

La prévention des risques psychosociaux à l'hôpital, un cas d'école ?

Introduction

Les personnels hospitaliers se distinguent nettement de l'ensemble des salariés par un cumul des contraintes pesant sur leur travail, des contraintes horaires et organisationnelles mais également physiques, chimiques et biologiques. L'enquête Conditions de travail (2013) atteste d'une intensité du travail et d'une pression temporelle plus importantes dans la fonction publique hospitalière que dans les autres secteurs, par exemple concernant le travail morcelé (78% contre 64%) ou le travail dans l'urgence (63% contre 46%). La dernière édition de l'enquête Sumer (2010) permet aussi de constater que les agents de la fonction publique hospitalière sont parmi les plus exposés à une forte « demande psychologique » ainsi qu'à des situations de tensions avec le public (ils subissent deux fois plus que les autres salariés des agressions verbales du public, 29% contre 15%). Le secteur hospitalier est considéré comme propice aux conflits de valeurs, les logiques budgétaires et gestionnaires à l'œuvre (tarification à l'activité, procédures qualité, pôles d'activité, ...) entrant en contradiction avec la logique de soin. Au regard des facteurs psychosociaux de risque au travail, les établissements de santé apparaissent donc comme des organisations particulièrement vulnérables.

Dans ce contexte et alors que le cadre légal devient de plus en plus contraignant, comment les différents acteurs des établissements hospitaliers se saisissent-ils de la prévention des risques psychosociaux ? Quelles sont leurs motivations pour agir ? Quels types d'actions de prévention déploient-ils ? Quels en sont les effets et les limites ? Autant de questions pour lesquelles l'étude du secteur hospitalier apparaît comme particulièrement pertinente pour comprendre les « dilemmes » de la prévention des risques psychosociaux.

1. De la difficulté des acteurs à se saisir de la prévention des risques psychosociaux

Les risques psychosociaux (RPS) ont été définis « officiellement » par le « Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux » en 2011 comme « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* ». Mais, force est de constater que cette définition peine à s'ancrer dans les représentations et les pratiques de terrain. Si les RPS sont désormais un « problème » connu de tous, les représentations qui lui sont associées demeurent confuses et les actions à engager pour les prévenir font largement débat. Les différents acteurs de l'hôpital ont du mal à distinguer entre ce qui relève des causes et des symptômes, des troubles et des risques, des dimensions individuelles et collectives, des origines professionnelles et personnelles, des approches organisationnelles et psychologues, etc.

Cette Lettre s'appuie sur les résultats de l'étude « Action managériale et influence du statut (public/privé) sur les conditions de travail et les risques psychosociaux dans le secteur hospitalier », réalisée par le Centre Etudes & Prospective du Groupe Alpha et le CERAG de l'Université de Grenoble pour le compte de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) dans le cadre de l'appel à projet de recherche de la Dares sur l'enquête Condition de Travail 2013. La méthodologie déployée articule l'exploitation des données quantitatives de l'enquête Conditions de travail et une exploration qualitative de six établissements de santé relevant du champ des activités de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique : quatre du secteur public et deux des secteurs privés (lucratif et non lucratif). La construction des monographies a été réalisée à partir de plus de 70 entretiens (individuels et collectifs). Les résultats de l'étude sont consultables sur le site de la DGAFP :

<http://www.fonction-publique.gouv.fr/la-prevention-des-risques-psychosociaux-cas-secteur-hospitalier-public-et-prive>.

La légitimité du terme « risques psychosociaux » et la nature des actions qu'il convient de déployer pour les prévenir font débat. Pour les uns, toute forme d'action qui ne s'attaque pas aux conditions de travail, est peu légitime parce que vaine. Pour les autres, la prévention des RPS doit surtout s'attaquer aux risques qui se déploient autour du travail, évoluant alors vers une approche « qualité de vie au travail », jugée plus positive et donnant lieu à des actions à spectre plus large. Il est notable qu'au-delà des clivages entre type d'acteurs, nombre d'interlocuteurs oscillent au cours des entretiens d'une position à une autre, montrant ainsi une forte ambivalence dans la manière dont sont posés les problèmes et pensées les solutions.

Cette ambivalence est renforcée par le fait que la légitimité des acteurs à impulser la prévention des RPS est elle-même l'objet de débat. Les actions de prévention des RPS sont portées par des acteurs qui peuvent varier d'un établissement à l'autre mais souffrent, dans tous les cas, d'un déficit d'incarnation et de coopération par et entre les acteurs.

Les directions d'hôpitaux s'impliquent ainsi plus ou moins mais la rare présence du thème dans les projets d'établissement témoignent de l'absence d'un pilotage stratégique. Parfois, la gestion de la prévention est déléguée aux services qualité, notamment quand le dispositif s'inscrit dans une démarche de certification. Cependant, leur légitimité est loin de faire l'unanimité tant ces services peuvent être perçus comme dépendants de la direction ou manquant de compétences en la matière.

Les médecins du travail apparaissent, eux, sans doute plus légitimes pour prévenir les RPS du fait de leur position d'observateurs externes à l'organisation. Pour autant, ils n'ont que peu de prise pour infléchir les politiques mises en place et sont bien souvent démunis pour faire face à la souffrance qui leur est rapportée.

De la même façon, les représentants du personnel au CHSCT, qui sont normalement des acteurs importants de la prévention des risques professionnels, interviennent assez peu et/ou difficilement en matière de RPS. De fait, il s'agit d'un objet difficile à intégrer dans les relations sociales. Les directions peuvent être dans le déni ou peu enclines à remettre en cause leur pouvoir organisationnel. De leur côté, le CHSCT et les organisations syndicales peuvent avoir du mal à se positionner, pour des raisons d'appropriation technique, parce qu'ils mettent leurs priorités sur d'autres sujets (l'emploi ou le salaire par exemple) ou encore parce qu'ils jugent la démarche RPS peu crédible, voire contre-productive.

Difficultés à définir le sujet « RPS », débats sur la nature et le périmètre des actions à déployer pour les prévenir, manque de légitimité des acteurs et de coopération entre eux, autant d'ingrédients qui rendent complexe, voire confuse, la prévention des RPS.

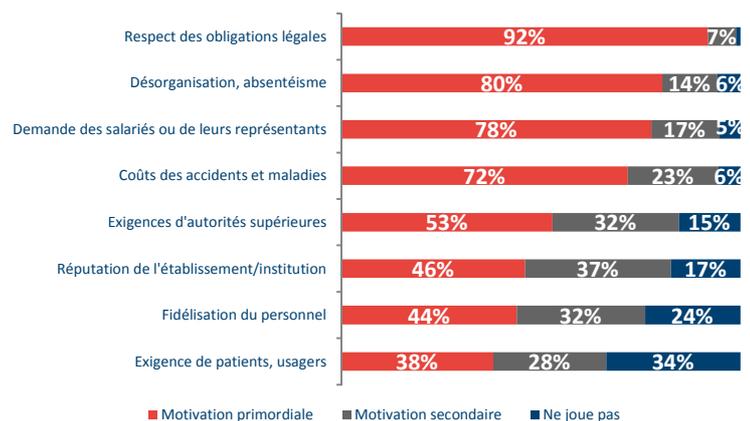
2. De nombreuses raisons d'agir rythmées par l'évolution des obligations légales

Malgré ce caractère insaisissable des RPS, un ensemble de facteurs incitent les établissements hospitaliers à mener des actions de prévention.

Si les raisons objectives de se saisir de la prévention des RPS ne manquent pas, la contrainte réglementaire constitue bien la toile de fond des actions menées par les établissements. Celle-ci s'est étoffée, lentement mais sûrement, depuis que le concept de RPS est apparu au début des années 2000, tant dans le secteur privé que public, évoluant du stress au travail à la qualité de vie au travail (voir figure 2).

Les différentes époques d'engagement des démarches de prévention des établissements hospitaliers portent clairement la marque de ce cadre légal même s'il influe bien plus sur la forme que sur le fond des dispositifs déployés.

Figure 1 : Les motivations pour développer la prévention des RPS



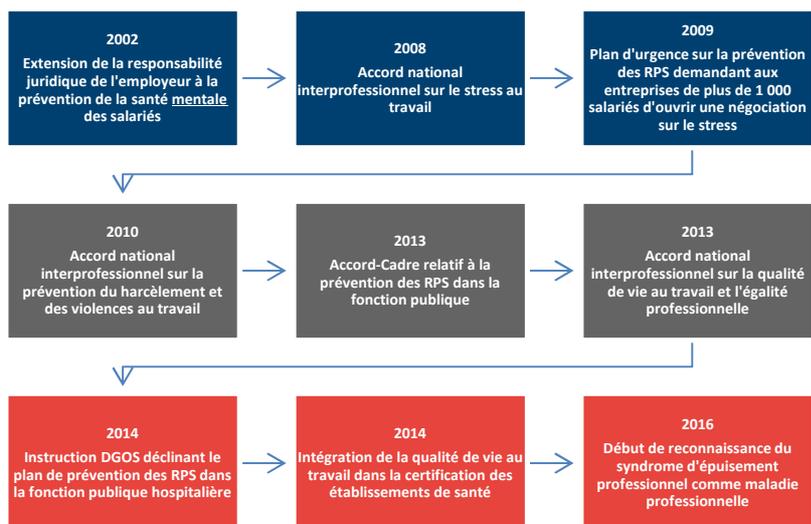
Champ : Etablissement du secteur hospitalier (privé et public)

Source : DARES - Enquête Condition de travail 2013, volet employeurs - Traitements CERAG/CEP.

Si l'enquête Conditions de travail 2013 fait ressortir « le respect des obligations légales » comme la motivation phare pour développer la prévention des RPS (voir figure 1), les acteurs rencontrés ne la mettent pas en avant. Ils inscrivent plus volontiers leurs démarches de prévention dans l'histoire singulière de leur établissement : une réorganisation traumatique, un absentéisme qui explose, un service en difficulté, la demande d'une organisation syndicale... À l'exception des « événements difficiles », euphémisme désignant les tentatives de suicides ou suicides de salariés, jamais cités bien que rencontrés dans la plupart des hôpitaux étudiés.

Le plus souvent, c'est bien la concomitance de contraintes externes et internes qui va motiver les actions de prévention des RPS.

Figure 2 : Un cadre réglementaire de plus en plus contraignant



3. Des démarches de prévention relativement standardisées...

Les modes de pilotage de la prévention des RPS et les outils mis en œuvre pour évaluer ces risques révèlent des convergences de pratiques importantes entre les établissements hospitaliers. Les enquêtes sur les RPS président généralement au déclenchement de démarches de prévention. Chapeautées par un comité de pilotage, elles allient généralement une approche quantitative, sous la forme d'un questionnaire, et une approche qualitative fondée sur des entretiens, souvent organisés de façon collective par « corps de métier », parfois accompagnés d'entretiens individuels. D'ampleur plus limitées, d'autres démarches de diagnostic ciblent des collectifs confrontés à des problèmes spécifiques. La récurrence de ces pratiques tient à l'influence des institutions régulatrices, par exemple les agences régionales de santé, et une certaine standardisation des méthodes proposées par les cabinets de conseils sollicités.

Ces diagnostics débouchent sur des mesures de prévention relevant de trois registres (voir figure 3) :

- **Des mesures individuelles** qui visent plus la prise en charge que la prévention des RPS. Dans cette perspective, où l'individu prime sur l'organisation, l'accompagnement doit aider le salarié à faire face à des problèmes considérés comme personnels voire relevant de la sphère privée. Il peut, par exemple, prendre la forme de consultations d'un psychologue (en ligne, en cabinet). D'autres mesures, observées en établissements, visent à soulager ponctuellement la personne des désagréments physiques ou psychiques causés par son travail (séance de « toucher-massage », « méditation pleine conscience », etc.).
- **Des mesures collectives** qui touchent davantage au travail et à son organisation, telles que l'aménagement

des horaires ou l'organisation des remplacements en cas d'absence. Au sein des établissements, il y a aussi une volonté de réactiver des lieux d'expression et d'échanges entre salariés ébranlés par les nouvelles formes d'organisation du travail. Ceux-ci peuvent prendre la forme classique de réunion d'équipe mais redéfinies par de nouveaux formats de durée et de positionnement horaire ou encore l'élargissement à des tiers (psychologue, médecin du travail, ...) dans l'espoir de permettre l'implication du plus grand nombre.

Figure 3 : Procédures concernant le stress ou le mal-être au travail mises en place



Champ : Etablissement du secteur hospitalier (privé et public)
 Source : DARES - Enquête Condition de travail 2013, volet employeurs – Traitements CERAG/CEP.

- **La formation** (« gestion du stress », « gestion des conflits »), outil présenté comme évident, arrive en deuxième position dans les mesures citées par les directions dans l'enquête Conditions de travail 2013. Pour autant, aucune évaluation de sa pertinence et de son efficacité opérationnelle n'a été menée dans les établissements étudiés.

Ces politiques de prévention « normalisées » finissent toutefois généralement par s'essouffler. Cet essoufflement traduit leur relatif décalage par rapport aux réalités et aux contraintes qui pèsent sur le travail des soignants.

4. ... qui se heurtent aux contraintes de l'organisation du travail

Ce décalage, qui apparaît dans les entretiens auprès des soignants, est d'autant plus surprenant que la plupart des outils de la prévention - échanges de pratiques, groupes de réflexion sur le contenu de l'activité, travail en équipe, mise en commun des situations à problème,... - existaient depuis longtemps dans les établissements hospitaliers et permettaient une régulation des difficultés propres au métier de soignant. La prévention des RPS semble alors surtout compenser ce qui a été détruit par l'intensification du travail mais d'une manière beaucoup plus artificielle et moins intégrée au travail quotidien. Les plans d'action et les mesures mises en œuvre restent souvent à la surface des choses et, plutôt que de transformer les conditions d'exercice des soignants, ont tendance à vivre en parallèle de l'activité concrète ou de dispositifs déjà existants.

Pour les soignants, les démarches de prévention des RPS apparaissent alors très souvent abstraites. S'ils semblent avoir une bonne visibilité des mesures pratiques mises à leur disposition, celles-ci demeurent faiblement utilisées, notamment parce qu'elles peuvent se heurter à des contraintes d'emploi du temps ou de fatigue (où trouver l'énergie de participer à une réunion d'équipe après une journée de 12 heures auprès des patients ?). De leur côté, les cadres de santé, parallèlement aux dispositifs institutionnels décidés au niveau central, vont préférer la mise en œuvre de pratiques plus autonomes, dans la tradition de leur profession et de l'activité d'encadrement : attention à la reconnaissance et aux spécificités individuelles, groupes d'échanges *ad hoc* en cas de coup dur, micro arrangements de l'organisation du travail, etc.

D'une façon générale, les salariés comme leur hiérarchie de proximité situent spontanément la prévention des RPS dans les enjeux organisationnels. Pour les encadrants, cela passe par des réflexions et des actions sur l'activité quotidienne, telle que la gestion des rappels d'agents sur leur repos pour combler les absences pointée comme une source forte de RPS. De même, les infirmières et les aides-soignantes semblent plus sensibles à la question des horaires, de la charge de travail et des moyens, notamment humains, et attendent des réponses concrètes plus que la mise en place de groupes de travail périphériques.

Or, en matière organisationnelle, les établissements visent avant tout la performance financière dans le privé lucratif et l'équilibre budgétaire dans le public. Cela se traduit par des ajustements d'effectifs qui cherchent à être au plus près de la charge de travail et par des arrangements pour compenser l'absentéisme, phénomène particulièrement prégnant à l'hôpital. Les nouvelles formes d'organisation (pools de remplacement, pôles d'activités, etc.), qui reposent avant tout sur la mobilité et la polyvalence des agents, bousculent le travail des soignants, avec des effets contrastés sur leur exposition aux RPS, parfois positifs, souvent terriblement négatifs. Dans certaines situations, les salariés y trouvent leur compte, par exemple lorsque ces arrangements organisationnels s'appuient sur le volontariat de jeunes qui refusent de s'installer d'ores et

déjà dans un poste établi. Mais dans bien des cas, ces dispositifs sont générateurs d'angoisse pour les agents qui perdent leurs repères professionnels liés à la stabilité au sein d'une équipe de travail. De la même façon, les refontes de plannings, destinées à mieux ajuster l'effectif à la charge et à faciliter le rappel des agents en cas d'absence, ont également un effet ambivalent sur les RPS, notamment dans le cadre des plannings en 12 heures, présentant une acceptation très variable d'un individu à l'autre.



Conclusion

Les résultats des politiques de prévention des RPS demeurent mitigés. La (re)mise en débat, même partielle et ponctuelle, du travail et de ses conséquences sur ceux qui le réalisent fait évoluer les différents acteurs dans leurs représentations et les amène à questionner autrement leurs réalités. Pour autant, les effets concrets sur le travail et son organisation demeurent à ce jour limités. La politique d'organisation du travail et de gestion de la main-d'œuvre ne fait que rarement l'objet d'un rapprochement explicite avec la politique de prévention des RPS : les deux démarches, pourtant liées, peinent à s'articuler. La contrainte budgétaire exerce une incidence forte à cet égard. Ainsi, même quand il existe des solutions organisationnelles pour travailler sur la prévention des RPS, l'institution dispose rarement des marges de manœuvre pour les utiliser. La stratégie Nationale de Qualité de Vie au Travail, proposée en décembre dernier par le ministère de la Santé pour faire face au malaise des soignants, n'échappe pas à cette contradiction. En faisant abstraction des contraintes, notamment budgétaires, qui pèsent sur les établissements, elle risque de se heurter au même décalage par rapport au contenu du travail des soignants.

Le secteur hospitalier apparaît bien comme un cas d'école : une situation extrême du point de vue des conditions et de l'organisation du travail qui porte quasiment à leur paroxysme les difficultés auxquelles se heurte la prévention des RPS. La portée de cette dernière reste alors très limitée.