

Master 2 : Management des établissements médico-sociaux de la qualité et des risques et des flux

**Université de Lille
Faculté Ingénierie et management de la santé.**

**LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DANS LES
ETABLISSEMENTS DE SANTE**

REMERCIEMENTS

Cette année de stage a été l'occasion pour moi d'enrichir mes connaissances.

Dès lors, je tenais à remercier le personnel de l'hôpital d'Arras, sans qui cela n'aurait pas été possible, merci de m'avoir donné la chance d'intégrer cet établissement, et de m'avoir en somme aussi bien accueilli.

Un grand merci pour la patience et la rigueur dont ils ont fait preuve chaque fois que j'avais une interrogation ou un doute quant à l'accomplissement d'une tâche.

Je tenais aussi à remercier les membres du service dans lequel j'étais, pour tout ce qu'ils m'ont appris, pour les responsabilités qu'ils m'ont confié, pour l'esprit humain et cultivé qu'ils ont témoigné chaque jour.

Je tenais à remercier tout particulièrement le directeur du Master 2 Monsieur HUBERT HERVE, merci de m'avoir donné la chance d'effectuer ce Master avant tout.

Merci également pour le suivi et pour l'encadrement du Master tout au long de cette année scolaire.

Je remercie également Monsieur JAUBERT qui a accepté d'être mon directeur de mémoire, merci pour toutes les réponses apportées lorsque j'avais des interrogations.

Enfin un grand merci à Monsieur GARNIER, spécialiste des risques psychosociaux pour avoir répondu à mes interrogations, me permettant ainsi d'enrichir ma réflexion.

Chacun a contribué, de près ou de loin, à la réussite de ce stage, à mon enrichissement intellectuel et au développement de mes compétences professionnelles.

GLOSSAIRE

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

CHSTC : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DIRECCTE: Les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi

DUERP : Document Unique Évaluation des Risques Professionnels

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IPP : Incapacité permanente

INVS : Institut nationale de veille sanitaire

ONVS : Observatoire National des Violences en Santé

RPS : Risques psychosociaux

SUMER : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

SST : Service de Santé au Travail

TMS : Trouble Musculo-squelettique

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
GLOSSAIRE.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
PARTIE 1 : RISQUES PSYCHOSOCIAUX : NOUVEAUX MAUX DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	12
CHAPITRE I) UNE PROBLEMATIQUE COMPLEXE	12
SECTION A – DES RISQUES DISTINCTS.....	12
SECTION B : UNE REGLEMENTATION EPARSE.....	13
SECTION C- LES PRINCIPAUX MODELES D'ANALYSE DU STRESS	16
CHAPITRE II) UNE MULTITUDE DE FACTEURS SOURCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	17
SECTION A-PLUSIEURS FACTEURS A L'ORIGINE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX.....	18
SECTION B – LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UN MILIEU PROPICE	20
CHAPITRE III) UN ENJEU HUMAIN ET FINANCIER	23
SECTION A – DES CONSEQUENCES SUR LA SANTE	23
SECTION B – DES REPERCUSSIONS FINANCIERES.....	24
SECTION C : UNE PROBLEMATIQUE SENSIBLE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	26
PARTIE 2 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉVENTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	28
CHAPITRE IV : L'ANALYSE ET LE DIAGNOSTIC D'ÉVALUATION	29
SECTION A : LES DIFFERENTES ETAPES DE LA DEMARCHE D'ÉVALUATION.....	29
SECTION B : LES OUTILS DE DIAGNOSTIC ET DE PREVENTION.....	32
CHAPITRE V : LES FACTEURS DE REUSSITE DE LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX.....	37
SECTION A : UNE UTILISATION EQUITABLE DES TROIS NIVEAUX DE PREVENTION	37
SECTION B L'IMPLICATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS	41
PARTIE 3: PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE : QUELLE RÉALITÉ ?.....	43
CHAPITRE VI: METHODOLOGIE	43
CHAPITRE VII : LES RESULTATS	44

CHAPITRE VIII : CONCLUSION DE L'ETUDE SUR LE TERRAIN ET PISTES D'AMELIORATION ..47

CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	53
TABLE DES MATIERES	56
ANNEXES	58

INTRODUCTION

Depuis une trentaine d'années, le travail a connu de nombreux changements : développement des technologies, nécessité de polyvalence des employés, modifications du temps de travail, accroissement de la compétitivité. Face à cette dernière, les entreprises doivent sans cesse être innovantes et performante. Du côté des salariés, dans un contexte de chômage de masse, la pression est forte.

Face à ces changements de nouveaux risques professionnels émergents ont été identifiés dans les années 2000 aux côtés des risques physiques, chimiques et biologiques : les risques psychosociaux. L'observatoire européen des risques de l'agence européenne de santé et de sécurité au travail présente ces risques comme conséquence des changements survenus dans le monde du travail ces dernières décennies¹. Dans son rapport, elle identifie cinq facteurs principaux à l'origine de ces nouveaux risques : le développement des contrats précaires, le vieillissement de la main d'œuvre, l'intensification du travail due à l'apparition des technologies de l'information et de la communication, l'augmentation de l'exigence émotionnelle du travail due à la crainte de perdre son travail, et la difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle.

Les risques psycho-sociaux se caractérisent par une multitude de sources et de conséquences. La notion de risque psychosocial englobe toutes les situations de mal être dans le monde du travail. Le stress est une des grandes formes possible mais pas la seule.

En effet, il peut s'agir d'épuisement professionnel, de violences physiques et verbales, de harcèlements, de conduites addictives. Différentes définitions ont émergées. Le Ministère du Travail les définit comme l'ensemble des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés. Ils peuvent entraîner des pathologies professionnelles telles que : dépressions, maladies psychosomatiques, problèmes de sommeil, mais aussi générer des troubles musculosquelettiques, des maladies cardio-vasculaires, des

¹ European Agency for Safety and Health at Work « *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health* », consultable en ligne <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/7807118>

accidents du travail.

D'après l'INSERM, les facteurs psychosociaux au travail désignent un vaste ensemble de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite. La SST en agriculture propose aussi, par exemple, une définition simple et générale telle que : « *risque de souffrance mentale liée à l'activité professionnelle* ».

Les risques psycho-sociaux s'inscrivent dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels. Rappelons à ce titre qu'un risque professionnel est un événement qui met en danger des personnes dans leur cadre de l'exercice de leur métier.

Au niveau Européen, « *la directive cadres* » relative à la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs a introduit l'obligation pour les employeurs de prendre des mesures pour rendre le travail plu sain et sur avec comme élément l'évaluation des risques professionnels. Cette directive à été retranscrite en droit français par la loi du n°91-1414 du 31 décembre 1991.

De ce fait, la législation s'est consolidée en matière de sécurité et de santé des travailleurs. En effet, l'article L.4121-1 et les suivants du Code du Travail impose à l'employeur de mettre en place toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité du salarié. Dès lors, les politiques de gestion des risques professionnels se sont développées dans les entreprises. Le décret 2001-1016 du 5 Novembre 2001 a permis une avancé en matière de prévention en obligeant l'employeur à diffuser les résultats de l'évaluation des risques dans un document unique.

Dans la fonction publique c'est l'accord-cadre du 22 octobre 2013, relatif à la prévention des risques psychosociaux qui a rendu obligatoire l'élaboration d'un plan de prévention et son intégration dans le DUERP.

Cet engouement politique pour les risques psycho-sociaux a émergé en France suite à la médiatisation des affaires de suicides dans les entreprises. Cette prise de conscience du gouvernement s'est traduite par la mise en place d'un collègue

d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux. Ce dernier a rendu un rapport² qui a défini les risques psychosociaux comme des « *risques pour la santé mentale, physique, sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* ». On constate par cette définition que les risques-psychosociaux sont caractérisés à la fois par leurs conséquences mais aussi par leur cause.

Il est à noter également qu'il convient de distinguer les risques psychosociaux qui sont des risques professionnels, des troubles psychosociaux qui ont des conséquences sur la santé physique et mentale des travailleurs.

Contrairement aux risques physiques, les causes des risques psychosociaux sont difficiles à appréhender car elles se situent à la frontière de la vie professionnelle et vie privée ; ainsi, il est complexe de déceler l'origine de survenance d'un trouble psychosocial.

Le milieu hospitalier qui connaît de nombreuses évolutions ces dernières années est un milieu à risque. Les établissements de santé sont continuellement à la recherche d'une organisation efficiente. D'autre part, ils se retrouvent au premier plan face aux angoisses de la société (mort, maladie, suicide).

Les réformes de ces dernières années telles que la tarification à l'activité, la création des groupements hospitaliers de territoire ont profondément bouleversées le fonctionnement des établissements de santé. D'autre part, la volonté de réduire les déficits de l'assurance maladie a été à l'origine de lois hospitalières re-structurantes. On peut citer la loi « *Hôpital Patients Santé et Territoires* » en 2009, et la loi de Modernisation de notre système de santé en 2016.

Cette dernière est considéré par les acteurs comme ayant entraînée une « logique comptable et une organisation structurée en pôles » qui a accentuée la mal être des professionnels de la santé, et a engendrée le développement de difficultés relation-

² Michel Gollac, « *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser* », avril 2011, consultable en ligne : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

nelles liées à des conflits de valeur ou à l'organisation au sein de la communauté médicale³.

Dernièrement les difficultés que connaissent les établissements de santé se sont reflétées à travers la médiatisation des suicides, grève de la faim et agression des professionnels. L'enquête SUMER⁴ dont le but est de décrire les expositions professionnelles des agents a mis en évidence l'augmentation des risques psycho-sociaux en particulier dans le milieu hospitalier.

En 2017, selon le baromètre ressource humaine de la fédération hospitalière de France, sur 315 directions des affaires médicales interrogées, 37% déclaraient que les risques psychosociaux étaient une réalité dans leur établissement, et 33 % parlaient d'un « risque potentiel sérieux ».

Paradoxalement le personnel du milieu médical est particulièrement assujéti aux risques psychosociaux (horaires décalés, risques d'agressions, surcharge de travail, conditions de travail difficiles), le rapport de l'IGAS⁵ affirmait que la gestion de ces risques par l'institution hospitalière était inexistante.

Les risques psychosociaux ont des effets sur la santé du personnel, sur le fonctionnement des établissements et sur la relation avec les patients. Ces risques ont des impacts sur l'organisation mais également sur la qualité des soins. Il est donc primordial d'élargir la prévention dans ces milieux à risque.

Dans ce contexte le but de ce mémoire est de présenter les enjeux de la prévention des risques psychosociaux dans les établissements de santé et les difficultés qui se présentent. L'objectif est également de voir comment est organisée concrètement cette prévention sur le terrain.

³Fairise Anne, « L'hôpital public en burn-out », *Alternatives économiques*, 2018/3 (N° 377), p. 24-24, consultable en ligne : <https://www.cairn.info/magazine-alternatives-economiques-2018-3-page-24.htm>

⁴Dares Analyses, « L'ÉVOLUTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ENTRE 1994 ET 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER » Mars 2012- N° 023

⁵Rapport IGAS "Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques" - Décembre 2016

A cet effet notre étude est scindée en trois parties. Tout d'abord, dans la première nous présenterons les définitions, les concepts ainsi que les enjeux en termes d'économie et de santé publique.

La seconde partie traitera de la démarche, des outils ainsi que les acteurs susceptibles d'être mobilisés pour une prévention effective au sein d'un établissement de santé. Cette partie nous montrera également les limites de la prévention.

La dernière partie quant à elle permettra de constater comment la démarche de prévention est organisée dans les établissements et si les éléments mis en exergues par les auteurs sont appliqués sur le terrain.

PARTIE 1 : RISQUES PSYCHOSOCIAUX : NOUVEAUX MAUX DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les risques psychosociaux sont des risques difficiles à identifier ce qui les distingue des autres risques professionnels (Chapitre 1). Ces risques peuvent être causés par une multitude de facteurs (Chapitre 2), et en raison de leurs multiples conséquences sur la santé et sur l'économie ils représentent un enjeu de santé publique (Chapitre 3).

CHAPITRE I) UNE PROBLÉMATIQUE COMPLEXE

Les risques psychosociaux se distinguent des autres risques professionnels de par leurs caractéristiques (Section A). Ils se caractérisent par une multitude de maux ce qui rend leur réglementation éparse (Section B). Certains psychologues ont données naissance à des modèles d'analyses concernant le stress au travail ce qui a permis d'identifier les situations professionnelles à risques (Section C).

SECTION A – DES RISQUES DISTINCTS

Les risques psychosociaux sont des risques professionnels comme les autres. Il n'y a pas de distinction entre la santé physique et la santé mentale. Néanmoins les risques psychosociaux ont une particularité, contrairement aux autres risques professionnels d'origine matérielle, les risques psychosociaux sont d'origine immatérielle.

Les risques d'origine matérielle sont les risques dus aux manipulations de machines (bruits, vibrations, manutention) ou de matières (chimiques, rayonnement). Ce sont des risques que l'on peut quantifier, évaluer.

Concernant l'ouïe, à partir d'un certain décibel le bruit peut avoir des impacts sur l'audition ou encore, la manipulation de charges lourdes peut entraîner des douleurs dorsales. Ces autres risques sont ainsi facilement identifiables.

S'agissant des risques psychosociaux, ils sont d'origines immatérielles. Ils sont constitués par un ensemble de maux au travail.

Ils comprennent :

- du stress
- un épuisement professionnel
- du harcèlement moral ou physique
- des violences au sein du lieu de travail (violences internes)
- des violences exercées par une personne extérieure (violences externes).

Ainsi, il est plus complexe de les identifier. Ils n'ont pas de définition juridique ou scientifique précise.

A l'opposé des risques matériels précédemment cités, ils ne sont ni mesurables, ni quantifiables. En effet, on ne peut savoir à partir de quel seuil l'organisation du travail ou encore la violence va avoir un impact sur la santé psychologique d'un salarié.

De même, la notion de risque n'est pas la même que pour un risque matériel.

Pour les risques psychosociaux, il s'agit de la probabilité d'une altération de la santé physique ou mentale en lien avec l'environnement professionnel⁶ influencée par trois facteurs :

- l'organisation du travail,
- la société,
- le vécu personnel du travailleur

SECTION B : UNE REGLEMENTATION EPARSE

Tout d'abord, il convient de noter que c'est au chef d'établissement de s'assurer de l'évaluation et la prévention des risques tels qu'ils soient. L'employeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures doivent comprendre des actions de préventions, de formations, et la mise en place d'une organisation et des moyens adaptés⁷.

⁶ Valléry Gérard, Leduc Sylvain, Les risques psychosociaux. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2017, 124p

⁷ Article L4121-4 du code du travail, consulté en mars 2018 sur Légifrance

D'autre part des principes généraux de prévention doivent être respectés tels que⁸ :

- 1- Eviter les risques ;
- 2- Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3- Combattre les risques à la source ;
- 4- Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail et le choix de production, d'équipements et les méthodes de travail. Ainsi, on limite le travail monotone et cadencé et on réduit de facto les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5- Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- 6- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas ou ce qui est moins dangereux ;
- 7- Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel ;
- 8- Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9- Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Dans le cas où l'employeur n'honore pas ses obligations, sa responsabilité civile et pénale pourra être engagée. En effet Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable au sens de l'article L 452-1 du Code de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de cette faute inexcusable deux types de sanction sont possibles :

- La sanction pénale : en cas d'inexistence ou de non-présentation du Document Unique, la sanction pénale est une contravention de 5ème classe, soit 1500€ d'amende (portée à 3000 € en cas de récidive). En cas d'impossibilité de mettre à disposition le document unique, s'ajoutent une

⁸ Article 4121-2 du code du travail, consulté en mars 2018 sur Légifrance

amende de 3750€ pour délit d'entrave à l'action des représentants du personnel et une amende de 450€ pour délit d'entrave à l'action de l'inspection du travail

- La sanction civile : quand la faute inexcusable est retenue, « l'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci » (article L 452-4, alinéa 2 du code de la sécurité sociale).

La difficulté qui se pose s'agissant des risques psychosociaux est qu'il s'agit de risques difficilement identifiables comme nous l'avons développé dans notre première section. De ce fait la réglementation est éparse.

Ainsi, s'agissant du stress, il faudra se référer à l'accord professionnel du 2 juillet 2008 et aux accords d'entreprise. Celui-ci définit le stress comme « *un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* ».

En matière de violence, c'est l'accord national du 26 mars 2010 qui est applicable. La notion de violence est caractérisée par des incivilités, un manque de respect, une agression physique. Elle se présente sous forme de sexisme, d'agression verbale.

S'agissant du harcèlement moral, l'article L115-1 du code du travail dispose « *qu'aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* ».

Selon l'accord du 26 mars 2010, « *le harcèlement survient lorsqu'un ou plusieurs salariés font l'objet d'abus, de menaces et ou d'humiliations répétés et délibérés dans des circonstances liées au travail, soit sur les lieux de travail, soit dans des situations liées au travail* ».

Dans un arrêt en date du 27 janvier 2010⁹ la Cour de cassation déclare que les agissements répétés peuvent se situer sur une courte période, quelques semaines sont suffisantes pour qualifier le harcèlement.

Enfin par risques psychosociaux on entend également le phénomène d'épuisement professionnel communément appelé « *burn out* ». Selon l'INRS¹⁰ le burn out « *est un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante* » qui se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et un sentiment de ne pas accomplir correctement son travail.

Afin de faciliter l'identification du stress qui représente un risque psychosocial important, des outils issus des modèles d'analyse du stress ont été créés.

SECTION C- LES PRINCIPAUX MODELES D'ANALYSE DU STRESS

Certains psychologues ont définis des modèles d'analyse du stress professionnels Ces derniers ont fait l'objet d'une reconnaissance internationale et montre le lien entre le développement de certaines maladies et des manifestations sociales et psychologiques sur le lieu de travail.

1- *Le modèle de Karasek*

Le modèle de Karasek permet d'évaluer le contrôle du salarié sur la demande de travail et celle liée aux conflits personnels et à la surcharge. En milieu hospitalier, il est démontré qu'une bonne circulation de l'information et des échanges favorisent l'autonomie du professionnel.

Ce modèle a donné naissance à un questionnaire composé de 29 questions permettant d'évaluer le job strain, c'est-à-dire une forte demande psychologique associée à une faible latitude décisionnelle (**Annexe 1**).

2- *Le modèle de Siegrist.*

⁹ Cass. soc., 27 janvier 2010, n°08-43.985 ; Cass. soc., 26 mai 2010, n°08-43.152

¹⁰ INRS, « *épuisement professionnel ou burnout : Quand l'investissement professionnel devient trop lourd à porter* », Consultable en ligne : www.inrs.fr

Le modèle de Siegrist démontre qu'une fonction qui demande des efforts élevés pour un résultat faible, engendre des réactions émotionnelles et physiologiques. L'effort élevé peut être causé par un manque de temps, de nombreuses interruptions et responsabilités, aux efforts physiques ou encore par des heures supplémentaires.

L'effort élevé peut également s'exprimer par la volonté du professionnel à se surpasser, ou à obtenir de la reconnaissance. Le sujet est incapable de séparer sa vie professionnelle de sa vie privée. Il est constamment préoccupé par ses obligations du travail. Ces aspects sont accentués dans certains lieux comme le milieu hospitalier.

Ce modèle démontre également que « *l'effort que fournit l'individu va être atténué par le sentiment que cet effort "est payé en retour"* ». Cette « récompense » peut être aussi bien matérielle (rémunération) que sociale (reconnaissance) ou symbolique (sens donné à l'effort) ;

Le questionnaire issu de ce modèle comprend 46 items dans sa version longue, qui évaluent les efforts extrinsèques, les récompenses et les efforts internes. Sa version courte est composée de 16 questions. (**Annexe 2**)

Ce questionnaire a démontré qu'un stress excessif, conséquence d'un déséquilibre (effort / récompense) favoriserait la survenue de problèmes cardiaques.

3- *Le modèle de Lazarus*

Pour Lazarus l'individu réalise une double évaluation lorsqu'il est face à une situation stressante. Tout d'abord une première évaluation de la situation par la personne et du stress ressentis par celle-ci. Ensuite, une seconde évaluation pour laquelle la personne évalue les ressources dont elle dispose pour y faire face. Ce psychologue donne une grande importance à la perception d'une situation stressante par l'individu

CHAPITRE II) UNE MULTITUDE DE FACTEURS SOURCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Nous avons vu dans le premier chapitre les caractéristiques des risques psychosociaux, leur distinction avec les autres risques professionnels, leur réglementation ain-

si que les modèles permettant d'identifier des situations de travail stressantes. Dans ce second chapitre nous allons nous intéresser aux facteurs de ces risques.

En effet, six grandes catégories de facteurs favorisent la survenue des risques psychosociaux (Section A). Ces facteurs particulièrement présents dans les établissements de santé font de ces derniers un milieu propice au développement de ces risques (Section B).

SECTION A-PLUSIEURS FACTEURS A L'ORIGINE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Les risques psychosociaux sont une combinaison de plusieurs facteurs et ont une origine commune (surcharge de travail, organisation, défaut de reconnaissance).

Six grandes catégories de facteurs de risques ont été identifiés par le collège d'expertise.

1- Les exigences du travail

Elles s'articulent en quatre catégories

- **La quantité de travail** : elle s'évalue en volume de tâche à effectuer par agent et en temps de travail.
- **La pression temporelle** : elle concerne les horaires atypiques (travail de nuit, en 12h etc.), un travail effectué dans des conditions d'urgences.
- **La complexité du travail** : elle dépend des missions exercées, de l'organisation du travail (gardes, polyvalence etc)
- **Les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale** : il s'apprécie en l'espèce en fonction des horaires décalés, de l'éloignement du domicile familial, aux heures supplémentaires etc.

2- Les exigences émotionnelles.

L'employé est en contact avec la souffrance, il doit cacher ses émotions, ses peurs. Ces exigences concernent toutes les personnes qui sont en contact direct avec les usagers. Elles imposent à l'employé de cacher ses émotions, de garder son sang-froid face à des situations dramatiques comme la maladie ou la mort.

Il s'agit également de faire face aux risques d'agressions verbales ou physiques, et l'exercice de son travail dans des conditions de tension.

3- L'autonomie ou les marges de manœuvre

Il s'agit en l'espèce de la possibilité de prendre des décisions en toute indépendance, de pouvoir utiliser ses compétences librement, de se former.

4- Les rapports sociaux- les relations de travail

Il s'agit ici, du soutien social, de la reconnaissance. Les bonnes relations entre les collègues sont essentiels pour éviter que les risques psychosociaux surviennent, d'autant plus dans les situations de travail complexe.

La reconnaissance, qu'elle provienne du client/patient ou du supérieur hiérarchique est également un élément important pour l'estime du travailleur. Ainsi la non reconnaissance du travail à sa juste valeur représente un risque.

Ensuite un second facteur est le fait d'avoir le sentiment de faire un travail utile. A l'hôpital ce sentiment est particulièrement présent a priori mais la charge de travail peut influencer sur le temps consacré aux patients et donner ainsi le sentiment d'effectuer un travail qui a du sens.

5- Les conflits de valeurs

Il s'agit des moyens mis en place afin d'effectuer un travail de qualité. Ces moyens sont à la fois matériels et humains. En effet, un conflit éthique peut apparaître lorsqu'il existe un manque de moyen ou un manque d'organisation qui empêche de réaliser un travail de qualité. Ainsi l'agent peut se sentir frustrer de ne pas réaliser un travail conforme à ses convictions.

6- L'insécurité de l'emploi

Il s'agit en l'espèce de la pénibilité du travail, la stabilité du poste, la possibilité de travailler jusqu'à la retraite. Certains statut sont particulièrement précaires (CDD, contrats aidés) et induisent un stress pour les titulaires de ces contrats en cas d'interruption.

Néanmoins la précarité de l'emploi peut exister également pour les titulaires en cas de faute grave. Le milieu hospitalier est un lieu où en raison de la difficulté du travail, il est aisé d'être à l'origine d'une faute grave.

Enfin, suite à d'importants changements dans le milieu hospitalier suite aux restrictions financières cela génère de l'insécurité pour l'agent.

Ces six facteurs que nous venons de citer qu'ils soient combinés ou non peuvent donner naissance aux risques psychosociaux. Ils peuvent combinés avec des facteurs personnels, comme des difficultés familiales. Tous ces facteurs sont présents à l'hôpital et rend ce lieu particulièrement propice à la survenue de ces risques.

SECTION B – LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UN MILIEU PROPICE

Les établissements de santé sont un milieu particulièrement propice au développement des risques psychosociaux. Le personnel de santé est fragilisé lorsqu'il est sur le terrain et ce pour de nombreuses raisons.

1- *Des horaires décalés*

L'exercice des métiers de soins demande un niveau de compétence et d'attention élevée. A défaut les conséquences peuvent être lourdes.

Le travail d'équipe et le partage des tâches, présents dans les services hospitalier, permet de faciliter l'exercice du métier. Néanmoins lorsque l'effectif se réduit, en raison d'un manque de personnel ou lors du travail de nuit le travail se complexifie et devient propice au stress.

Ensuite le milieu hospitalier se caractérise par le principe de continuité des soins. Ce principe implique un travail de nuit, un temps de travail en 12 heures, le dimanche et les jours fériés.

Ces longues journées et le travail de nuit induit un manque de sommeil. S'agissant du travail de nuit en particulier, de nombreuses études ont démontré les conséquences néfastes qu'il aurait sur la santé, la vie sociale et la qualité des soins.¹¹

¹¹ Debbabi F, Chatti S, Magroun I, Maalel O, Mahjoub H, Mrizak N, « *le travail de nuit : ses répercussions sur la santé du personnel hospitalier* », Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, octobre 2004

Force est de constater que les soignants bénéficient de moins de temps pour leur vie de famille ou pour les fêtes ce qui peut avoir des conséquences, telles que les divorces ou les conflits qui impactent directement leur santé psychologique.

2- Des fortes exigences émotionnelles

Le contexte du milieu hospitalier diffère des autres entreprises. En effet les personnels hospitaliers sont face à la mort, la souffrance, la maladie. Cela peut entraîner à long terme, une usure et une instabilité psychologique.

Les soignants s'attachent naturellement aux patients notamment dans certains services tels que la pédiatrie ou la gériatrie. De ce fait, le décès du patient peut impacter le soignant ou être vécu comme un échec par le médecin.

Enfin la forte implication dans le travail peut entraîner un oubli de soi pour le soignant qui pourra conduire à un épuisement professionnel à long terme.

3- Un milieu propice à la violence et aux agressions

Le milieu hospitalier est propice à la violence. Les relations avec le personnel hospitalier et les patients ou leurs proches peuvent être tendues. Le personnel hospitalier est confronté directement aux incivilités et aux agressions. Ces incivilités s'accumulent avec les tensions qui peuvent parfois être présentes entre les professionnels.

Depuis quelques années ces phénomènes s'intensifient. L'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS) a répertorié 18 996 actes de violences pour l'année 2017. Ces agressions varient suivant les fonctions occupées, les services et les régions.¹²

Cette augmentation peut s'expliquer par la diversité des origines socio / culturelles des patients ou de leurs proches. À cela s'ajoute les difficultés de compréhension de la médecine, l'organisation hospitalière, le stress ou encore le manque de considération grandissant envers les médecins.

¹² DGOS, « RAPPORT 2018 Données 2017 », consultable en ligne : http://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_rapport_2018_donnees_2017_2.pdf

Certains services sont particulièrement touchés par cette violence. On peut citer la psychiatrie, l'addictologie. Pour ces secteurs, le personnel est d'avantage préparé psychologiquement et pourra y faire face plus aisément.

À contrario, dans d'autres services, les professionnels n'y sont pas nécessairement préparés. Notamment en pédiatrie ou le stress des parents peut entraîner des réactions violentes.

Ces changements de comportements et cette montée de la violence peut s'expliquer par la montée du consumérisme. Les patients ne sont plus « patients » et supportent mal la frustration. La population s'est habituée au confort et est devenu de plus en plus exigeante. Ainsi les écarts ne sont plus acceptés.

4- Les modifications de l'organisation hospitalière

Les évolutions législatives entraînent des modifications de l'organisation hospitalière. La tarification à l'activité diminue la valeur relationnelle, la nécessité d'effectuer des actes rentables prime.

Le développement des procédures de qualité, de traçabilité, de contrôle peut être vu comme un retour au taylorisme et peut entraîner une certaine forme de pression sur les soignants. S'agissant de la traçabilité des actes justifiés pour des raisons comptables, elles entraînent une surcharge de travail.

Le contexte économique difficile dans les établissements de santé entraîne quant à lui inévitablement une dégradation des conditions de travail qui impactent sur le morale des soignants qui effectuent leur travail en sous-effectif.

Toutes ces contraintes diminuent le temps accordé aux patients et les soignants ne reconnaissent plus métier qu'ils ont choisis. Cela entraîne un manque d'intérêt de motivation dans l'exercice de leur métier. Cette déshumanisation du métier de soignant est devenue préoccupante et problématique étant donné l'absentéisme (coût humain en santé) et l'abandon de ces métiers avec des reconversions profession-

nelles inattendues et massives. ¹³

CHAPITRE III) UN ENJEU HUMAIN ET FINANCIER

Les risques psychosociaux sont à la fois un enjeu humain et financier. Ils ont des conséquences néfastes sur la santé des travailleurs et sont sources d'une multitude de maux (Section A) mais ont également des conséquences financières sur l'établissement de santé et donc l'état qui les finances (Section B).

SECTION A – DES CONSEQUENCES SUR LA SANTE

Les risques psychosociaux peuvent avoir des conséquences variées sur la santé de l'individu. Ces conséquences peuvent aller du simple trouble au suicide. Ils se manifestent généralement par des troubles émotionnels, digestifs ou encore métaboliques. Ils peuvent entraîner des troubles du sommeil qui engendre un manque de concentration, et d'efficacité.

Au-delà de ces « simples » troubles, les risques psychosociaux peuvent entraîner des pathologies telles que de l'hypertension artérielle, des problèmes cardiovasculaires ou lipidiques.

S'agissant des maladies cardiovasculaires, elles sont responsables de près d'un million d'hospitalisations par an et constitue la deuxième cause de mortalité derrière les cancers avec 140 000 décès annuels (INVR).

Les RPS peuvent également être à l'origine des troubles musculo squelettique (TMS) qui constitue la première maladie professionnelle reconnue. L'Institut national de veille sanitaire (INVS) les définit comme « *un ensemble d'affections péri-articulaires qui peuvent affecter diverses structures des membres supérieurs, inférieurs et du dos : tendons, muscles, articulations, nerfs et système vasculaire* ».

Le dos, la nuque ainsi que les genoux sont les zones les plus concernées. Le stress est un facteur aggravant des TMS. En effet, il provoque une tension musculaire et un

¹³ Khalid Djeriri, Alain Chamoux « Les facteurs de la souffrance au travail, l'approche du médecin du travail. « Constat et témoignage d'un médecin du travail à propos de la souffrance au travail en France en 2010 » », in Pierre Bardelli *et al.*, *La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise ?*, Armand Colin « Recherches », 2012, p. 121-156.

allongement du temps de récupération. Enfin, il amplifie la sensation de douleur et accroît le risque de développer des TMS.

Selon une étude réalisée entre 2013 et 2017, 52 % des salariés présentent un niveau élevé d'anxiété et 16 % ont probablement un trouble anxieux, au sens médical du terme.

Les femmes sont nettement plus concernées que les hommes (57 % avec un niveau élevé d'anxiété contre 47 %, et 18 % de pathologie anxieuse contre 14 %). De même 29 % des salariés présentent un niveau dépressif élevé¹⁴

Ces maux peuvent avoir des effets sur le long terme. En effet selon une étude présentée le 5 octobre 2016 par la Chaire Transitions Démographiques Transition Economiques¹⁵, les risques s'accroissent pour les personnes ayant été exposées aux RPS au cours de leur travail. Le fait d'avoir travaillé sous pression augmenterait de 78% le risque d'épisodes dépressifs, de 92% les troubles anxieux généralisés. De même, la consommation d'antidépresseur est plus importante chez ces personnes. Au-delà de ces conséquences sur la santé, les RPS ont des répercussions financières.

SECTION B – DES REPERCUSSIONS FINANCIERES

Les risques psychosociaux représentent un enjeu de santé publique du fait de leurs conséquences financières. Selon une étude de l'Institut national de recherche et de sécurité, le mal être au travail est responsable de 50 à 60% des journées perdues.

A l'échelle européenne, une étude réalisée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail illustrent la nécessité d'agir. Elle estime le coût des dépressions dues au travail à 617 milliards d'euros par an, soit quatre fois le budget de l'union européenne (151 milliards d'euros en 2014). L'étude, portée par le projet européen Matrix, inclut plusieurs éléments expliquant ce coût élevé :

¹⁴ FIRPS, « *les chiffres clé de l'observatoire du stress au travail* », novembre 2017, consultable en ligne, <http://firps.org/23112017-%E2%80%A2-les-chiffres-cles-de-observatoire-du-stress-au-travail/>

¹⁵Tridon Céline, « *travail pénible, RPS : des conséquences à long terme* », octobre 2016, consultable en ligne: <https://www.travail-prevention-sante.fr/article/travail-penible-rps-des-consequences-a-long-terme,11223>

- le présentéisme et l'absentéisme, qui coûtent 272 milliards d'euros chaque année ;
- la perte de productivité (242 milliards d'euros) ;
- les frais de santé (63 milliards d'euros) ;
- et les allocations pour inaptitudes (39 milliards d'euros).

De la même manière, selon la commission européenne¹⁶, les risques psychosociaux liés au travail engendrent une augmentation du taux d'absentéisme ou de rotation du personnel ainsi qu'une diminution de la productivité et de la performance.

En France, cet absentéisme qui implique des bénéficiaires du régime général a des conséquences directes sur les dépenses de la Sécurité sociale.

Les risques psychosociaux ont également des effets néfastes pour l'établissement et représentent un manque à gagner pour les chefs d'établissement:

- augmentation de l'absentéisme,
- taux élevé de rotation du personnel,
- non-respect des horaires ou des exigences de qualité,
- problèmes de discipline,
- réduction de la productivité,
- des accidents de travail et des incidents,
- dégradation du climat social,
- atteintes à l'image de l'établissement,

On constate que l'état Français a pris conscience de l'ampleur du problème au travers du plan de santé au travail 2015/2019. Ce dernier s'articule autour de 7 axes :

1- Faire de la prévention des risques une priorité, en rupture avec une approche qui fait prévaloir la réparation.

2- Développer l'accompagnement des travailleurs et des entreprises dans la prévention de la rupture des parcours professionnels en lien avec l'état de santé et favoriser le maintien de l'emploi.

3- Accompagner les entreprises dans leur démarche « *Qualité de vie au travail* ».

¹⁶ Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, « *Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail* », 2014

4- Simplifier le droit pour renforcer l'efficacité, l'effectivité des règles pour une plus grande protection des salariés, notamment dans les et moyennes et entreprises et les très petites entreprises.

5- Prioriser certains risques pour renouveler la prévention d'accidents et de l'usure professionnelle.

6- Rassembler et mettre en perspective les données de santé au travail pour aboutir à un système d'informations plus lisibles, partagées entre tous les acteurs, et davantage mises au service de l'action en matière de prévention.

7- Améliorer la complémentarité opérationnelle des acteurs de la santé au travail pour renforcer l'efficacité de l'action publique et privée dans le domaine de la santé au travail.

SECTION C : UNE PROBLEMATIQUE SENSIBLE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les RPS dans les établissements de santé sont mis en avant par les médias à travers les affaires de suicides, d'agressions, ou encore de grève de la faim. Ces événements reflétant le mal être des professionnels de la santé en particulier, ont permis, par leur médiatisation, une prise de conscience par les institutions publiques de la nécessité d'agir et ont inciter les établissements de santé à réagir.

Néanmoins malgré cette prise de conscience, cette problématique reste encore un sujet tabou au sein des hôpitaux, souvent ignorées, ou passée sous silence.

Les professionnels de la santé et particulièrement les médecins ont des difficultés à s'exprimer sur le sujet. Ils ne veulent pas montrer leurs faiblesses face à des exigences sociétales élevées. Ils veulent se dépasser, montrer aux patients, aux collègues et à eux-mêmes qu'ils sont bons voir les meilleurs¹⁷. De leur côté les patients ont tendance à voir le médecin comme un être infailible qui ne peut pas tomber malade.

Le fait de ne pas savoir faire face à un patient exigeant ou violent ou aux contraintes institutionnelles peut faire ressentir une honte aux professionnels qui n'osera pas

¹⁷ Perrine Iekadir, le Burnt Out des médecins hospitaliers : aspects historiques, cliniques et perspectives. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Lille 2013, 215 pages

exprimer son mal être. Les médecins peuvent souffrir également de conflit de valeur. Ils ont l'impression de ne pas réaliser correctement leur travail en raison du manque de temps et de l'incitation à faire du profit. Ainsi le pilier de l'enseignement des études de médecine qui est de réaliser des actes de qualité et de créer une relation de confiance avec le patient s'effondre.

Ce phénomène est également particulièrement tabou chez les étudiants du domaine de la santé qui n'osent pas l'avouer et souffrent en silence. Pour ces jeunes qui naviguent entre hôpital et faculté la pression est forte. Les lieux de stage changent régulièrement, ils doivent s'adapter aux différentes organisations. Ils sont confrontés très vite à la mort sans suivi psychologique particulier. D'autre part l'examen classant de l'internat favorise la compétition et l'individualisme et les internes sont souvent démunis et manquent d'encadrement durant leur stage.

Il existe également un phénomène de sexisme source de mal être psychologique.

Ce mal être touche également le personnel administratif et particulièrement les cadres et directeurs. D'une part l'organisation hospitalière est complexe et connaît de multiples évolutions ces dernières années. D'autre part ces personnes doivent faire face aux mécontentements des usagers et des professionnels. Ils ont donc une lourde charge de travail et une pression élevée.

Grâce à cette première partie nous avons pu constater ce qui se cache derrière le vocable risques psychosociaux. Nous avons démontré que ces risques sont difficilement identifiables et recouvrent à la fois le stress, le burn out, les violences internes et externes, le harcèlement.

Ils sont multifactoriels et ont des répercussions à la fois sur la santé et sur l'économie.

Ces risques sont particulièrement présents à l'hôpital comme nous l'avons développé. Ainsi dans notre seconde partie nous allons voir comment les établissements de santé doivent mettre en œuvre la prévention.

PARTIE 2 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉVENTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La démarche de prévention d'un risque débute par deux étapes. Tout d'abord, il s'agit d'identifier les dangers, la DGOS définit le danger comme « *la priorité ou capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail de causer un dommage pour la santé des agents.* » Ensuite il faut analyser les risques correspondant au résultat de l'étude des conditions d'exposition des professionnels à ces risques.

La circulaire du 23 décembre 2011 est venue préciser les modalités de mise en place de cette démarche dans la fonction publique hospitalière. Cette circulaire donne des précisions importantes concernant la démarche. Cette dernière constitue un critère essentiel du manuel de certification.

S'agissant spécifiquement de la prévention des risques psychosociaux dans les établissements publics de santé, elle est principalement issue du protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique¹⁸. Cet accord permet d'accompagner les établissements dans l'évaluation et la mise en œuvre d'un plan de prévention.

L'évaluation et la prévention des risques psychosociaux s'insèrent dans la démarche globale de prévention des risques professionnels et permettent une amélioration des conditions de vie au travail.

Afin de prévenir la survenance des risques il est essentiel de réaliser en premier lieu une analyse et un diagnostic d'évaluation qui vont permettre la mise en place d'éléments de prévention. Cette démarche nécessite l'utilisation d'outils spécifiques (chapitre V). Cette première étape aboutira à la mise en place d'une prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Chaque catégorie présente des limites, il est donc important pour l'établissement d'équilibrer ces trois types de prévention (chapitre VI).

¹⁸ DGAFP, « *Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique* », édition 2013

CHAPITRE V : L'ANALYSE ET LE DIAGNOSTIC D'ÉVALUATION

Afin de prévenir les risques psychosociaux, il faut d'abord procéder à une évaluation de ces risques, différentes étapes sont nécessaires à cet effet.

SECTION A : LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION

1- La réalisation d'un pré diagnostic

Cette étape consiste à mettre en œuvre la démarche. Il s'agit de déceler et d'identifier les facteurs de RPS à partir d'indicateurs préexistants au sein de l'établissement.

Cette étape permet de connaître l'organisation, et le fonctionnement de l'établissement (projet d'établissement, médical, de service) et de repérer les problématiques présente.

Pour réaliser cette étape de manière efficiente il est judicieux d'effectuer une analyse de tous les documents qui peuvent rendre compte des risques psychosociaux (cahier des accidents, FEI, grèves, comptes rendu des réunions du CHSTC).

Cette analyse va permettre de recueillir les indicateurs relatifs à l'absentéisme, la durée annuel du temps de travail, le dysfonctionnement entres services. Elle permettra également de recueillir les indicateurs de santé et de sécurité (nombre d'arrêts maladie, fréquence, taux d'accident du travail).

2- La réalisation d'un diagnostic approfondi

Une fois le pré diagnostic réalisé, il convient d'effectuer un diagnostic approfondi. Ce dernier permet d'approfondir les causes des risques psychosociaux repérer lors de la phase précédemment citée.

Pour cette étape, il n'existe pas une seule méthode efficiente, plusieurs méthodes peuvent être utilisées.

➤ L'enquête par questionnaire.

C'est dans cette étape que les questionnaires de Karasek ou de Siegriest précé-

demment cités peuvent être utilisés. Les questionnaires de Wockk, GHQ-12 ou HAD peuvent également être utilisés. Ces derniers permettent d'identifier l'état psychique d'un individu.

Ces questionnaires ont des limites car ils sont standardisés. Ainsi ils ne s'adaptent pas à tous les établissements de santé. Il est nécessaire pour l'établissement de choisir un questionnaire adapté à sa situation. Il est possible d'utiliser un questionnaire qui mélange les questions mais dans ce cas il sera plus prudent de faire appel à un consultant extérieur.

La diffusion de ces questionnaires peuvent se faire par voie papier ou par voie informatique. D'autre part, il est utile de mettre en place un plan de communication pour obtenir un maximum de réponses.

L'enquête par questionnaire présente plusieurs avantages :

- avoir des données chiffrées,
- réaliser une cartographie des risques,
- donner la parole aux travailleurs,
- rapidité de réalisation et de traitement des résultats.

Cette méthode présente néanmoins des limites. Le questionnaire ne pourra pas être utilisé pour les petits établissements afin de respecter la confidentialité mais aussi car les réponses seront insuffisantes pour être significatives.

➤ **L'enquête par entretiens**

Plusieurs types d'entretiens peuvent être utilisé : directifs, semi directif, individuels, collectifs.

Ces entretiens vont permettre de recueillir des données subjectives qui vont pouvoir compléter ou expliquer les réponses aux questionnaires.

Ils permettent également d'avoir leur ressentis sur leurs conditions de travail et les moyens d'amélioration.

Pour les RPS les entretiens semi directif sont à privilégier.

Cette méthode est intéressante mais elle demande beaucoup de moyens. En effet, l'organisation d'entretiens demande de nombreux moyens humains, du temps pour

leur réalisation ainsi et pour l'analyse.

➤ **L'enquête par observation**

Cette méthode permet d'observer les situations de travail. Elle permet de constater les difficultés du terrain ou les écarts de comportements entre ce que l'agent doit faire et ce qu'il fait réellement et qui présente un risque.

L'inconvénient de cette méthode est qu'elle demande du temps et ne s'adaptent pas à toutes les activités professionnelles.

3- la restitution des résultats

La restitution des résultats est une étape importante. Tout d'abord, elle permet de transmettre les résultats aux agents qui ont été sollicités. Il est nécessaire que les résultats soient restitués oralement au comité de pilotage, à la direction et au CHSCT. Une diffusion dans l'entreprise doit être réalisée par affichage, mail ou courrier.

Cette restitution permet aux membres de l'établissement de prendre connaissance du niveau d'exposition et d'ouvrir un débat avec les différents services et directions. De cette manière tous les agents peuvent être acteurs et participer à la mise en place d'un plan d'action.

4- L'élaboration du plan d'action

Les étapes précédemment citées vont permettre de cibler des axes d'amélioration qui vont se traduire en actions concrètes. Pour que les actions permettent une véritable amélioration et une réduction du risque, il faut qu'elles soient cohérentes entre elles et aillent dans un sens bien défini.

Les actions doivent être réalisables et concrètes, elles doivent au préalable être issues d'une observation directe de ce qu'il se passe sur le terrain, pour être adaptées à l'établissement et correspondent aux problématiques réelles de l'établissement. Les acteurs de l'établissement doivent être sollicités et écoutés. Leur adhésion est primordiale pour la réussite du plan.

Ensuite, il faut distinguer les actions urgentes, importantes et faciles à réaliser. Il faut que l'établissement soit en capacité de les réaliser d'un point de vue financier, humain et matériel.

5- Le suivi et l'évaluation du plan de prévention

Lorsque le plan d'action est construit, il convient de mesurer l'état d'avancement et d'évaluer les résultats. Ainsi il faut :

- Nommer un pilote pour chaque action,
- Créer des fiches suivies qui informent sur l'échéance, les moyens alloués, les difficultés rencontrées,
- Organiser des réunions avec le comité de pilotage ou le CHSTC, afin d'informer de l'état d'avancement ou en cas de blocage.

SECTION B : LES OUTILS DE DIAGNOSTIC ET DE PREVENTION

Afin de prévenir les risques psychosociaux, il est nécessaire que les établissements de santé se dotent d'outils et d'indicateurs pertinents qui permettront d'évaluer l'importance des risques psychosociaux.

Pour que l'analyse donne une image réelle de la situation, les indicateurs doivent être interprétés par rapport à leur variation dans le temps, entre services et réalisation une comparaison à l'échelle nationale.

En 2017, l'INRS, a publié un guide des indicateurs sur lequel les établissements peuvent s'appuyer¹⁹.

1- Les indicateurs

- Les indicateurs obligatoires

S'agissant des risques psychosociaux , les indicateurs sont multiples et sont relatifs

¹⁹ INRS, « Dépister les RPS, des indicateurs pour vous guider » Mars 2017 consultable en ligne: file:///C:/Users/PC/Downloads/ed6012.pdf

soient :

- **au fonctionnement de l'entreprise** (temps de travail, horaires atypiques, mouvement du personnel, absentéisme, demande de mutation ...)
- **aux relations sociales** (tensions, conflits identifiées, fonctionnement des institutions représentatives du personnel...)
- **à la santé et la sécurité des travailleurs** (accidents de travail, maladies professionnelles, signes de malaise, activité du service de santé au travail et notamment visites médicales à la demande...)

Les indicateurs sont des outils indispensables, car ils permettent de connaître l'évolution des différents éléments et peuvent constituer des outils d'alerte.

Dans tous les plans de prévention, y compris dans les établissements de santé, quatre indicateurs doivent être obligatoirement suivis selon des modalités de calculs identiques, mais d'autres indicateurs peuvent également être disposés pour établir le diagnostic et le suivi.

Les quatre indicateurs obligatoires sont :

- **le taux d'absentéisme pour raisons de santé**

Il s'agit du nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par agent, (nombre de jour d'arrêts pour maladie / nombre total d'agents). Une distinction doit être faite entre les congés pour maladie ordinaire, pour longue maladie et congés longue durée, pour accidents du travail, et pour maladie professionnelle.

De même les congés maternité, paternité, parentaux, formation ne doivent pas être comptabilisés.

- **Le taux de rotation des agents**

Il s'agit de la somme du nombre d'arrivés et du nombre de départs d'agents au cours de l'année, divisé par deux, et ensuite divisé par l'effectif moyen de l'année n.

L'effectif moyen est calculé en additionnant l'effectif physique à la fin de chaque mois de l'année n, le tout divisé par 12.

- **Le taux de visite sur demande au médecin de prévention**

Il correspond au nombre de demande de visites spontanées au médecin de prévention, pour 100 agents.

- **Le nombre d'actes de violence physique envers le personnel**

Pour cet indicateur, il faut distinguer

- les actes émanant du personnel avec arrêt de travail,
- du personnel sans arrêt de travail,
- des usagers avec arrêt de travail,
- des usagers sans arrêt de travail.

La DGSO opère un recueil de ces indicateurs tous les premiers trimestre de chaque année.

- Les indicateurs facultatifs

Ces indicateurs ne sont pas obligatoires, mais il est intéressant d'en utiliser certains selon le contexte de l'établissement, afin de disposer davantage d'éléments d'analyse, il s'agit :

- **D'exigences et d'intensité du travail :**

- ❖ Durée annuelle de travail (nombre moyen de congés pris, de congé non pris),
- ❖ Travail en horaires atypiques,
- ❖ Absentéisme (nombre d'arrêts pour maladie ordinaire, longue maladie ou longue durée, accidents du travail, maladies professionnelles),
- ❖ Volume horaire supplémentaire par agent etc,

- **Exigences émotionnelles :**

- ❖ Contact avec un public en difficultés (physique, psychologique),
- ❖ Nombre d'actes de violence verbale ou physique au travail émanant de personnes extérieures au service.

- **Manque d'autonomie :**

- ❖ Procédures de travail sous pression du risque juridique,
- ❖ Proximité de la sphère politique,
- ❖ Possibilité d'acquérir, de développer et d'utiliser ses compétences,

❖ Consultation du personnel sur l'évolution de leur service.

• **Mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail**

❖ Travail en collectif inexistant,

❖ Conflits,

❖ Nombre de cas de harcèlement moral ou sexuel reconnu par la justice,

❖ Nombre d'heures ou de jours de grève à revendication locale,

❖ Actes de malveillance authentifiés, visant les biens matériels du service, émanant de personnes internes au service,

❖ Actes de violence au travail émanant de personnes internes au service (envers le personnel, envers les usagers).

• **Conflits de valeurs :**

❖ Sentiment de contradiction entre le vécu au quotidien et ce qu'il serait nécessaire de faire.

❖ Inadéquation entre les convictions (éthique) et le quotidien (sens du service).

• **Insécurité de la situation de travail :**

❖ Sentiment de soutenabilité de son travail tout au long de sa carrière.

• **Accidents du travail ou maladies professionnelles :**

❖ Nombre d'accidents du travail.

❖ Nombre de maladies professionnelles ayant été reconnues (avec ou sans IPP, etc).

• **Symptômes ou pathologies en lien avec les RPS :**

❖ Troubles cardio-vasculaires, TMS,

❖ Anxiété,

❖ Dépression,

❖ Comportements à risques-physiques.

• **Activités du service de santé au travail:**

❖ Visites médicales sur demande de l'agent,

❖ Demandes d'aménagement de poste de travail.

2- Un outil clé : le document unique

Le document unique d'évaluation des risques professionnels est un outil permettant de faire l'inventaire des risques auxquels le personnel est confronté. Il a été créé par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001. C'est un outil obligatoire dans toutes les entreprises y compris dans les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés.

C'est une obligation de l'employeur comme le précise l'article R. 4121-1 du code du travail « *l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs* » à laquelle il procède en application de l'article L.4121-3. Dans la fonction publique c'est l'accord-cadre du 22 octobre 2013, relatif à la prévention des risques psychosociaux qui a rendu obligatoire l'élaboration d'un plan de prévention et son intégration dans le DUERP.

Ce document est un recueil des entretiens, analyse de poste de travail, accident du travail, FEI issu du diagnostic. Le recueil de ces données permet de connaître l'importance du risque. Le niveau du risque est déterminé en fonction de la fréquence et/ou durée d'exposition des travailleurs ainsi que de la gravité des dommages qui y sont liés, grâce à une matrice de criticité qui permet de coter le risque professionnel²⁰. Ainsi plus la criticité est élevée, plus il sera nécessaire de mettre en place des actions.

Le décret impose que le document soit mis à jour chaque année au minimum et lors de chaque changements importants, restructuration ou accident du travail. Il impose également que la mise à jour du document unique soit suivie d'un plan d'action, qui prévoit des actions prioritairement pour les risques les plus élevés.

En cas d'absence de ce document unique, l'établissement pourra être sanctionné par une contravention de cinquième classe. Mais au-delà de son obligation légale, le document unique est un outil essentiel de la prévention des risques dans un établisse-

²⁰ Valléry Gérard, Leduc Sylvain, « Chapitre IV. Les indicateurs et outils d'évaluation des RPS », dans Les risques psychosociaux. Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2017, p. 64-91. URL : <https://www.cairn.info/les-risques-psychosociaux--9782130798538-page-64.htm>

ment de santé. Sa bonne gestion permet d'éviter la réalisation du risque qui pourrait avoir de graves conséquences pour l'établissement.

Sa mise à disposition pour certaines catégories de personnes est obligatoire :

- Des travailleurs,
- Des membres du comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSTC),
- Des délégués du personnel,
- Du médecin du travail,
- Des agents de l'inspection du travail
- Des agents des services de préventions des organismes de sécurité sociale,
- Des agents des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail,
- Des inspecteurs de la radioprotection.

CHAPITRE VI : LES FACTEURS DE REUSSITE DE LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

SECTION A : UNE UTILISATION EQUITABLE DES TROIS NIVEAUX DE PREVENTION

Face aux risques psychosociaux il existe 3 niveaux de prévention :

➤ la prévention primaire

La prévention primaire s'attaque directement à la source en éliminant les facteurs de risques présents sur le lieu de travail et en adaptant l'organisation et les comportements en fonction des facteurs de risque (horaires décalés, manque de personnel, charge de travail etc).

Elle intervient en amont de la manifestation de RPS.

➤ la prévention secondaire

La prévention secondaire, est quant à elle axée sur l'individu. Il s'agit de proposer au salarié des formations permettant de gérer les situations à risque (formation « gestion de la violence », « gestion du stress », hygiène de vie etc.

➤ **la prévention tertiaire.**

La prévention tertiaire, il s'agit d'actions visant à réparer les effets des risques qui se sont produits (soutien psychologique, prise en charge des salariés en souffrance). Elle a pour but d'assurer le rétablissement du professionnel fragilisé par les facteurs de risque.

En outre ces différents axes d'intervention s'établissent autour de quatre champs majeurs :

➤ **évaluatif** : « Repérer les niveaux de stress des individus, les populations à risques, les facteurs et leur impact. Suivre l'évolution du stress dans l'entreprise et évaluer l'efficacité des actions mises en place »

➤ **organisationnel** : « Définir clairement une politique « antistress » en y associant tous les partenaires et structures concernées. Réorganiser le fonctionnement de l'entreprise pour supprimer les sources de stress inutiles et redéfinir le contenu des tâches et du travail »

➤ **managérial** : « Développer une politique et une culture managériale orientées non seulement vers la performance mais aussi le bien-être. Former les managers à être de véritables « gestionnaire de stress » » (le leur et celui de leurs collaborateurs)

➤ **individuel** : prévention secondaire ²¹

L'ANACT plébiscite la prévention primaire qui permet de diminuer le risque voire de le supprimer. Néanmoins, sa mise en œuvre est difficile. D'une part ces actions nécessitent une modification de l'organisation du travail ce qui est complexe dans un éta-

²¹ Nasse P, Légeron P « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail », 12 mars 2008

blissement de santé. D'autre part les chefs d'établissements peuvent « être réticent du fait du caractère multifactoriels » des risques psychosociaux.

La modification de l'organisation du travail qui nécessite des dépenses élevées aura certainement des conséquences positives mais ne fera pas disparaître le risque. Cet argument peut être un frein à la mise en place d'action primaire bien que celle-ci soit comme le montre la littérature, indispensable pour diminuer les RPS.

La prévention secondaire quant à elle permet aux professionnels de faire face aux risques en gérant la violence, le stress etc mais contrairement à la prévention primaire, elle n'agit pas directement sur le risque.

S'agissant de la prévention tertiaire, il ne s'agit plus en réalité d'une prévention puisqu'elle n'intervient que lorsque le risque s'est déjà produit de manière à en diminuer les conséquences. Il peut s'agir de la mise en place d'un suivi psychologique pour des travailleurs ayant subis des violences.

Les 3 volets de préventions sont importants et doivent être adaptés au contexte de l'établissement.

Généralement les établissements remettent en cause l'individu et sa fragilité psychologique lorsque des difficultés apparaissent.

Or, pour de nombreux auteurs comme Clot²², l'individu ne doit pas être systématiquement vu comme le fautif, en considérant qu'il n'est pas assez solide pour faire face aux exigences du travail.

Au contraire pour lui, c'est l'organisation du travail qui ne permet plus d'effectuer un travail de qualité. De cette manière, les sources des risques immatériels que sont les risques psychosociaux doivent être analysés du point de vue de l'individu, mais également du point de vue de l'organisation du travail.

En effet, la prévention secondaire majoritairement mise en place dans les établissements est axée sur l'individu.

Or, pour les auteurs il est essentiel que les établissements revoient leur mode d'organisation car aucune mesure structurante ne peut ne peut être détachée de ses

²² Yves Clot, *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2010, 190 p.

répercussions sur la santé physique et psychique des salariés²³. Ainsi, au lieu de tenter d'adapter les salariés au travail en leur apprenant à faire face à des situations à risques ou en leur important un soutien psychologique il faudrait analyser les situations de travail qui fonctionnent mal et les modifier.

De nombreux auteurs ont démontré que les actions qui touchaient à l'organisation étaient plus fructueuses sur du long terme que les actions qui touchent à l'individu.

Ils ont identifiés cinq facteurs de réussite :

- ❖ le soutien de la haute direction et l'implication de tous les niveaux hiérarchiques,
- ❖ la participation des salariés à la discussion des problèmes et à l'élaboration des solutions,
- ❖ l'identification préalable des populations de travailleurs à risque en fonction de modèles théoriques validés ou des manifestations qui leur sont associées
- ❖ la mise en place rigoureuse des changements requis auprès des populations de travailleurs ciblés,
- ❖ la prise en charge de la démarche et des changements par le milieu.

Au cours des dernières années, un certain nombre d'études ont montré qu'en tenant compte de ces conditions préalables, des bénéfices importants résultent d'interventions centrées sur l'organisation du travail, notamment en termes de réduction de l'absentéisme et des symptômes dépressifs ou encore d'augmentation de bien-être et de productivité.²⁴

En outre, les trois volets de préventions sont importants et doivent être équilibrés.

Il est essentiel que les établissements ne délaissent pas la prévention primaire qui est indispensable à la diminution des risques.

²³ Laurence Durat, Annie Bartoli « La face cachée des risques psycho-sociaux : pour une requalification managériale et organisationnelle », Gestion et management public 2014/3 (Volume 3/n°1), p. 17-43

²⁴

SECTION B L'IMPLICATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS

Pour assurer la prévention des risques psychosociaux plusieurs acteurs doivent être mobilisés. Il est important que chaque acteurs soient impliqués et que leur actions soient coordonnées.

Il existe deux types d'acteurs : les acteurs internes à l'établissement autrement dit les acteurs institutionnels et les acteurs externes.

1- *Les acteurs internes*

- **La direction**

La direction a un rôle essentiel dans la prévention des RPS. Elle détient le pouvoir de choisir les moyens de prévention et d'actions. Rappelons que sa responsabilité peut être engagée en cas de carence.

Les ressources humaines jouent également un rôle important, notamment dans le recueil des données relatives (absentéisme, accident du travail, maladie professionnels). À cet égard, il est nécessaire que les cadres bénéficient d'une formation à la prévention des RPS.

- **Le personnel**

Le personnel est le premier concerné par la prévention. Il doit donner son ressenti sur les conditions de travail et alerter sur les dysfonctionnements.

Il est ainsi judicieux d'impliquer le plus de professionnels possible afin d'avoir la vision la plus juste possible. Ainsi il faut récolter le maximum d'avis par le biais de questionnaires et d'entretiens.

- **Les instances représentatives du personnel**

Les CHSTC et les délégués du personnel disposent d'un rôle essentiel dans le domaine de la prévention des risques. Ces instances doivent alerter, faire des propositions concernant la gestion des risques. Ils peuvent débattre, échanger et conseiller tout au long de la démarche.

2- Les acteurs externes

- **la médecine du travail**

La médecine de travail doit participer aux réunions du CHSTC, et donner son avis. Il a une fonction d'alerte, suite à sa connaissance des pathologies il peut donner un avis avisé. Il peut sensibiliser les professionnels à la notion de RPS et les inciter à évoquer leur sentiment de mal être.

- **la DIRECTTE**

La direction Régionale des Entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi peut être consultée et aidée à la mise en place du plan.

Outre ces acteurs, il peut être intéressant de faire appel à un consultant externe. En effet ce dernier pourra donner un avis extérieur sur l'organisation du travail et aura un avis neutre. Cela peut aider à la réduction des tensions entre professionnels et direction donner une vision plus juste des situations.

Dans cette seconde partie nous avons détaillé la démarche que doivent adopter les établissements, ainsi que les outils et les acteurs mobilisable pour mettre en œuvre la prévention des risques psychosociaux.

Nous avons rappelés que les trois niveaux de prévention sont importants, que la prévention primaire ne doit pas être délaissée bien qu'elle soit complexe à mettre en œuvre. Nous allons voir dans la partie suivante, quelle est la réalité dans les établissements de santé grâce à notre enquête réalisée auprès des établissements en juin 2018.

PARTIE 3: PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE : QUELLE RÉALITÉ ?

Dans cette partie nous présenterons la méthodologie employée pour la réalisation de notre enquête (Chapitre VII), les résultats (Chapitre VIII) et enfin nous conclurons et présenterons des pistes d'amélioration (Chapitre XIX).

CHAPITRE VII: METHODOLOGIE

Ce mémoire s'est intéressé à la prévention des risques psychosociaux dans les établissements de santé dans sa globalité. La première et seconde partie provenant de la recherche littéraire a permis de présenter les définitions, les concepts ainsi que la méthodologie et les outils indispensables à la démarche de prévention.

Cette dernière partie a pour but d'apprécier la qualité de la démarche dans les établissements de santé. Le questionnaire porte sur l'évaluation des risques psychosociaux et le mode de traitement dans sa globalité. Le questionnaire utilisé est consultable en annexe 3.

Pour construire notre questionnaire, nous avons formulé une hypothèse que nous avons déduite de la partie littérature. Cette hypothèse relate le fait que la prévention n'est pas assez poussée dans les établissements de santé ce qui expliquerait le développement de ces risques. Ainsi nous allons voir si notre hypothèse se vérifie.

1- Le questionnaire

Le questionnaire est composé de treize questions. Il balaye l'ensemble des aspects de la démarche. Il est scindé principalement en trois parties:

- ❖ la méthodologie de la démarche,
- ❖ la mise en œuvre de la prévention,
- ❖ le suivi.

2- L'échantillon

Nous avons envoyé une demande d'entretien téléphonique accompagné d'un questionnaire à 50 établissements de santé. Sur les cinquante établissements, dix-huit ont acceptés de nous accorder cet entretien.

3- Les limites

Les limites qui se posent concernant les résultats est que le nombre de retour n'est pas très élevé (18/50). De plus il est possible que les établissements qui aient répondu soient ceux qui assurent une bonne gestion de ces risques.

Ainsi il est possible que notre enquête ne reflète pas à 100% la réalité du terrain néanmoins elle permet de voir un aperçu de la démarche de prévention de certains établissements.

CHAPITRE VIII : LES RESULTATS

➤ **Méthodologie de la démarche**

Tous les établissements ont intégré les risques psychosociaux aux DUERP afin d'être conforme à la réglementation en vigueur. Une cartographie des risques a été réalisée.

Concrètement une grille est réalisée comprenant tous les risques auxquels sont soumis les salariés d'un établissement de santé (chimiques, TMS, bruits liés au rayonnement, à la manutention manuelle, d'incendie, d'explosion etc).

Des entretiens sont ensuite organisés avec les professionnels de chaque service pour effectuer la cotation des risques.

Par exemple pour les risques psychosociaux, les critères peuvent être les suivant :

- « - *Vous occupez un poste de travail isolé (personne seule à un poste dangereux).*
- *Vous assurez des gardes et / ou des astreintes*
- *Vos activités sont interrompues régulièrement (par des appels téléphoniques, demandes de collègues, des patients et de leur famille...).*
- *Vous occupez différents postes ou fonctions.*

-Vous ne disposez pas de 4 jours de repos par quinzaine (dont 2 jours au moins consécutifs) etc »

La difficulté réside sur le fait que la gravité pour chaque critère concernant les risques psychosociaux n'est pas élevée comparé à un risque de chute par exemple. Ce qui a pour conséquence de donner des cotations faibles qui n'incitent pas les établissements à prendre des mesures. Les risques psychosociaux peuvent être ainsi vus comme un risque non prioritaire.

Or, couplés et sur du long terme, les facteurs peuvent avoir de forts impacts sur la réalisation des risques.

D'autre part, les établissements réalisent également une analyse des événements indésirables, arrêts de travail liés aux risques psychosociaux (dépressions, agressions, burn out). Ces analyses sont essentielles car elles permettent d'affiner la cotation et complètent la cartographie des risques.

En revanche, nous constatons que seulement 3 établissements utilisent les questionnaires permettant d'identifier une situation de travail à risque (Karasek, Sigriest). Lorsque nous interrogeons les établissements sur cette question, ils nous expliquent qu'ils n'estiment pas nécessaire de les utiliser puisqu'ils disposent d'enquêtes sur la qualité de vie au travail. Ils préfèrent ne pas multiplier les questionnaires en raison du temps nécessaire aux traitements des résultats ou on la volonté de ne pas se disperser.

Ces questionnaires permettraient d'affiner le diagnostic et mesurer l'étendue du risque. De plus ils permettraient de donner des résultats objectifs, grâce aux statistiques des données subjectives et de présenter un diagnostic à travers des données chiffrées ²⁵.

Aucun établissement n'effectue d'analyse sur le poste de travail. Ces analyses permettraient d'apprécier les conditions de travail (relation entre professionnels difficiles, agressivité des patients etc). Elles permettent de plonger la direction au cœur des problématiques concrètes des salariés et de libérer la parole.

²⁵ Michel Michel, Laurence Thibon, Marielle walicki, Les risques psychosociaux à l'hôpital, édition lamarre 186p

En outre, pour cette première étape, on constate que tous les établissements interrogés ont intégré la démarche mais que l'analyse n'est pas approfondie.

➤ **Concernant le personnel associé à la démarche**

Les personnels associés à la démarche sont pour tous les établissements :

- ❖ la direction à travers les ressources humaines et le service qualité,
- ❖ le CHSTC,
- ❖ les syndicats qui sont présent pour valider et suivre les actions,
- ❖ préventeurs des risques professionnels lorsqu'il y en a un,
- ❖ professionnels

S'agissant des professionnels, pour la majorité des établissements (13/18) lors de l'évaluation des risques, seulement un professionnel de chaque catégorie professionnel est interrogé dans chaque service.

Le fait qu'il n'y ait qu'un professionnel interrogé ne permet pas d'avoir une vision réelle des conditions de travail. Il est important de solliciter un panel important de professionnels

➤ **Sur la mise en œuvre de la prévention**

On remarque que pour tous les établissements, les actions retenues font parties de la prévention secondaire ou tertiaire.

En effet, il s'agit globalement :

- ❖ de formations (gestion du stress, gestion de la violence),
- ❖ de temps psychologue,
- ❖ de formation aux risques psychosociaux.

La prévention primaire qui permet comme nous l'avons souligné en première partie d'éliminer les facteurs de risque présents dans l'organisation, est absente.

Même si cette dernière est compliquée à mettre en œuvre au vu de la complexité de l'organisation hospitalière, les établissements doivent s'efforcer de trouver des solutions afin de mettre en œuvre une prévention réellement efficace.

➤ **Les professionnels concernés par les actions :**

Les actions mises en place à l'issue de l'évaluation ne concernent pas tous les professionnels. En effet, on priorise en fonction de la gravité du risque.

Ainsi, par un exemple la formation relative à la gestion de la violence ne va concerner dans un premier temps que les professionnels des services des urgences, gériatrie ou la santé mentale. Cela s'explique par le coût des formations et la difficulté à l'organiser pour l'ensemble des professionnels. Les actions réclament du temps et s'effectuent sur du long terme.

➤ **le suivi du plan**

Le suivi du plan est assuré par les ressources humaines ou le service qualité. Il s'appuie sur des indicateurs (accident du travail, burn out, nombres de formations réalisées, taux d'absentéisme). Le plan est présenté au CHSTC et est régulièrement actualisé. Tous les établissements interrogés assurent un suivi du plan.

CHAPITRE VIX : CONCLUSION DE L'ETUDE SUR LE TERRAIN ET PISTES D'AMELIORATION

L'analyse des résultats démontre que les établissements ont intégré la démarche de prévention des risques psycho-sociaux. Un recueil de données est réalisé en premier lieu permettant de donner un premier aperçu de la situation.

Ensuite les professionnels sont interrogés dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels. Il n'existe pas de distinction avec les autres risques. Néanmoins on constate que très peu d'établissement réalisent un diagnostic approfondis, les outils tels que les questionnaires (Kasarek, Siegriest, Wockk) ne sont pas utilisés. Il n'y a pas non plus d'analyse des situations de travail. Ainsi, l'évaluation n'est pas complète et ne permet pas d'avoir un aperçu réel du risque.

Concernant la prévention, l'ensemble des établissements mettent en place des actions qui relèvent de la prévention secondaire et tertiaire. En effet, il s'agit de formation de gestion de la violence, de gestion du stress, de consultation psychologique etc. Aucun n'agit sur l'organisation du travail.

Même si cette dernière est compliquée à mettre en œuvre au vu de la complexité de l'organisation hospitalière, les établissements doivent s'efforcer de trouver des solutions afin de mettre en œuvre une prévention réellement efficace. Pour cela certaines pistes de réflexion demeurent intéressantes.

Tout d'abord il est utile de laisser la possibilité aux cadres ainsi qu'au chef de pôle de prendre des décisions puisqu'ils sont au plus près du terrain.

Ainsi, dans la mesure du possible il est nécessaire de limiter les procédures et laisser le choix aux acteurs principaux dans l'organisation²⁶. Les professionnels se sentent ainsi en confiance et cela apaise les relations avec la direction.

Ensuite, il peut être intéressant d'organiser des confrontations entre les professionnels afin de trouver des solutions et éviter que les situations ne se dégradent. En effet, il ne faut pas laisser se développer les « non-dits » et les mécontentements mais essayer de communiquer et trouver des solutions. Chaque catégorie professionnelle doit pouvoir s'exprimer.

Il est également nécessaire d'adapter le travail en permettant aux professionnels de changer de service s'ils le souhaitent, remplacer les absences imprévues, organiser des activités hors du temps de travail. Cela permettra de créer des liens entre professionnels et encadrant.

Une autre piste de réflexion est intéressante, elle concerne la mise en place de complexes sportif ou développer des structures telles que les crèches qui permettraient d'avantage de concilier vie privée et vie professionnelle.

Sur les 18 établissements, 15 estiment que les risques psycho-sociaux sont un problème croissant. Ce chiffre nous montre que les établissements eux même ressentent une augmentation de ce phénomène.

Néanmoins, ce chiffre doit être nuancé car les établissements qui ont répondu sont généralement ceux qui ont pris conscience du problème et tente de mettre en place des actions.

²⁶Michel Michel, Laurence Thibon, Marielle walicki, Les risques psychosociaux à l'hôpital, édition lamarre 186p

Enfin, comme le souligne un responsable des ressources humaines interrogé dans le cadre de l'étude « *il y a certes une augmentation mais c'est également une notion « fourre-tout » dont les agents arguent même en cas de difficultés personnelles. C'est également parfois un « chiffon rouge » agité par les organisations syndicales en cas de refus du changement dans les organisations* ».

CONCLUSION

Les risques psychosociaux qui ont émergé dans les années 2000 dus à l'ensemble des changements dans le monde du travail sont aujourd'hui particulièrement présents. C'est suite à la médiatisation de certaines affaires notamment les suicides dans les grandes entreprises que le gouvernement va intervenir à travers la signature de plusieurs accords.

Aujourd'hui, ces risques sont en constante progression notamment dans les établissements de santé où l'organisation du travail est devenu instable en raison des évolutions législatives, du contexte économique et du changement de perception des professionnels de la santé par la société.

Malgré l'intervention de l'état qui incite les établissements à développer une politique de prévention, la gestion de ces risques reste complexe.

En effet, plusieurs problèmes se posent. D'une part, il n'existe pas de consensus sur leur définition, mais plusieurs définitions issues de différents organismes ou institutions. Ensuite, leur notion est vaste puisqu'il s'agit à la fois de stress, de violences, de harcèlement, de burn out.

Enfin, les risques psychosociaux sont multifactoriels et se situent à la frontière entre vie privée et vie professionnels, rendant ainsi difficile l'identification d'une situation à risque. C'est pour toutes ces raisons que les risques psycho-sociaux contrairement aux autres risques professionnels sont plus difficiles à aborder pour les directeurs d'établissement.

Malgré ces difficultés, les risques psycho-sociaux ont des conséquences bien réelles à la fois d'un point de vue santé publique mais également pour la santé financière des établissements. Il est ainsi primordial que les établissements de santé mettent en place des actions concrètes.

En effet, la mise en place d'une démarche de prévention des risques psychosociaux, l'évaluation est souvent superficielle et les outils permettant de mesurer l'étendu du risque sont souvent délaissés.

De même, les actions mises en place relèvent essentiellement de la catégorie secondaire et tertiaire. La prévention primaire qui s'attaque directement au risque est délaissée alors qu'elle permettrait dans certain cas de réduire fortement voir de supprimer le risque.

Ce constat est confirmé dans les rapports de certification de la HAS en 2016.

En effet, dans ces rapports il ressort que « *l'enjeu de la prévention en matière de santé et de la sécurité au travail en milieu de santé est largement sous-estimé voire purement et simplement ignoré, sous réserve de quelques établissements qui ont pris des initiatives intéressantes.* »²⁷ Plusieurs rapports ignorent les risques psychosociaux qui ne sont pas cités bien que ce soit un risque majeur dans le secteur de la santé.

Une prévention est efficace quand elle permet de mettre au vert les principaux indicateurs qui mesurent l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail. C'est à dire une baisse de l'absentéisme, une réduction du turn-over dans les équipes, une réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles, une réduction des emplois précaires, etc.

Rappelons que sept axes sont importants pour réduire les risques psychosociaux : Ces axes sont la réduction de l'intensité de travail, la diminution du risque « temps de travail », la maîtrise des contraintes émotionnelles, l'amélioration de la qualité des rapports sociaux, la réduction du risque, la stabilisation de la situation de travail et le fait de donner de l'autonomie au salarié.

Enfin comme le souligne Monsieur Garnier : « *la prévention des risques psychosociaux ne pourra pas trouver de réponses efficaces sans des mesures d'une prévention que l'on pourrait qualifier de primordiale, c'est-à-dire réformer l'hôpital et*

²⁷ Management en Milieu de Santé ; Le « document unique » : bilan des rapports de Certification HAS des ES, peut mieux faire !!!, 5 décembre 2016

lui accorder les moyens qui lui permette d'assurer la qualité des soins et des services. Il s'agit de redonner du sens au travail à l'hôpital ce qui nécessite une réforme budgétaire, structurelle et organisationnelle de l'hôpital, accompagnée de moyens supplémentaires estimés à plusieurs milliards par an. A défaut les plans d'actions de prévention des risques psychosociaux dans les hôpitaux seront aussi efficaces qu'un cataplasme sur une jambe de bois ».

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Clot Yves, *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2010, 190 p.

Durat Laurence, Annie Bartoli « La face cachée des risques psycho-sociaux : pour une requalification managériale et organisationnelle », *Gestion et management public* 2014/3 (Volume 3/n°1), p. 17-43.

Khalid Djeriri, Alain Chamoux « *Les facteurs de la souffrance au travail, l'approche du médecin du travail.* « Constat et témoignage d'un médecin du travail à propos de la souffrance au travail en France en 2010 » », in Pierre Bardelli et al., *La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise ?*, Armand Colin « Recherches », 2012 (), p. 121-156.

Légeron Patrick, « Risques psychosociaux : Du déni aux faux-semblants », in Maxime Bellego et al., *Les risques psychosociaux au travail*, De Boeck Supérieur « Méthodes & Recherches », 2012 (1re éd.), p. 11-22.

Michel Michel, Laurence Thibon, Marielle walicki, « *Les risques psychosociaux à l'hôpital* », édition lamarre 186p

Tony Machado et al., « L'apport de la pluralité des méthodes dans la prévention du risque psycho-socio-organisationnel », *GRH* 2014/4 (n° 13), p. 43-73

Valléry G., Leduc S., « Les risques psychosociaux », Edition Puf Que sais-je ? Paris 2012, n°3958

Vézina Michel et al., « Définir les risques. Note de recherche : Sur la prévention des problèmes de santé mentale », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2006/3 (no 163), p. 32-38.

Rapports et études

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, « *Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail* », 2014, consultable en ligne : https://osha.europa.eu/fr/toolsanpublications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks

Dares Analyses, « L'ÉVOLUTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ENTRE 1994 ET 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER », Mars 2012

DGOS, « RAPPORT 2018 Données 2017 », consultable en ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_rapport_2018_donnees_2017_2.pdf

DGAFP, « *Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique* », édition 2013, consultable en ligne : https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parcours_professionnel/sante_securite_travail_fp/protocole_accord_RPS_FP.pdf

European Agency for Safety and Health at Work « Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health », 2007, consultable en ligne <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/7807118>

IGAS "Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques", Décembre 2016

Michel Gollac, « *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser* », avril 2011

Nasse P, Légeron P « *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail* », 12 mars 2008

Thèses

Lekadir Perrine, le Burn Out des médecins hospitaliers : aspects historiques, cliniques et perspectives. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Lille 2013, 215 page

Périodiques et articles de périodiques

Abaidi-Ben Nasr J, Dominic Drillon « *Les dimensions du bien-être au travail : axes de prévention des risques psychosociaux ?* », Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels 2016/Supplement (HS), p. 145-172.

Debbabi F, Chatti S, Magroun I, Maalel O, Mahjoub H, Mrizak N, « *le travail de nuit : ses répercussions sur la santé du personnel hospitalier* », Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, octobre 2004

Fairise Anne, « L'hôpital public en burn-out », Alternatives économiques, 2018/3 (N° 377), p. 24-24, consultable en ligne : <https://www.cairn.info/magazine-alternatives-economiques-2018-3-page-24.htm>

Lhuillier Dominique, « Les risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance », Nouvelle revue de psychosociologie 2010/2 (n° 10), p. 11-28.

Tridon Céline, « *travail pénible, RPS : des conséquences à long terme* », octobre 2016, consultable en ligne: <https://www.travail-prevention-sante.fr/article/travail-penible-rps-des-consequences-a-long-terme,11223>

Sites internet

Article 4121-2 du code du travail, consulté en mars 2018 sur Légifrance

Article L4121-4 du code du travail, consulté en mars 2018 sur Légifrance

Article L 452-1 du Code de la Sécurité sociale consulté en mars 2018 sur Légifrance

FIRPS, « *les chiffres clé de l'observatoire du stress au travail* », novembre 2017, consultable en ligne, consulté en juin 2018, <http://firps.org/23112017-%E2%80%A2-les-chiffres-cles-de-lobservatoire-du-stress-au-travail/>

Management en Milieu de Santé ; Le « document unique » : bilan des rapports de Certification HAS des ES, peut mieux faire !!!, 5 décembre 2016

INRS, « *Epuisement professionnel ou burnout : Quand l'investissement professionnel devient trop lourd à porter* » consulté en mai 2018, Consultable en ligne : www.inrs.fr

INRS, « Dépister les RPS, des indicateurs pour vous guider » Mars 2017 consultable en ligne: <file:///C:/Users/PC/Downloads/ed6012.pdf>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
GLOSSAIRE.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
PARTIE 1 : RISQUES PSYCHOSOCIAUX : NOUVEAUX MAUX DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	12
CHAPITRE I) UNE PROBLEMATIQUE COMPLEXE	12
SECTION A – DES RISQUES DISTINCTS	12
SECTION B : UNE REGLEMENTATION EPARSE.....	13
SECTION C- LES PRINCIPAUX MODELES D'ANALYSE DU STRESS	16
1-LE MODELE DE KARASEK	16
2-LE MODELE DE SIEGRIST.	16
3-LE MODELE DE LAZARUS	17
CHAPITRE II) UNE MULTITUDE DE FACTEURS SOURCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	17
SECTION A-PLUSIEURS FACTEURS A L'ORIGINE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX.....	18
1-LES EXIGENCES DU TRAVAIL	18
2-LES EXIGENCES EMOTIONNELLES.....	18
3-L'AUTONOMIE OU LES MARGES DE MANŒUVRE	19
4-LES RAPPORTS SOCIAUX- LES RELATIONS DE TRAVAIL	19
5-LES CONFLITS DE VALEURS	19
6-L'INSECURITE DE L'EMPLOI	19
SECTION B – LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UN MILIEU PROPICE	20
1-DES HORAIRES DECALES	20
2-DES FORTES EXIGENCES EMOTIONNELLES	21
3-UN MILIEU PROPICE A LA VIOLENCE ET AUX AGRESSIONS	21
4-LES MODIFICATIONS DE L'ORGANISATION HOSPITALIERE	22
CHAPITRE III) UN ENJEU HUMAIN ET FINANCIER	23
SECTION A – DES CONSEQUENCES SUR LA SANTE	23
SECTION B – DES REPERCUSSIONS FINANCIERES.....	24
SECTION C : UNE PROBLEMATIQUE SENSIBLE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.	26
PARTIE 2 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉVENTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	28

CHAPITRE IV : L'ANALYSE ET LE DIAGNOSTIC D'EVALUATION.....	29
SECTION A : LES DIFFERENTES ETAPES DE LA DEMARCHE D'EVALUATION.....	29
SECTION B : LES OUTILS DE DIAGNOSTIC ET DE PREVENTION.....	32
1-LES INDICATEURS.....	32
➤LES INDICATEURS OBLIGATOIRES.....	32
➤LES INDICATEURS FACULTATIFS	34
2-UN OUTIL CLE : LE DOCUMENT UNIQUE	36
CHAPITRE V : LES FACTEURS DE REUSSITE DE LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX.....	37
SECTION A : UNE UTILISATION EQUITABLE DES TROIS NIVEAUX DE PREVENTION	37
SECTION B L'IMPLICATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS	41
1-LES ACTEURS INTERNES	41
2-LES ACTEURS EXTERNES	42
PARTIE 3: PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE : QUELLE RÉALITÉ ?.....	43
CHAPITRE VI: METHODOLOGIE	43
1- LE QUESTIONNAIRE	43
2- L'ECHANTILLON	44
3- LES LIMITES.....	44
CHAPITRE VII : LES RESULTATS	44
CHAPITRE VIII : CONCLUSION DE L'ETUDE SUR LE TERRAIN ET PISTES D'AMELIORATION ..	47
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	53
TABLE DES MATIERES.....	56
ANNEXES.....	58

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire de Karasek

Annexe II : Questionnaire de Siegriest (version courte)

Annexe III : Questionnaire sur la prévention des risques psychosociaux dans les établissements de santé