicats (31 %), associations (54 %), avocats (32 %). Le recours aux institutions représentatives du personnel est peu ou pas proposé (moins de 10 %). Enfin, l'usager est orienté vers la section d'inspection dans 43 % des cas analysés.

L'analyse de la demande sociale

De ces données quantitatives collectées, divers constats peuvent être établis et constituer des pistes de réflexion pour l'intervention future des services de l'inspection du travail.

La démarche de prévention

Les situations de « harcèlement » doivent être envisagées dans le cadre de la prévention des risques. Différents constats permettent de mieux cibler l'intervention des acteurs. Les femmes sont plus vulnérables aux situations de « harcèlement ». Il convient d'intégrer cette dimension dans le cadre plus général des actions en faveur de l'égalité hommes/femmes dans les relations de travail, notamment sur les conditions de travail, de rémunération et d'évaluation des risques professionnels.

Les titulaires d'un contrat à durée indéterminée sont exposés de part la durée de l'engagement auprès de l'employeur : si le harcèlement a pour objet le départ du salarié, il ne peut se concevoir que dans le cadre d'une relation longue des rapports de travail. Cette catégorie est aussi plus sensible aux changements de personnels ou de mode d'organisation du travail. Les changements de personnels d'encadrement et du mode de « management », qui se retrouvent dans les origines du conflit, peuvent être pareillement anticipés par les employeurs dans le cadre de l'évaluation des risques.

L'employeur n'est pas toujours l'auteur du « harcèlement » ; il est donc possible d'agir sur le terrain de sa responsabilité en matière d'évaluation des risques et de protection de la santé des salariés. Ainsi, suite à la jurisprudence de la Cour de cassation (Ch. Soc. 21 juin 2006), l'employeur est tenu à une obligation de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise. Tout manquement à ses obligations, y compris en cas d'absence de faute de sa part, entraîne la mise en jeu de sa responsabilité, notamment en matière de harcèlement moral.

Dans 65 % des cas, la notion de répétition est identifiée par les agents, ce qui signifie que, dans un tiers des cas, le salarié demande des renseignements suite à un acte soit isolé, soit suffisamment caractérisé pour se sentir menacé sur le long terme. Les actions de prévention des risques peuvent alors s'envisager lors de cette phase de « constitution » de l'infraction.

La démarche d'investigation

Le harcèlement moral constitue une infraction pénale ; ainsi, la

La demande sociale autour du harcèlement auprès d'un service de renseignement

caractérisation de celle-ci est soumise à des règles de procédures d'enquêtes et d'administration de la preuve très contraignantes. Les éléments analysés permettent de mieux circonscrire les situations de harcèlement et d'établir en amont un diagnostic précis de la situation présentée. Celle-ci doit permettre aux agents d'orienter plus efficacement l'usager.

Les actes constitutifs de harcèlement se déroulent quelque fois en public ou peuvent donner lieu à production de preuves matérielles (courriels, SMS, etc.). Les modes d'administration de la preuve sont essentiels en matière de harcèlement où les faits sont discutés entre les parties ; aussi, l'orientation des usagers doit tenir compte des éléments de preuve rapportés ou détenus par le salarié qui se dit victime de « harcèlement ».

Les procédures disciplinaires et punitives sont peu utilisées : les cas analysés font plutôt référence à des situations plus complexes d'attaques du geste de travail ou d'attitudes comportementales qui ont pour objet l'atteinte à la personnalité du salarié. Ces situations sont difficiles à caractériser sur le plan de l'incrimination et relèvent donc le plus souvent d'ambiances de travail délétères, accrues par les modes d'organisation du travail mis en place au sein des entreprises. C'est ainsi que l'origine du « harcèlement » ou sa motivation principale reste le changement des modes de direction et d'organisation du travail. L'orientation de l'usager est alors rendue plus difficile ; il n'existe pas, en effet, d'acteur spécifique capable d'apporter des solutions générales et immédiates au problème de « harcèlement » en lien avec une organisation du travail.

Enfin, l'objet du licenciement est, de manière quasi exclusive, le départ du salarié, mais l'employeur prend rarement l'initiative de la rupture et matérialise souvent son comportement par des convocations ou des avertissements, en « balisant » la sortie fautive du salarié et en prévenant tout risque de mise en cause de sa responsabilité dans le cadre de la rupture du contrat de travail. Les actes ainsi constatés ont donc toujours une connotation qui doit être établie pour circonscrire l'incrimination.

La démarche d'orientation

Le positionnement de la « victime » est parfois contradictoire avec la situation décrite dans l'entreprise, aussi, il convient d'identifier les attentes du salarié et de l'orienter en tenant compte de leur compatibilité avec la situation au sein de l'entreprise. Cela pose le problème de la détermination de la stratégie d'intervention des services de l'État à la fois sur le terrain du renseignement de l'usager, en l'informant sur l'éventail de solutions civiles ou pénales, judiciaires ou administratives, à sa disposition et, à la fois, sur le terrain du contrôle, en expliquant le caractère inquisitorial de l'enquête et sur les suites, en cas d'absence de constatations de faits suffisamment probants. L'orientation de l'usager se fait donc en fonction de la situation décrite et des attentes du salarié.

La saisine du médecin du travail s'impose comme une nécessité et comme une obligation pour le salarié. C'est le seul acteur qui est en capacité d'établir le lien entre constatation de l'atteinte à la santé physique ou mentale d'un salarié et les actes qui

dégradent les conditions de travail en entreprise ; il est aussi le seul qui puisse extraire en urgence un salarié « harcelé », via les avis d'aptitude. Le rôle du médecin du travail est essentiel pour la détermination des suites judiciaires ou administratives aux situations de « harcèlement » par les constats qu'il peut être amené à formuler. Il peut aussi endosser le rôle du médiateur ou du facilitateur de dialogue au sein de l'établissement.

Il apparaît que la discrimination reste un motif important de « harcèlement » : dans ce cas, il convient d'envisager une démarche d'orientation sur le terrain spécifique de la discrimination, en raison du caractère plus objectif des modes d'administration de la preuve.

Enfin, la représentation du personnel est absente des problématiques de harcèlement moral : peu présente dans les entreprises ou absente de celles-ci (moins de 10 salariés), les usagers sollicitent peu les institutions représentatives du personnel pour le règlement de leur conflit.

Les quelques pistes de réflexion ne constituent pas des recommandations mais éclairent les leviers d'intervention dont peuvent se saisir les différents acteurs – inspection du travail, médecins du travail, préventeurs en entreprises – pour des actions plus ciblées et plus efficaces sur les situations dites de « harcèlement ».

Pour sa part, l'objectif spécifique du service de renseignement est avant tout d'apporter une réponse collective, générale et structurée à un problème individuel, en termes de caractérisation de la situation, d'information du salarié sur ses droits et les suites qui peuvent y être données.

Dans le cadre d'un partenariat plus étroit entre acteurs concernés, il a été mis en place, en novembre 2006, un groupe de travail sur un retour d'expérience entre agents de contrôle et agents de renseignement sur le traitement des situations de harcèlement. Les logiques d'intervention étant très différentes l'une de l'autre, il s'avère très difficile d'établir une grille d'analyse commune des situations de harcèlement. Toutefois, lors des travaux, il est apparu une véritable demande d'apports juridiques et méthodologiques sur les questions de traitement des situations susceptibles de constituer un harcèlement. Ainsi, la complexité des situations rencontrées, les difficultés pour l'établissement des constats et la définition du rôle de l'inspection du travail constituent autant d'éléments qui diversifient les pratiques des agents.

En juin 2007, la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Bouches-du-Rhône a organisé un atelier sur le harcèlement moral, avec pour objectifs l'analyse de la jurisprudence pour mieux circonscrire les situations susceptibles de constituer l'infraction pénale et la définition du rôle de l'inspection du travail par l'élaboration d'une stratégie d'intervention ou d'orientation du plaignant.



B. BRUNIER
inspecteur du travail,
DDTEFP 13



Risque suicidaire du fait du travail

Les médecins du travail doivent veiller pour alerter



Il n'y a quasiment pas d'études sur la question du suicide en rapport avec le travail. Le chiffre de 500 cas par an provient de projections sur les suicides qui se sont produits sur les lieux de travail. Et d'argumenter que la démonstration est apportée si la personne y laisse une explication à son geste. Mais ce n'est que le sommet de l'iceberg d'un phénomène social majeur mais impensé et sans visibilité. Le débat sur le suicide en rapport avec le travail fait aujourd'hui se délier les langues et nommer l'impensable social. Ainsi, parce que quatre suicides se sont produits en deux ans concernant des agents de la centrale nucléaire de Chinon, on apprend dans le même temps que trois suicides se sont produits concernant des salariés de l'usine SANOFI du même département.

On a beaucoup de mal à admettre que l'effondrement de la dynamique d'investissement au travail puisse conduire à la mort. Pourtant, les ressorts de la vie sont, d'une part, l'économie du désir dans des rapports à l'Autre (étranger au lien social et à la cité) et, d'autre part, l'économie du « travailler », du « faire ensemble », généralement le travail, mais aussi toutes les activités dans la Cité ou les activités domestiques où on puisse être reconnu pour sa « contribution ». C'est cette centralité du travail que nous ne savons pas penser. Si l'un de ces deux soutènements s'effondre, désir ou travailler, la vie peut basculer.

Le travail peut devenir activisme, pour faire face aux demandes sans fin des entreprises, pour fuir la peur, la honte. L'effondrement des défenses psychiques qui permettent de cliver le monde en deux secteurs, le travail et la vie privée, peut faire basculer dans le désir de mort quand le sujet ne trouve pas appui hors de l'économie du « travailler ». C'est la désolation provoquée par un « travailler du non-sens », un sentiment de solitude extrême ou l'alternative ne serait que dans la disparition de ce monde. Alors, après un suicide, quand la responsabilité du travail affleure, les entreprises mettent en exergue les questions d'ordre privé. Elles se proposent de faire des observatoires pour ne pas remettre en cause ces organisations du travail de la désespérance.

Dans mon expérience professionnelle concrète, pour une population masculine de maintenance industrielle de 500 personnes, sur six suicides que j'ai eu à connaître en dix ans, je pense aujourd'hui que le travail a joué un rôle déterminant dans la survenue de cinq d'entre eux. Je peux argumenter aujourd'hui, cas par cas, ce que j'avais beaucoup de mal à penser hier. Il n'est pas infondé de penser que le travail puisse être l'élément, direct et essentiel, explicatif de 50 % des suicides des adultes. Seul le rassemblement de monographies argumentées permettra d'avancer dans cette instruction.

La question du suicide en rapport avec le travail est trop peu instruite professionnellement, scientifiquement et socialement. Pourtant il s'agit d'une inégalité sociale de santé qui touche près de trois fois plus les ouvriers et employés que les cadres. Le différentiel entre ces catégories va s'aggravant. Les hommes sont trois fois plus touchés que les femmes.

La prévention du suicide en rapport avec le travail nous invite, dans une démarche de prévention, à tenter de comprendre les origines de la souffrance professionnelle avec la grille de lecture du travail. Pour comprendre les déterminants sociaux d'un acte individuel « impensable » pour le sujet, afin de le prévenir par une approche préventive collective, les médecins du travail se doivent d'instruire au quotidien ce qui fait difficulté dans les situations de travail.

Nul ne peut penser à la place d'un agent envahi par la pulsion de mort. L'incompréhension de ce qui le malmène est telle pour lui qu'il ne pense plus qu'à échapper par sa mort à une réalité impensée parce qu'impensable dans un environnement de solitude et de désolation. Pour échapper à l'angoisse qui l'envahit, à la culpabilité qui le ronge, à la honte d'avoir failli, il ne voit pas d'autre issue que de retourner la violence contre lui.

D'autres agents peuvent retourner la violence contre des collègues ou contre des installations.

Monsieur Sanshistoire a tout donné pour son entreprise ; il en est mort

Nous pouvons ici tenter de comprendre le dernier cas de suicide rencontré, car sa situation collective de travail avait fait auparavant l'objet d'une alerte très concrète de risque psychosocial. Malheureusement, la même entreprise de 1 500 personnes a connu, ces six derniers mois, trois autres décès par suicide. Tous les cas sont survenus hors lieu de travail.

Nous nommerons cette personne Mr Sanshistoire. La « normalité » de son cas peut soutenir l'idée que les suicides en rapport direct et essentiel avec le travail ne sont pas exceptionnels. L'histoire « impensable » de Mr Sanshistoire peut ainsi être éclairée par la compréhension des difficultés professionnelles de son collectif de travail, grâce au contenu « de l'alerte médicale de risque psychosocial » pour son petit collectif de préparateurs en chaudronnerie de 23 personnes, rédigée par le médecin du travail six mois avant qu'il mette fin à ses jours.

C'est le contenu très concret de cette alerte que nous reproduisons ici :

« Nombre d'agents décrivent une surcharge de travail, avec un déficit de moyens, dans un contexte d'inquiétude pour l'avenir. Les mécanismes de contraintes augmentent avec une perception par les agents d'une nette baisse des marges de manœuvre et des possibilités de coopération.

Des agents qui ont une grande expérience dans la section ont été progressivement déstabilisés par la montée de la charge de travail qu'ils ont à gérer. Les petites équipes de travail qui géraient « collectivement » les arrêts de tranche ont vu réduire la surface de leur équipe. Celle-ci a été regroupée avec une autre équipe, ceci dans un contexte de regroupement des contraintes non résolues pour la nouvelle équipe formée.

Certains agents décrivent un vécu de pratiques managériales, qui de leur point de vue, à travers une individualisation excessive, briserait les collectifs de travail. De fait, nombre d'agents décrivent des pratiques au quotidien de repli sur soi, où l'enjeu est bien de délimiter les champs de responsabilité et de tenter de renvoyer « la patate chaude » aux autres. Antérieurement les lignes de partage entre les différentes fonctions étaient plus floues, et c'est dans ces zones que se construisent les coopérations ordinaires et nécessaires.

Le repli sur soi généré par la chasse « aux responsabilités personnelles » et une vision étriquée de la notion « d'erreur humaine » semble multiplier les postures défensives et enfermer progressivement de plus en plus d'agents dans des postures de repli défensif qui bloquent progressivement les possibilités de coopération.

Certains agents décrivent, sans pouvoir avoir prise sur les événements, une évolution, où à leur corps défendant, les procédures défensives de retrait pour se protéger se retournent progressivement contre les agents et leur capacité à pouvoir œuvrer collectivement. Cela pénalise lourdement leur quotidien professionnel et fait s'effondrer les solidarités professionnelles ordinaires, voire les résistances collectives à ce qui peut être vécu comme des injustices.

Quand des agents sont très affectés par des dysfonctionnements professionnels dont on les rend peu ou prou personnellement responsables, le risque en est le retournement de la violence contre eux-mêmes.

C'est l'image de soi qui est d'abord fortement altérée avec un vécu de perspective professionnelle bouchée.

Le risque est important alors de décompensation dépressive voire de violence contre soi-même.

Quand la peur irrationnelle commence à masquer l'horizon d'amélioration des conditions de travail, il est normal d'être inquiet pour la santé des agents concernés et pour les évolutions de la qualité du travail.

Il paraît urgent au médecin du travail que je suis de permettre la mise en visibilité et en débat des difficultés du travail réel, et que la Direction du site apporte les marges de manœuvre nécessaires aux agents avant des catastrophes sanitaires ou professionnelles ».

De timides actions ont été entreprises par la Direction, deux postes ont été créés. Pas assez. La mort de Mr Sanshistoire permettra la création de quatre autres postes !

Synthèse de l'histoire médicale de Mr Sanshistoire

Nous présentons ici la synthèse de la longue monographie de quinze pages que nous avons réalisée pour le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) à l'appui de la reconnaissance de la dépression professionnelle de Mr Sanshistoire. Ce document a été réalisé à partir des notes figurant à son dossier médical, d'analyses de collègues de travail peu après son décès et d'éléments recueillis après un entretien avec sa famille. Six mois plus tard, la dépression professionnelle de Mr Sanshistoire était reconnue en maladie professionnelle par le CRRMP du fait des déterminants collectifs antérieurement mis en évidence.

L'histoire professionnelle de Mr Sanshistoire est celle d'un très bon technicien reconnu par ses pairs et sa hiérarchie. Il a présenté antérieurement un seul épisode, il y a 16 ans, de dépression réactionnelle en rapport avec les conséquences d'une affectation professionnelle volontaire à grande distance de son poste de travail initial. Aucune conséquence psychopathologique résiduelle n'est notée. Des fluctuations, depuis cette période de petits phénomènes de somatisations sans grande conséquence, semblent rythmer des contraintes professionnelles. Ce mode de régulation n'entrave pas sa capacité professionnelle, bien au contraire.

Monsieur Sanshistoire est décrit par ses collègues de travail comme un homme plein d'humour, enjoué, ne se mettant jamais en colère, toujours disponible pour aider ses collègues, convivial. Il participe à des activités ludiques et sportives extra professionnelles, peut même partir 10 jours en vacances, comme en juillet 2000, avec des collègues préparateurs, un mois avant son suicide.

Un état de souffrance professionnelle apparaît pour la première fois en juillet 1997 chez cet homme qui manifestement a construit fortement sa vie et sa santé dans une dynamique de très grand investissement professionnel. Cette hyperactivité semble avoir basculé en un activisme défensif depuis cette période. À partir de là, on voit apparaître en 1998-1999, à côté d'une verbalisation de plus en plus douloureuse des difficultés professionnelles, des phénomènes de somatisation de plus en plus importants.

Son médecin traitant, le Dr B. m'a confirmé l'absence de substrat organique à ces épisodes. Il semble s'agir de signes de dépression masquée.

Pour ne pas fragiliser sa posture professionnelle, Mr Sanshistoire retourne la violence de la surcharge professionnelle contre son corps. C'est d'ailleurs, semble-t-il, un mode de régulation ancien, mais qui ne le débordait pas antérieurement.

En effet, Mr Sanshistoire ne sait pas refuser d'aider les autres pour faire du beau travail. Un de ses collègues d'un autre

service, coordinateur des chargés d'affaire pour un même métier, appelé « Responsable Métier », et disposant d'une très grande expérience et maturité professionnelle, évoque l'impossibilité de mener de front deux métiers aussi envahissants que Préparateur Référent (depuis 1997) et Responsable Métier (depuis 1999) en ce qui concerne Mr Sanshistoire. Il décrit Mr Sanshistoire comme pouvant être mal à l'aise dans des réunions de planification, en temps réel, des activités de maintenance, du fait de la très forte pression du planning et des engagements, au nom de chaque métier, que les Responsables Métiers devaient prendre.

Mr Sanshistoire travaillait dans le même bureau qu'un collègue, préparateur chargé d'affaire, dont il encadrait le travail techniquement. L'histoire des difficultés professionnelles de ce collègue, et son contexte de crise psychopathologique collective, a semblé tellement grave, au médecin du travail que je suis, qu'elle est à l'origine de « l'alerte de risque psychosocial », rédigée en février 2000, par le médecin du travail, pour ce collectif de 23 personnes. (Et c'est pourtant ce même agent qui focalisait les inquiétudes, après le décès de Mr Sanshistoire, qui a été un des rares à pouvoir soutenir moralement des agents gravement déstabilisés par cet événement !).

Suite à l'alerte de risque psychosocial du médecin du travail pour cette section de préparation en chaudronnerie, une « réunion de mise en délibération de ce qui fait difficulté dans les situations de travail » est organisée à l'initiative du médecin du travail, en mars 2000. Les constats du médecin du travail sur l'organisation du travail y ont été validés. Les difficultés des préparateurs avec la structure de planification y avaient été abordées en présence de la hiérarchie supérieure du site.

Dans un but de sauvegarde de leur intégrité, certains agents de cette section ont été mis provisoirement inaptes à tous postes en 1999 et début 2000.

Dans ce contexte, comme une grande partie des agents de cette section, Mr Sanshistoire a postulé sur d'autres postes pour « quitter ces difficultés », faites de surcharge professionnelle et d'une souffrance éthique qui le mine sans qu'il puisse la penser.

La gestion de ce collectif par la hiérarchie se trouvait depuis deux ans en extrême difficulté, car accepter le départ d'un agent, c'est la quasi certitude de son non-remplacement. De plus, cette section a la particularité d'avoir un surcroît de charge de travail très importante du fait de modifications significatives de la réglementation des contrôles en chaudronnerie, manifestation non anticipées par l'entreprise.

Suite au suicide d'un préparateur du même métier dans un centre de production proche, en juin 2000, Mr Sanshistoire (qui avait eu ce dernier au téléphone quelques heures auparavant), a participé, selon des collègues, à remonter le moral de certains.

Il n'est pas étonnant que, dans ce contexte professionnel très

difficile et en dégradation constante depuis près de deux ans, ces difficultés envahissent la vie privée de Mr Sanshistoire au point, pour lui comme pour son entourage, de ne pouvoir y repérer le rôle du travail.

Ainsi, depuis le début de l'année 2000 comme on l'a vu, Mr Sanshistoire est très perturbé par le travail. Il a des rapports difficiles avec son fils de 24 ans qu'il héberge et qui travaille comme intérimaire dans le métier où son père est préparateur, sur le même site, mais en sous-traitance. Une partie de ses contrats sont dus indirectement à son père !

Les rapports avec son fils sont très dégradés au premier trimestre 2000. Après l'intervention d'amis, collègues de travail, Mr Sanshistoire normalise les rapports avec ce dernier. Un collègue qui a passé des vacances en juillet 2000 avec lui m'explique que, selon Mr Sanshistoire, la situation allait nettement mieux. Ceci est confirmé par un autre collègue. À tel point, comme me l'a rapporté son fils lui-même, que celui-ci s'occupe de son père pendant sa période d'alitement médical forcé en août 2000 et qu'il trouve alors que cela ne s'est jamais aussi bien passé. Le début de l'année 2000 est aussi une période où il s'éloigne de sa compagne, durant la période d'accrochage avec son fils.

Mais, en juillet 2000, Mr Sanshistoire a des projets d'avenir puisqu'il envisageait d'acheter une maison près de la résidence d'un collègue avec qui il avait investigué concrètement ce projet, comme ce dernier me l'a rapporté.

Les multiples somatisations qu'il présentait, en retournant une part de la violence contre lui, faisaient détours à l'envahissement de la douleur morale, liée à ses difficultés professionnelles, qu'il ne pouvait pas penser à la hauteur des contraintes subies. Mais l'évitement de la douleur psychique que permettaient les somatisations induites par les contraintes de la surcharge de travail, elles-mêmes amplifiées par un activisme défensif, ne tient plus.

La mise au repos forcé et immobile, lors de l'arrêt maladie d'août 2000, à l'occasion de la troisième récurrence d'un décollement de rétine, stoppe son activisme professionnel et le renvoie aux processus douloureux qu'il arrivait à occulter. (Trois jours avant son suicide, son médecin traitant lui prescrit un traitement antidépresseur, après dix jours d'arrêt maladie. Sa santé ophtalmique se normalise pourtant, mais il interdit à son fils d'en faire état). Il est possible que la position allongée contrainte, immobile, de très longues heures par jour, soit propice à la rumination des difficultés.

Il existe donc bien, dans ce contexte professionnel objectif, une dégradation et une fragilisation importante des conditions et de l'organisation du travail de la section de préparation en chaudronnerie où travaille Mr Sanshistoire depuis 1997. Constatons, comme élément déterminant explicatif du rôle de l'organisation du travail, qu'à côté d'une surcharge professionnelle objective existait, de façon majoritaire dans cette section, une « souffrance éthique » liée à la fois à la diminution de la possibilité de faire du « bel ouvrage » et au rôle de prescripteur et contrôleur de

l'intensification du travail des salariés sous-traitants qui réalisent concrètement le travail.

Or, si le diagnostic sur ces dérives du travail pouvait être collectivement partagé, les procédures défensives ou les conduites professionnelles face à la souffrance éthique étaient très différenciées.

Le retrait professionnel défensif des uns, voire les décompensations individuelles, augmentait l'activisme professionnel des autres, fragilisant à terme ces derniers. C'est le désaccord non « délibéré » quant aux conduites à tenir professionnellement qui est à l'origine de l'éclatement du collectif de travail des préparateurs, solide avant 1996, fragilisant encore plus leur travail et ouvrant à des effets délétères sur leur santé.

Dans ce contexte, Mr Sanshistoire, technicien de haut niveau, s'est trouvé débordé par un activisme professionnel nécessaire et objectivement utilisé par l'organisation réelle du travail.

La hiérarchie supérieure a été impuissante à maîtriser cette situation très dégradée, pourtant socialement visible, ayant fait l'objet d'alertes collectives de la part du médecin du travail, et de nombreuses interventions individuelles de sauvegarde pour d'autres agents.

La dépression masquée, à type de somatisation, s'est accompagnée en 2000 pour Mr Sanshistoire de perturbations importantes dans sa sphère privée. Ce nouveau décollement de rétine a interrompu la répression pulsionnelle que permettait son activisme. Ce contexte a provoqué un renfermement sur lui-même, du fait des modalités spécifiques de prise en charge de cette maladie. Il a permis à sa dépression réactionnelle, masquée par les somatisations, de se déployer. Le processus dépressif réactionnel s'est alors brutalement aggravé. Après 14 jours d'arrêt maladie, ayant fait ses courses le matin, Mr Sanshistoire, pourtant très entouré par les siens et ses collègues de travail qui le visitaient quotidiennement mais enfermé dans un mécanisme dépressif qui l'a débordé très rapidement, se rapproche de son lieu de travail durant l'après-midi et se jette sous un train. On ne retrouve qu'un mot d'excuse à l'intention de sa famille et un chèque destiné au cadeau de mariage de la fille d'un ami, auquel il devait participer le lendemain.

C'est pour ne pas avoir à penser le rapport au travail d'un tel acte que la plupart des acteurs de la scène du travail ont tenté de s'en préserver en emblématisant ses difficultés personnelles qu'ils montent en épingle et en posant des actes symboliques défensifs. Ainsi le bureau de Mr Sanshistoire a été rapidement vidé, car caractérisé comme le bureau des morts. Un autre collègue qui lui s'est suicidé sept ans auparavant, faisant suite de deux ans à un autre collègue également suicidé, y avait aussi travaillé.

La Direction de son entreprise qui ne peut envisager de porter une responsabilité dans un tel drame a fait appel au Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) de la

reconnaissance de sa maladie professionnelle par le CRRMP. Il peut en résulter seulement qu'elle n'aura pas à payer ce que la CPAM d'ailleurs ne réclame pas, car il n'y a pas d'ayants droit !

Par contre, la famille serait en droit de demander la faute inexcusable de l'employeur, le danger, non prévenu, ayant antérieurement été énoncé en CHSCT. C'est cette histoire, aux dates ici modifiées, qui est instruite au TASS de Tours en mars 2007. Il est ainsi tout à fait probable qu'il existe un lien direct et essentiel entre l'organisation du travail de Mr Sanshistoire et l'émergence d'une intention suicidaire.

Penser le fait suicidaire comme ayant un rapport déterminant avec la fragilisation du travail

Aujourd'hui, si nous sommes prêts à penser les déterminants du travail dans la genèse d'un cancer professionnel, nous sommes bien loin de nous autoriser à instruire professionnellement les déterminants collectifs du travail en lien avec un suicide, encore plus s'il n'est pas effectué sur les lieux de travail !

L'expérience de nombre de médecins du travail semble montrer que, contrairement à ce qu'on dit sur le modèle du suicide des adolescents, le projet suicidaire des hommes adultes n'est pas précédé d'appel à l'aide. Les agents qui mettent fin à leurs jours sont généralement ceux qui n'ont pu se désengager professionnellement, parce qu'il leur semblait impossible d'abandonner une activité dont ils se sentaient responsables, où ils avaient construit une partie de leur santé par la subversion des difficultés professionnelles. Ils sont les victimes de leur engagement professionnel dans un contexte d'effondrement des collectifs de travail. Les désengagements défensifs d'autrui les laissent de plus en plus seuls.

Prévenir le risque suicidaire oblige à veiller et alerter à partir de la prise en compte de la fragilisation des collectifs de travail, au regard des évolutions organisationnelles du travail. Les médecins du travail ont l'obligation professionnelle d'investiguer le travail pour comprendre l'origine des risques psychosociaux. Leur moyen principal en est la clinique médicale du travail, du côté de l'activité et du sujet.

De nombreux suicides touchent des personnes qui appartiennent à des petites collectivités professionnelles, en grande difficulté dans leur travail ordinaire. Parmi ceux-ci, des groupes de personnes peuvent se trouver en telle difficulté que la souffrance psychique professionnelle les envahit progressivement ou que les somatisations les malmènent.

Dans un tel contexte, il est plausible que le travail puisse être l'élément direct et essentiel de l'intention suicidaire d'une personne. La reconstitution compréhensive de sa trajectoire professionnelle, individuelle et collective, confrontée aux éléments de sa vie familiale et affective, permet alors de mieux comprendre. Si des difficultés collectives de telles ou

telles situations de travail ont pu être mises en lumière antérieurement à ce drame, cet élément est susceptible d'emporter la conviction médico-légale.

Le médecin du travail devrait être le mieux placé pour établir le certificat de maladie professionnelle et le rapport d'analyse à instruire par le CRRMP. Si le risque collectif a été énoncé antérieurement en CHSCT, la faute inexcusable de l'employeur est alors de droit.

La surcharge du travail vécue lorsqu'elle casse les stratégies de coopérations antérieures isole les salariés et les empêche de contribuer à transformer l'organisation de leur travail. Ils perdent la capacité de se préserver s'ils ne peuvent se désengager de leur travail. Ils sont alors envahis par la peur de fauter ou de perdre leur emploi. Acculés à faire leur travail malgré tout, ils peuvent être amenés à devoir travailler d'une façon qu'ils réprouvent. La honte de cela va les ronger, car travailler est alors pour eux mal travailler. Comment en être fier ? Des politiques de management construisent, à marche forcée, l'excellence à coups de politiques d'indicateurs déconnectés du travail réel. L'évaluation individuelle des performances culpabilise à l'extrême et atteint profondément à l'estime de soi. La seule reconnaissance symbolique d'une contribution, alors invisible, est d'apparaître personnellement comme le maillon faible de l'entreprise. Isolé, on se sent comptable et coupable de cela. Parfois, la maltraitance stratégique fait basculer les salariés que l'entreprise juge « en trop ».

Pour le médecin du travail, il faut savoir organiser une veille exclusivement au regard des effets du travail sur la santé. Veille à l'échelle de la responsabilité professionnelle personnelle du médecin du travail, dont le statut lui permet concrètement de procéder si besoin à « une alerte collective en risque psychosocial », avant qu'un drame individuel, imprévisible généralement, ne survienne. L'objectif en est de rouvrir au débat social et à l'action sur ce qui fait difficulté dans telle ou telle situation de travail.

C'est la seule façon de lutter contre l'isolement et la désolation qui créent des victimes et les enferment dans ce statut.



Dominique HUEZ
médecin du travail

Si vous souhaitez recevoir les Cahiers des FPS,

merci d'en faire la demande à la DRTEFP Paca
auprès de :
valerie.giorgi@dr-paca.travail.gouv.fr

Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail

Benjamin Sahler, en collaboration avec Michel Berthet, Philippe Douillet, Isabelle Mary-Cheray

Sous des formes multiples – stress, violences, harcèlement, conduites addictives, souffrance... –, les risques psychosociaux, manifestations de tensions au travail, ont sans doute toujours existé.

Comment pourtant expliquer leur croissance exponentielle récente confirmée par les sondages d'opinions et les enquêtes de chercheurs ?

Comment surtout organiser la prévention pour que le travail soit davantage un lien de construction de soi plutôt que de souffrance, pour que l'on retrouve désir et pouvoir d'agir sur sa propre situation de travail ?

Il y a là des enjeux concourants pour les salariés comme pour les employeurs.

Le réseau ANACT, fidèle à sa mission paritaire et riche de son expertise, propose aux acteurs d'entreprise une approche concertée, nourrie de réponses concrètes et adaptées.

L'ouvrage clarifie les spécificités de ces risques, détaille les étapes d'une démarche de prévention dont l'objectif final est de réguler les tensions sur le terrain. Il s'agit bien d'un projet stratégique d'entreprise pour une prévention durable des risques psychosociaux au travail.

Benjamin Sahler est référent du projet risques psychosociaux du réseau ANACT.

Centralien, il complète sa formation à l'Institut des sciences sociales et du travail.

D'abord, ingénieur dans un cabinet d'organisation, il devient psychanalyste, puis relie ces deux aspects dans l'activité de consultant et de professeur associé à l'université. Il intègre le réseau ANACT, en 1999, en tant que directeur de l'ARACT Limousin.

Michel Berthet, ergonomiste de formation, est chef du département « Homme au travail » à l'INRS, il était auparavant responsable du département Santé Travail à l'ANACT.

Philippe Douillet est chargé de mission à l'ANACT et copilote du projet « Risques psychosociaux ». Il est ergonomiste, diplômé en droit social.

Isabelle Mary-Cheray est chargée de mission à l'ARACT Centre et copilote du projet « Risques psychosociaux ». Elle est psychosociologue et diplômée en gestion des entreprises.

Agence nationale pour l'amélioration des conditions du travail (ANACT)
4 quai des Étroits - 69321 Lyon Cedex 05
www.anact.fr

Entretien avec le syndicat CGT du CNPE Tricastin le 15 juin 2007...

Depuis quelques années, l'entreprise a une politique drastique de réduction de coûts dont la masse salariale. Il existe un plan social à EDF visant à supprimer 10 000 emplois (les postes ne sont pas remplacés). Dans le même temps, l'externalisation des activités se développe. Cela se vérifie dans toutes les directions de l'entreprise. La conséquence, à notre niveau, est une surcharge de travail dans tous les services de l'unité. Dans le même temps, les projets de service affichent des objectifs d'amélioration de la qualité et de la performance. Si nous partageons cette volonté d'améliorer la qualité des prestations, il faut constater que les moyens ne sont pas là. Cela met les salariés en position difficile. Ils ne peuvent plus répondre aux attentes de la hiérarchie.

La prévention

Nous souhaitons que les risques psychosociaux soient intégrés dans le Document Unique (DU), ce qui n'est pas le cas actuellement. On nous a répondu qu'ils sont abordés lors des séances de CHSCT, que la Direction n'a pas les moyens de recenser les risques psychosociaux... Or, il existe un accord national qui prévoit la prise en compte de la dimension psychosociale dans le DU. Mais, malgré cela, ce n'est pas fait. Ils reconnaissent l'existence de ce type de risques et en même temps ne les intègrent pas dans le Document Unique !

On constate l'expression d'un malaise, surtout dans les services où l'organisation syndicale n'est pas bien représentée. Sur le site de Tricastin, on parle franchement de souffrance depuis environ deux ans maintenant. On sent cette souffrance. Elle est liée à la dislocation en cours des collectifs de travail. C'est pour cela qu'il est essentiel de recréer des espaces de parole, de débat, de discussion. Les diverses instances ont aussi cette fonction. Elle est extrêmement importante. Alors, bien sûr, ces évolutions, le recul des collectifs fragilisent les individus. On voit apparaître des « personnes à problèmes ». Mais, c'est surtout la conséquence d'un processus interne à l'organisation.

Jusqu'à présent, la médecine du travail abordait quasi systématiquement ces questions sous une approche individuelle et se trouvait en difficulté pour faire le lien avec l'organisation du travail. Mais comme le phénomène prend de l'ampleur, déborde, ils s'expriment un peu plus. Il faut tout de même noter qu'au dernier CMP-médecine du travail un médecin, notamment, est allé fort loin sur les problèmes psychosociaux, en les mettant clairement en lien avec les réorganisations (externalisations, mutualisations...).

Ce malaise a conduit la Direction à agir. Ils veulent mettre en place un réseau d'écoute et de confiance, désigné « Groupe qualité de vie au travail », pour traiter des cas individuels qu'ils désignent. Il s'agit de construire une action de prévention qui est, en fait, un traitement des situations individuelles. C'est surprenant dans la mesure où l'approche individuelle est opposée à la logique même des risques psychosociaux. Imaginer prévenir les risques psychosociaux à travers l'analyse des cas individuels peut inquiéter. À titre d'exemple, et pour sortir du site, notre analyse syndicale, en ce qui concerne les suicides, porte sur les conditions de travail. Pour la Direction, le suicide est un choix personnel !

Le « Groupe qualité de vie au travail » serait composé de la Direction, des médecins, des syndicats. Ils nous « racolent » pour que l'on vienne. À la prochaine réunion, le Service maîtrise des risques du travail (SMaRT) va intervenir. La logique est d'aider les plus fragilisés, recevoir des individus sans remettre en cause l'organisation. Mais le problème ce ne sont pas les individus, c'est le travail ! On ne veut pas être sur le dégât collatéral : l'origine de la souffrance est à chercher dans l'organisation et le travail. Pour ce qui est des difficultés individuelles, l'existant, s'il est bien utilisé, permet d'y pallier (assistantes sociales du travail, instances représentatives du personnel, organisations syndicales...). Ce dispositif, en réalité, n'est mis en place que pour des questions de responsabilité : en cas de gros problème, ils pourront dire « nous avons fait quelque chose, et voyez tout le monde y était, même les syndicats ».

En même temps il y a une attente des salariés. La souffrance réelle de certains agents doit être prise en compte. Nous ne pouvons être absents de cette réflexion mais nous y serons observateurs sans en être caution.

Tout ceci est un peu à l'image de ce qui se pratique plus généralement en prévention. Il y a une dégradation des conditions de travail. Sur la prévention, nous sommes en grande difficulté. Il y a une radicalisation de la Direction sur le port des équipements de protection individuelle (EPI). Pour le traitement des accidents du travail, les agents ne viennent plus se déclarer. On leur met la pression. Ils ne déclarent que les plus graves.

Récemment un salarié s'est électrocuté. Le lendemain, la Direction a multiplié les réunions dans les services pour expliquer que l'agent n'avait pas ses EPI ! C'était simple, c'était par sa faute. En fait, à l'origine, c'est une erreur de consignation et d'organisation défectueuse. Mais c'est trop tard ! On ne peut plus faire de débriefing sur la réalité de l'accident et la Direction a fait passer son message.

La difficulté à dire

Au niveau des CHSCT, il n'est pas simple de porter le risque psychosocial. Nous avons peu de remontées directes des salariés. Il y a un frein. La Direction en conclut qu'il n'y a pas grand chose. Mais c'est surtout une difficulté de l'expression. Par exemple, dans un service où il existe un réel mal-être, nous avons posé une alerte. Pour autant les agents en souffrance n'en parlaient pas forcément entre eux. Ainsi, on a pu entendre des phrases comme « je croyais que j'étais la seule ». Il y a 6 ou 7 ans que nous pointons les problèmes dans ce service. Mais beaucoup ont peur d'en parler, de faire remonter...

Comment faire alors au CHSCT ? Nous ne pouvons pas agir à la place et sans les salariés.

Pourtant, cela ne tient à peu de choses. Une alerte a été posée à la suite de deux visites du CHSCT. À la première, tout allait très bien, il n'y avait rien à dire. À la seconde, ce n'était pas tout à fait la même population et tout a été « déballé » ! Quand les agents commencent à parler, alors ils disent tout d'un coup. En fait il faut réunir les conditions pour déclencher l'expression. Le propre du risque psychosocial est aussi le déni de la souffrance ou la peur de parler. Il faut s'atteler à combattre ces phénomènes.

Le rapport au travail

Le nucléaire a été une des dernières directions impactées par la recherche des gains de productivité. Maintenant nous y sommes avec des situations où le « mal vivre » monte. Cela se constate, par exemple, par le fait que les départs en inactivité sont souhaités. Les agents veulent partir ! Les Comptes Épargne Temps augmentent en volume.

On note aussi du désinvestissement, oui cela s'entend, surtout chez les anciens. Même des jeunes disent « je sais pas si je resterai à EDF ». C'est une modification du sentiment d'appartenance à l'entreprise. Les plus démotivés sont ceux qui ne sont plus vraiment jeunes mais trop encore pour partir à la retraite, les 40-50 ans. Les 25-35 ans, eux, sont pour beaucoup d'anciens prestataires. Ils sont partie prenante dans l'amélioration de l'emploi de leur service. Pour les nouvelles générations, on enregistre de fortes adhésions au syndicat.

Les chiffres sur l'absentéisme ne traduisent pas une augmentation flagrante. Mais il faudrait se pencher un peu plus sur le phénomène. Il y a aussi beaucoup d'agents qui travaillent hors « horaires normaux » (RTT, récupération, astreinte...). On peut penser que ces temps de repos

masquent la réalité de la pénibilité du travail et ainsi de l'absentéisme. Les moments de présence induisent un stress intense. Il est nécessaire d'y pallier par des temps hors travail.

Les modalités de travail

On recrute, de plus en plus, les agents sur du contrôle et de la surveillance d'activité, avec bien évidemment des attentes élevées. Cela a plusieurs conséquences : d'une part, ils sont de plus en plus seuls et, d'autre part, ils sont donneurs d'ordre pour les prestataires. C'est-à-dire qu'il faut répercuter la pression sur des salariés d'entreprises extérieures. Ce n'est pas toujours bien vécu par certains des collègues car en contradiction avec leurs propres valeurs.

La reconnaissance du travail a toujours été très importante chez nous : amour du métier, de l'entreprise... Maintenant, cette reconnaissance est utilisée par la Direction : « vous aurez plus de responsabilités, on va vous monter en GF, vous allez être mieux reconnus... » Au fur et à mesure de l'avancement des agents, lorsqu'ils progressent en classification, on leur enlève la partie la plus concrète de leur activité pour les mettre en situation de contrôler les autres. En acceptant ceci, comment peuvent-ils par la suite critiquer ce mode de fonctionnement ? Ils sont piégés.

Beaucoup sont en difficulté. Même des cadres, assurément. Il n'y a aucune population à l'abri. Il existe moins de lieux pour dialoguer avec eux mais, une fois à la retraite, ils parlent. Pour eux, c'est exactement comme pour les autres.

Il faut encore souligner un autre mécanisme fort : le sentiment de culpabilisation des agents. S'ils n'y arrivent pas, s'il y a un échec, c'est de leur faute ! Ils se sentent personnellement responsables. Ils n'arrivent pas à rejeter la faute sur la prescription ou sur des objectifs trop élevés. La Direction joue là-dessus. Cela induit une souffrance dont les agents ne parlent pas. Ils la cachent et s'opposent au fait qu'on la traite. Il y a un sentiment de honte qui empêche de travailler cette situation.

Le lien collectif permet de se protéger de cela. La pression morale est forte mais elle n'est pas la même partout. Des services proches peuvent avoir des réalités vécues fort différentes. Là où l'organisation sociale est présente pour maintenir le collectif et l'expression, il y a moins de difficultés. Nous avons en quelque sorte un rôle de contre-culpabilisation.

Pour autant, on ne note pas chez les agents une remise en cause forte ou générale du management. Le lien est

Entretien avec le syndicat CGT du CNPE Tricastin le 15 juin 2007...

complexe notamment avec les managers de première ligne (MPL). À ceux du « process », on dit « vous restez dans le système », alors, évidemment, ils se sentent moins concernés. À la logistique, le ressenti n'est pas le même. Le management n'est pas idiot. On ne doit pas caricaturer à partir de quelques situations. Il a la capacité de construire des garde-fous. Il fait, en réalité, de la gestion du risque. Il n'en demeure pas moins que la souffrance existe et que ce sont, en premier lieu, les agents qui en subissent les effets sur leur santé.

Le CNPE est une petite ville. Beaucoup de métiers y sont représentés : conduite, contrôle, radioprotection, maintenance, logistique, infirmière et médecin du travail intégrés au CNE... On a vécu sur un site stable mais, depuis cinq ou six ans, les choses se sont accélérées : départ des gestionnaires de contrats de travail, du service Formation... Beaucoup de services sur le site savent que la Direction souhaite leur départ (magasin, documentation, etc.).

 **Virginie Neumayer**
secrétaire générale du syndicat
CGT CNPE Tricastin
Marianne Gagny
CHSCT Logistique
CNPE Tricastin
Véronique Bernard
Secrétaire du syndicat
CGT CNPE Tricastin
Franck Manté
Secrétaire du syndicat
CGT CNPE Tricastin

43e Journées nationales de formation des médecins du travail des établissements de santé

organisées par l'ANMTEPH
Paris, les 16, 17 et 18 octobre 2007
Renseignements et inscriptions
ANMTEPH, Secrétariat,
4 av. de Bruxelles, 06000 Nice
Tél. : 04 93 81 57 89

E-mail : secretariat@anmtph.fr
www.anmtph.fr

Des conditions de travail moins stressantes, moins anxiogènes

Les DRH tardent à réagir aux pertes de repères liées aux nouveaux modes de management

Course à la productivité, objectifs à atteindre surévalués, stress, harcèlement moral... Les syndicats alertent depuis longtemps sur les conséquences, en termes de santé au travail, des nouveaux modes de management, que la série de suicides de salariés dans plusieurs entreprises vient de remettre en lumière. À la perte de repères provoquée par ces nouvelles organisations s'ajoute la solitude liée à l'éclatement des collectifs de travail et à l'individualisation croissante de la gestion des carrières. Mais les entreprises tardent à prendre conscience de la situation.

Tout n'est pas noir, cependant. L'intensification du travail semble avoir connu une pause entre 1998 et 2005, selon l'étude « Conditions de travail » réalisée par la Dares (ministère de l'Emploi) et publiée en janvier. Toutefois, certains indicateurs restent à un niveau élevé. En 2005, près d'un salarié sur deux (48 %) déclare devoir se dépêcher « toujours ou souvent ». Ils sont de plus en plus nombreux (60 %) à être contraints de devoir « fréquemment abandonner une tâche pour une autre plus urgente », tandis que leurs marges de manœuvre tendent à se restreindre.

Le Code du travail oblige les entreprises à établir un document d'évaluation des risques professionnels, y compris psychosociaux. Mais lorsqu'elle est réalisée, cette synthèse est souvent purement formelle. En novembre 2006, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) estimait que la prévention des risques au travail « ne peut se résumer à une offre de formation » sur la « gestion individuelle » des cas, car cette démarche ne s'attaque pas aux causes profondes du phénomène. Sur le stress comme pour les autres risques professionnels, la situation devra cependant évoluer, car la justice impose de plus en plus souvent une obligation de résultats en termes de prévention, la voie ayant été ouverte en 2004 par les procès de l'amiante.

Francine Aizicovici

Article paru dans *Le Monde*, 09/05/07

Entretien avec Benjamin Sahler, auteur de *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*, directeur de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), Limousin

Les cahiers FPS : La thématique essentielle de l'entretien porte sur la spécificité du risque psychosocial au regard des autres risques. Il s'agit bien entendu de militer pour la prise en compte des facteurs psychosociaux dans les démarches d'évaluations des risques. Mais les méthodologies de prévention et d'évaluation des risques – notamment celles présentées au colloque de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) à Nancy – qui s'appuient sur des logiques de gestion de projet assez habituelles ne laissent-elles pas échapper ce qui est propre au risque psychosocial ?

Benjamin Sahler : C'est une question sur laquelle on travaille dans le réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) mais aussi avec les autres partenaires préventeurs, au niveau régional, par exemple, à travers la mise en place des Plans régionaux de Santé-Travail. On essaie d'améliorer nos pratiques de coopération et cette question est au cœur de nos préoccupations. Peut-on inclure ou non les risques psychosociaux, au sens large, dans la valise « évaluation, prévention des risques » ? Bien sûr, comme vous venez de le dire, il y a des tas de bonnes raisons qui poussent à le faire. C'est un facteur de mobilisation des entreprises, des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), des salariés, des préventeurs. Mais il existe d'importantes spécificités, ne nous voilons pas la face. À l'heure actuelle, il y a des écarts à la fois en terme de thématique et, par conséquent, en terme de compétences des uns et des autres. Je pense que le monde de la prévention en général (c'est évidemment un raccourci excessif) vient de la prévention technique. Les préventeurs les plus nombreux, les plus classiques et les plus formés sont issus de filières de prévention technique de la sécurité et, ensuite, de la prévention des risques. Or, les risques psychosociaux, si on maintient cette appellation, sollicitent une compréhension des phénomènes qui requiert une vraie évolution des préventeurs dans leurs compétences, leurs pratiques etc. Il faut veiller à ne pas considérer que le simple fait de dire que ces risques seront traités comme les autres implique que cela soit fait. Il reste encore beaucoup d'obstacles à lever...

Les cahiers FPS : Il ne s'agit donc pas de produire des guides ou des outils méthodologiques pour que ceux-ci puissent être repris de manière fidèle et mis en application ?

BS : En effet, on est plutôt sur l'idée d'une transposition, d'une analogie ou d'une métaphore. Mais il faut aussi en comprendre les limites et elles sont importantes. Je ne suis pas du tout opposé à ce qu'on essaye de garder un moule commun. Mais cela oblige à l'élargir et aussi, je pense, à renoncer à l'idée d'avoir des préventeurs polyvalents qui traitent aussi bien le risque électrique, le risque des troubles musculo-squelettiques (TMS) et le risque violence, stress etc. On est sur des objets qui sont très différents.

Les cahiers FPS : Se pose alors la question de ce qui peut-être fait en entreprise car la majorité des structures ne disposent pas de préventeurs internes ?

BS : C'est pour cela que la constitution de réseaux externes facilement mobilisables, y compris pour les petites entreprises, sur l'ensemble des sujets et, notamment, les plus pointus est nécessaire. Cela dépasse d'ailleurs le risque psychosocial. Concernant les produits chimiques, par exemple, ou l'exposition à des risques particuliers, les petites entreprises sont également démunies. Pour ce qui est des grandes entreprises, elles sont bien équipées pour faire face aux risques prioritaires. Prenons une entreprise de travaux publics. Elle va concevoir pour les grues, pour monter sur les nacelles etc., des dispositifs adaptés mais pour les autres risques, auxquels elle est également confrontée, elle n'a pas du tout de spécialistes. Sur le risque routier, sur le risque cancer, sur le risque psychosocial, des compétences complémentaires sont nécessaires.

Les Cahiers FPS : Elle a donc besoin de compétences externes qu'elle ne peut pas détenir elle-même ?

BS : Absolument, on va voir un médecin généraliste quand on a besoin d'être soigné. On sait qu'il faut aller voir un spécialiste quand il s'agit d'autre chose. C'est naturel. Chaque fois qu'une expertise pointue est nécessaire, on n'a pas les moyens d'avoir tout à la maison. Il faut construire, réfléchir à ces réseaux externes pour qu'ils soient compétents et, de plus, coopérants, de sorte qu'on puisse répondre à l'ensemble des questions.

Les cahiers FPS : Cette réponse n'est pas propre au risque psychosocial, elle est valable pour l'ensemble des autres risques.

BS : Je le pense, mais la spécificité est à son maximum pour le risque psychosocial car c'est un risque « entonnoir » ou un risque « portail ». Le psychosocial, c'est le fonctionnement psychique et social du sujet au travail qui est bombardé par toutes sortes de risques. Des risques physiques au sens fort du terme, de charge de travail élevée, qui vont avoir des conséquences psychosociales. Cela peut concerner aussi des questions de relations de travail, ce qui est complètement différent. Cela peut-être encore des questions de perception des changements que le salarié comprend ou vit mal et qui l'agressent, qui l'empêchent d'être dans un bon équilibre, etc. Le risque psychosocial est une sorte de fourre-tout dans lequel atterrissent énormément de difficultés rencontrées par le salarié. Pour revenir à votre question de départ, pour les risques psychosociaux, le besoin d'interlocuteurs nombreux et experts chacun dans leur domaine, avec une articulation entre ces expertises, est encore plus vraie et plus nécessaire qu'ailleurs.

Les cahiers FPS : N'y a-t-il pas une forme de particularité qui nécessite, au moins du point de vue méthodologique, une approche un peu différente dans le sens où lorsque les acteurs sont pris dans des mécanismes psychosociaux (phénomène de bouc-émissaire, conflits, idéologies défensives...) ils ne sont plus aptes à prendre le recul, la distance nécessaire ?

BS : Bien sûr. Nous insistons sur cet aspect dans l'ouvrage que l'ANACT vient de publier. Cette dimension psychologique constitue une rupture radicale avec les autres risques. Quand quelqu'un est électrocuté, il ne transmet pas son électrocution au voisin ! On essaye de s'occuper de lui. Quand quelqu'un tombe d'un toit, il n'y a pas de contagion de la chute. Le voisin souffre par sympathie, par empathie, mais n'est pas concerné lui-même par le risque, au sens premier. Alors que pour les risques psychologiques ou relationnels, l'entourage immédiat est touché personnellement, émotionnellement, et perd une part de son objectivité. Dès lors, on devient à son tour un sujet exposé et il est plus difficile de travailler objectivement sur le risque. Cela nécessite une compréhension des mécanismes psychologiques et inter-psychologiques, très peu mobilisés, en tout cas explicitement, dans l'entreprise. Il faut revenir encore une fois aux compétences acquises, notamment par les décideurs, dans les écoles de gestion, d'ingénieur... Le niveau de connaissance moyen de ces mécanismes psychologiques est très faible. Je pense qu'il y a là un vrai déficit culturel pour appréhender le domaine. La plupart des gens refusent d'admettre pouvoir être « contaminés » par ce risque. Si, au moins, ils pouvaient reconnaître qu'ils ne sont plus objectifs, ce serait déjà un premier pas. La plupart du temps, ils considèrent qu'ils parlent de la façon la plus objective alors que leur conduite est orientée par des mécanismes à l'œuvre dans leur intériorité. Plus concrètement, lorsqu'on se rend dans une entreprise pour analyser ce qui se passe dans une accusation de harcèlement moral, par exemple, ou dans le cas d'une médiation sur la relation et l'analyse des phénomènes managériaux et que l'on cherche à savoir comment le manager dirige son équipe ou, encore, comment chacun dans l'équipe considère la reconnaissance qu'il reçoit, la cohérence des objectifs qu'on lui donne, lorsqu'on réalise des entretiens successifs avec les uns et les autres, on entend absolument tout et son contraire. Retrouver une réalité objective et partagée est extrêmement compliqué. Alors que si on analyse une carte de bruit dans un atelier, il n'y a pas débat et la restitution n'est jamais très complexe. On est sur du quantifiable, du mesurable, de l'objectif, de l'extérieur à soi. Tandis qu'ici on s'occupe toujours des choses qui, peu ou prou, touchent l'intérieur des gens. Et comme on n'est pas équipé pour s'occuper de l'intérieur, on se heurte à un vrai problème.

Pour le moment, on navigue entre une sorte d'impuissance (« sur ces questions-là, on ne peut rien faire ») ou de toute puissance (« vous pouvez compter sur moi les facteurs psychosociaux, c'est moi », sous-entendu « je sais tout faire »). Non, des choses aussi profondément délicates ne doivent pas être manipulées par quiconque n'est pas spécialiste. Il ne faut pas se tromper de métier. Préventeur, pour moi, n'est pas un métier mais une appellation générique.

La compétence générique, c'est la méthodologie. Après, des compétences assez pointues sont nécessaires. La conduite d'entretiens avec des gens qui pleurent, qui sont complètement démolis, par exemple, est une compétence très spécifique. On peut écouter quelqu'un qui pleure hors de tout cadre thérapeutique. Mais après ? Qu'en sort-on ? Cela soulage la personne de s'exprimer, soit. Mais lorsqu'on est là pour faire un état des lieux, pour essayer de comprendre, de remonter aux causes, on sous-estime souvent les compétences nécessaires pour ces entretiens. Comment ne pas nuire à la personne ? Qu'est-ce que cela me fait ? Comment je me protège ? Qu'est-ce que je vais en tirer pour l'analyse ? Ce sont des questions très spécifiques. Dans une intervention classique qui ne pose pas de problème, on fait aussi de l'entretien. Mais ce qui se passe alors et les matériaux qui sortent n'ont rien à voir. L'opérateur connaît son travail et il peut en objectiver la description. Mais pris par son émotion, il ne connaît plus qu'elle, il est envahi, et celui qui enquête court aussi le risque de l'être. On pourrait ainsi parler de prévention des risques pour les préventeurs. Ainsi, cela conduit à des sujets très originaux et spécifiques.

Les cahiers FPS : Souvent, dans les approches en analyse du travail, le travailleur reconnu comme expert de son travail et détenteur d'une expérience centrale est le point de référence pour comprendre le travail. Or vous êtes en train de dire que la parole de ce même travailleur serait en quelque sorte invalidée. Ne sort-on pas d'un certain modèle de compréhension du travail ?

BS : Effectivement, ce modèle se heurte en quelque sorte à ses limites par les deux bouts. D'une part, parce qu'il suppose une compréhension qui va jusqu'à l'intérieur de la personne et nous venons de voir qu'elle est probablement surestimée. D'autre part, parce qu'on considère comme assez marginal tout ce qui est de l'ordre de la compréhension de la contrainte externe du travail. C'est comme si elle disparaissait du paysage. La centralité est tellement focalisée sur l'opérateur qu'on perd de vue la raison pour laquelle il est là. La réalité extérieure de la contrainte de travail doit avoir toute sa place. Si on l'oublie, si elle disparaît, on ne comprend tout simplement pas la tension qui se joue puisqu'on a perdu un de ses termes.

On vient dans l'entreprise pour réaliser un travail, parce

Entretien avec Benjamin Sahler, auteur de *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*, directeur de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), Limousin

qu'on a signé un contrat de travail. Cela veut dire qu'il y a, en présence, deux contractants. Celui qui demande de produire un travail et en échange va donner un salaire et, en face, celui qui prête sa force de travail et en retour reçoit le salaire, puis la reconnaissance, le sens, la construction identitaire, etc. Si on ne comprend pas ces deux logiques en présence, et leur opposition presque naturelle, la manière dont elles doivent absolument cohabiter de façon satisfaisante, on perd une partie de la réalité. C'est à ce sujet qu'il faut apprendre à se parler et, même, à se parler à soi-même : « est-ce que je trouve ce que je cherche ? qu'est-ce que je cherche (que je ne sais pas toujours bien) ? et pourquoi, le cas échéant, je ne suis pas satisfait alors que je l'étais il y a 6 mois ». De l'autre côté, l'employeur peut dire « mais pourquoi je ne suis plus satisfait de vous alors qu'il y a 6 mois je l'étais ? » On manque de pratique et d'outils d'analyse de cette relation, par nature en tension, entre ce que veut l'un et ce que désire l'autre. C'est une relation de couple qui doit être vivante et réétudiée de façon quasi permanente pour être satisfaisante. Sinon les tensions deviennent d'un côté comme de l'autre insupportables.

Les cahiers FPS : Est-on toujours dans une logique strictement de prévention, alors qu'on ne sait pas vraiment quoi prévenir. Ne serait-on pas plutôt dans la co-construction permanente ?

BS : Oui, mais les deux choses se rejoignent. La prévention consiste précisément à surveiller le niveau de la tension et à la réguler. Est-elle excessive ou dans des limites acceptables voire satisfaisantes de part et d'autre ? C'est en cela que la prévention des risques psychosociaux est complètement différente de la prévention de la chute de hauteur, par exemple. La prévention de la chute de hauteur, c'est apprendre à marcher sur les toits, se conduire avec prudence, en fonction de la situation du moment, réguler la charge de travail, installer des garde-fous, etc. Là c'est très différent mais le mot prévention reste pertinent. Il y a un risque et, en conséquence, il faut savoir le prévenir.

Par contre, la façon dont on s'y prend pour le prévenir n'a rien à voir : on va surveiller la relation au travail. Autrement dit, l'objet – et c'est peut être une réponse un peu plus claire à la question de tout à l'heure – n'est pas le travail mais la relation au travail, la relation de travail entre le travailleur et l'employeur, entre le salarié et son hiérarchique, entre le salarié et son collègue, voire avec son client. C'est cela qu'il faut surveiller. La psychologie du sujet fait que certains peuvent tenir, courber l'échine longtemps et finalement craquer brutalement parce qu'on n'a pas vu venir le problème. Il y a là un point commun avec les TMS : on peut faire un geste très dur, répétitif, contraignant, fatiguant et tenir jusqu'au moment où cela lâche. C'est la relation entre

l'opérateur et son travail au sens large (contraintes, relations, exigences personnelles...) qui engendre à un moment donné saturation et dépassement des possibilités.

Les cahiers FPS : Nous ne sommes pas uniquement dans la relation entre des acteurs, mais aussi dans une relation entre le travailleur et son travail. Pourrait-on ajouter entre le travailleur et son expérience ?

BS : L'expérience est une ressource qui vient, ou non, nourrir ma relation au travail. Si elle fait défaut, face à une situation qui a trop changé, si elle n'est plus une ressource, si en face de quelque chose de radicalement nouveau je n'y arrive pas plus, on retrouve la définition européenne du stress. J'évalue à un moment donné les ressources que j'ai pour faire face aux exigences de l'activité. Si l'expérience, les collègues, le bon chef, le client sympa (au lieu du client agressif), toutes ces dimensions qui m'aident habituellement ne sont plus là, alors cela ne va plus. Si cette situation est passagère, c'est normal et supportable, je m'adapte, je « fais la tête » mais je passerai l'obstacle. Mais si elle dure, je m'use, m'épuise à vouloir m'adapter à une situation à laquelle je ne peux, ou je ne veux pas, m'adapter.

Les cahiers FPS : La particularité des facteurs psychosociaux ne tient-elle pas aussi à la dimension historique ? Peut-on comprendre des relations si on les saisit uniquement de la manière dont elles se posent aujourd'hui ?

BS : La question de l'histoire, du temps du travail pose une sacrée épine dans l'observation instantanée du travail comme méthode absolue et l'analyse diachronique est un complément essentiel pour comprendre beaucoup de choses. On évoque, fréquemment, dans les interventions sur le sujet les changements mal vécus comme raison majeure d'un déséquilibre et d'un trouble psychosocial. Ce changement peut être d'ordre extrêmement varié : c'est le chef ou la machine ou le process ou moi-même qui a changé et le travail lui est resté le même, etc. Toutes ces sources d'évolution, ou d'histoire, permettent de comprendre ce qui est en train de se passer ici et maintenant. Cela interroge aussi du point de vue de la prévention et des outils dont on dispose. En l'occurrence, très peu de choses permettent, à ce niveau, de suivre les histoires et il existe peu d'outils d'investigation. La méthode qui consiste à remonter dans le temps pour comprendre pourquoi aujourd'hui cela ne marche plus comme avant est pourtant absolument essentielle.

Cela fait complètement partie des spécificités. La psychologie, abordée tout à l'heure, et la dimension temporelle revêtent une importance considérable.

Les cahiers FPS : Le déni du risque n'est-il pas, pour sa propre souffrance ou celle des autres, une autre particularité du risque psychosocial ? Souvent les difficultés sont renvoyées du côté de la vie personnelle : telle personne était fragile, traversait une mauvaise passe...

BS : Cette attitude typique est parfois extrême, lorsqu'il y a eu suicide, par exemple. Le déni, mécanisme de défense absolument quotidien, est en fait très banal. On n'arrête pas de dénier ce qui ne nous arrange pas. La question du déni est très forte à chaque fois qu'elle met en péril un équilibre apparent. Il est toujours plus facile de postuler l'équilibre pour continuer à faire plutôt que de reconnaître que les choses ne vont pas bien. Évidemment, on sait depuis longtemps que le déni existe aussi pour les risques électriques ou la chute de hauteur. Les couvreurs courent sur les toitures sans harnais... S'ils ont peur, cela les empêche de monter sur les toits, tout bonnement. Le besoin de dénier se retrouve dans beaucoup de métiers : les cadres, par exemple, dénie tout que le stress, le téléphone en conduisant, les horaires impossibles, les mails chez soi le soir, les épuisent. Ils préfèrent nier pour rester un bon cadre ou par peur d'un licenciement... Le déni est l'ennemi numéro un de la prévention.

Pour faire de la prévention, la première condition est de ne pas dénier. Il a fallu des années au patronat, et à certains syndicats aussi, pour reconnaître que les risques psychosociaux étaient un problème. Que disait-on ? Que c'était la vie, que c'était normal que le travail soit stressant, normal aussi qu'il y ait des gens qui se tapent dessus. Que des personnes soient les boucs émissaires dans une équipe, c'est la vie depuis toujours, dans les écoles, dans les usines même si ce n'est pas agréable d'être un bouc émissaire ! C'est une très mauvaise réponse qui perpétue des façons de travailler, des modes de relation dont on n'a peut être pas envie d'être les vecteurs.

Culturellement et collectivement, on n'est pas préparé à parler de ces questions. Si tout le monde est d'accord pour dire qu'il faudrait éviter que les gens se suicident au travail, lorsqu'on interroge sur la relation de travail souhaitée dans l'entreprise, les réponses sont extraordinairement diverses, au sein même d'une équipe de travail. Cette réflexion n'est absolument pas habituelle. Certains acceptent tout à fait de côtoyer des collègues de loin et de vivre ainsi leur travail. D'autres considèrent que la valeur relationnelle sociale dans le travail est une dimension essentielle. Même dans des petites équipes, dans des lieux où les conditions de travail sont par ailleurs plutôt excellentes, lorsqu'on écoute les personnes concernées ou quand on fait trois mètres, on ne respire plus parce qu'il y a une ambiance épouvantable. Car, justement, chacun arrive avec ses propres valeurs, ses attentes psychosociales qui ne sont pas compatibles par

« nature » et qu'on n'a pas pris le soin de réguler. Et, il ne s'agit pas ici d'un problème de pression patronale et de guerre économique.

Les cahiers FPS : C'est une dysharmonie par nature ?

BS : Non, pas une dysharmonie par nature mais il faut un travail de régulation, volontaire et explicite. Cette démarche est totalement sous-estimée par les managers... Ce ne sont pas non plus des plans de « culture d'entreprise », complètement plaqués « d'en haut », qui vont permettre de faire face. On vient au travail sur un objectif individuel et on se retrouve plongé dans une vie sociale. On a trop peu analysé ce qu'il y a entre ces deux propositions. Le genre professionnel, décrit par Yves Clot, explique bien ces situations. Des métiers relativement bien définis, homogènes avec une culture commune, s'approchaient d'une vie villageoise, entre autochtones. Les personnes étaient culturellement fabriquées pour vivre ensemble, facilement. La diversité merveilleuse à laquelle nous sommes tous conviés a de rudes contre-parties dont il faut s'occuper. C'est faire de la prévention des risques psychosociaux que de construire la vie dans la diversité. Cela ne va pas de soit.

Les cahiers FPS : Souvent les problèmes psychosociaux sont posés comme liés à la charge de travail. C'est une thématique évidemment conflictuelle car il n'y a pas de « bonne réponse », apportée par une norme ou une règle externe. Touche-t-on alors autre chose que la prévention des risques ?

BS : Non, je ne crois pas qu'il s'agisse tout à fait d'autre chose. C'est une régulation psychosociale d'une activité en commun. La régulation de la charge psychosociale existe aussi dans la vie familiale: en vacances, on se partage le travail, l'un fait les courses, un autre la vaisselle et un autre le jardin. Comment est régulé cet équilibre ? Est-il satisfaisant pour les trois ? La seule mesure de la durée des courses ou de la vaisselle ne va pas régler les choses. La subjectivité de la charge, c'est dire : « ce que tu fais est beaucoup plus sympa que ce que je fais, je préférerais le faire ». Des arbitrages sociaux sont à construire à partir d'un ressenti individuel. La solution miracle serait que chacun aime faire ce qu'on lui donne et soit ainsi très satisfait de son sort. Avec des régulations, on entre dans des processus collectifs d'arbitrage et, donc, d'évaluation. On essaie de mesurer et remédier, ce n'est pas nouveau. Il y a toujours eu une répartition autoritaire, prescrite, inégalitaire des tâches, avec des charges de travail pas forcément légères en quantité. Par contre, l'expression de la charge subjective était minime et le sens du collectif plus fort. Des gens souffraient, en silence, mais ensemble. La nouveauté est de solliciter l'avis de chacun. Dans les répartitions du travail, dans l'adéquation des

Entretien avec Benjamin Sahler, auteur de *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*, directeur de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), Limousin

moyens offerts pour atteindre les objectifs prescrits, on note des manifestations d'écart qui n'existaient pas auparavant. Mais je ne suis pas certain qu'il faille conclure historiquement à une intensification... Tout est très différent. Vous souvenez de la chanson de Jacques Brel « Quelle vie ont eu nos grands parents », elle n'amène pourtant pas à rêver d'un paradis perdu.

Les cahiers FPS : La régulation que vous évoquez est-elle un moyen de limiter le risque organisationnel ? Pourrait-on imaginer une organisation qui fonctionne parfaitement et qui élimine toute difficulté ? N'existe-t-il pas une forme de conflictualité permanente ?

BS : De mon point de vue, la tension est native. Sa régulation est donc un besoin normal. Le conflit est une des formes de sortie. Ce n'est pas la seule. La souffrance individuelle, qui est la mise hors jeu d'un acteur, peut en être une autre. Y a-t-il un mode de régulation qui protégerait ou préviendrait cette tension ? Il n'existe pas de solution idéale. Par contre, il y a une attitude souhaitable qui consiste à être conscient de la tension, ou de ne pas la dénier, et de se donner les moyens construits, et co-construits de préférence, de la réguler. Le réseau de l'ANACT défend cette approche depuis sa création. Je pense vraiment que ces tensions sont nécessaires et doivent être travaillées en se donnant un cadre collectif. On n'insiste pas assez sur ce mot. Dans l'idée psychosociale, le sujet récolte toujours les effets sur sa personne ou fait subir aux autres quelque chose. L'aboutissement se situe donc toujours au niveau individuel. Les solutions sont également à trouver dans la construction des sujets. Je ne sous-estime pas le travail sur les dynamiques de gestion du stress, de développement personnel : je crois qu'il est nécessaire mais absolument pas suffisant. Il faut dans le cadre de l'entreprise bâtir des repères collectifs, des barrières protectrices, des soutiens disponibles, des ressources co-construites, etc. En France, nous avons toujours tendance à traiter les solutions comme alternatives alors qu'elles sont complémentaires. Une vraie prévention considère les personnes comme des individus en construction qui ont certes besoin qu'on les aide. Mais le rôle des directions, des managers, des responsables est avant tout de construire du collectif. Or, on assiste trop souvent à l'inversion de cette tendance par l'individualisation à outrance, en croyant peut-être mieux régner en divisant, en rendant les gens rivaux et en les empêchant d'être solidaires.

Je souhaiterais revenir sur la pluridisciplinarité et le rôle des médecins. On leur confie souvent toute la responsabilité de la prévention des risques psychosociaux. Pourtant, à eux seuls, ils ne peuvent couvrir l'ensemble du champ. C'est normal car la plupart ne sont pas équipés pour traiter des

questions spécifiques de la psychologie et de la sociologie du travail. Ils se concentrent surtout sur la prévention tertiaire, l'accueil de personnes qui pleurent ou qui n'arrivent plus à dormir, qui prennent du café ou des médicaments. Mais ce n'est évidemment pas suffisant pour la prévention.

Médecins, Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), ARACT, Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) s'efforcent à travailler ensemble pour l'entreprise et ses salariés. Nous essayons de construire une complémentarité de nos ressources et mutualiser nos repères respectifs. Il est important lorsqu'on s'adresse à un chef d'entreprise, à un DRH ou à un représentant du personnel de pouvoir dire : « Vous avez repéré quelqu'un qui va mal dans votre entreprise, pour s'occuper de lui adressez-vous à une assistante sociale, à un médecin du travail, à un psychologue de ville ; là, vous avez plutôt un sujet qui a mal vécu un changement en lien avec un nouveau process, il faudrait réclamer une analyse ergonomique, une formation ; là, de nombreux sujets se plaignent d'un nouveau dispositif d'évaluation du travail, etc. ». On remonte alors davantage vers la prévention primaire.

Le CHSCT, en présence du médecin, doit être un véritable lieu où mobiliser, par exemple, un ergonomiste ou discuter, en toute légitimité, de la charge de travail. Ces questions, en amont, de l'organisation du travail ou du management doivent y avoir droit de cité.

Prévention au travail – Été 2007

Prévention de la détresse psychologique en milieu hospitalier

L'effet des contraintes psychosociales sur l'apparition de problèmes de santé mentale a été documenté par nombre d'études. À l'issue d'un projet mené dans le secteur hospitalier, des chercheurs proposent un modèle d'intervention pour aider à prévenir ces problèmes. À lire également dans ce dernier numéro de Prévention au travail, un article sur l'asthme professionnel et l'utilisation d'acrylates ainsi que sur les troubles musculo-squelettiques dans les centres d'appels 911.

www.irsst.qc.ca

Les cahiers
des
fps



Direction régionale
du travail, de l'emploi,
et de la formation professionnelle
Provence-Alpes-Côte d'Azur

