

RISQUES PSYCHOSOCIAUX

février 2011

Les cahiers d'Unifat

Rhône-Alpes

**Connaître, prévenir et prendre
en compte les situations
de souffrance au travail**

Cette publication a été réalisée...

Travail réalisé par

Christine ROUSSEL-MONFAJON

📍 Titulaire d'un Diplôme d'Etudes Approfondies en psychologie sociale, d'un Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en éducation à la santé, d'un Diplôme d'Etudes Supérieures Appliquées du CNAM en gestion des ressources humaines, licenciée en sciences de l'éducation.

📍 Consultante Afcor.

Avec la participation de

Gilbert MIGNACCA

📍 Docteur en psychologie sociale et du travail. Dirigeant du cabinet Afcor.

Christian JAYET

📍 Psychiatre et médecin du travail, EDF.

Julie BARBERY

📍 Docteur en psychologie sociale. Consultante Afcor.

Laetitia PARRENNE

📍 Master de psychologie du travail et des organisations. Consultante Afcor.

Contributions et remerciements

À Linda Messaoudi pour sa bienveillance et son soutien de tous les jours et à Laurent Munilla pour ses corrections judicieuses, équipe AFCOR.

À Philippe Lejaille, Secrétaire Général Régional d'Unifaf Rhône Alpes et à Christiane Large, Responsable du Pôle Ingénierie de Formation, pour m'avoir fait confiance et donné la possibilité de faire de belles rencontres avec des hommes et des femmes animés par le désir de bien vivre au travail.

À Alexis Aazzab, Philippe Aubret, Nathalie Baillars, Anne Marie Bari, Sandrine Battistella, Kamel Benyamina, Sylvie Berger, Gilles Bernard-Stoll, Viviane Bert, Marie Françoise Berthet, Christiane Blanchon, Pierre Blumberg, Annabelle Brivoal, Philippe Bochu, Clément Bodar, Charles Bour, Yves Borel, Jean Marie Bulfone, Nathalie Cabot, Françoise Calmels, Philippe Carrier, Olive Chatellard, Camille Chaurand, Sylvie Chavanon, Naïma Chefai, Chantal Chessel, Nadine Chognacki, Pierette Cino, Céline Ciny, Pascal Clauson, Daniel Coddet, Brigitte Combet, Cathy Cordonnier, Isabelle Cottet, Laurence Cros-Jesuha, Murielle Cuttat, Johann Deflorenne, Laure Dejoux, Olivier Delorme, Christelle Derelle, Véronique Dhennin, Jeremy Dudat, Elisabeth Federko, Michel Fevre, Christine Fournier, Marielle Françon, Pierre Fuchs, Frédérique Gallas, Sylvie Gallien, Christine Garnier, Gérard Garric, Brigitte Gay, Marie Grattecap, Magy Guerard, Claudette Guillet, Chantal Hernandez, Michel Joron (décédé en 2008), Yannick Junique, Séverine Kling, Patrick Ladiray, Hervé Lambert, François Latasse, Corinne Laurent, Odile Lecourieux, André Lemay, Christine Levera, Sylviane Ligeret, Michèle Locoge, Ulysse Madier, Delphine Mallet, Sébastien Mataliano, Isabelle Mathieu, Rachid Mesbahi, Sylviane Michelland, Christophe Mileli, Françoise Milluy, Cécile Moraillon-Bochon, Dominique Murat, Khadra Namoune, Pascale Nougier, Attika Poncet, Elisette Prades, Aïcha Redissi, Laurent Reylet, Christelle Riviere, Elisabeth Robinot, Claire Rosier, Marie Madeleine Royer, Marie Odette Sauder, Florence Stasi, Rémi Tripoz, Madeleine Vallod, Alain Walter, Dominique Weber.

À tous les professionnels de terrain participant à l'APR, occupant dans leurs établissements des fonctions de direction, d'encadrement ou encore de représentation du personnel.

Chacun d'eux a donné en partage son expérience, son vécu mais aussi son écoute et sa confiance. Je me suis nourrie de ces échanges qui m'ont permis de faire évoluer mes pratiques et méthodes de travail.

C. R. -M.

Préambule

Les lois de modernisation sociale du 17/01/2002, inscrivant le harcèlement moral au Code du travail, les articles L4121-1 et L 4121-2, faisant obligation à l'employeur en matière de protection de la santé des travailleurs, l'accord interprofessionnel sur la prévention du stress du 2 juillet 2008 et enfin le plan d'urgence sur les risques psychosociaux d'octobre 2009 et les directives du ministère du Travail de janvier 2010, imposent aux établissements de prendre un certain nombre de mesures préventives en matière de risques psychosociaux. Si ces exigences constituent un socle donnant un cadre de négociation et d'action aux établissements, il n'en demeure pas moins que tel n'était pas le cas quand la Délégation Régionale Paritaire s'est interrogée sur le sujet en 2006.

En effet, aujourd'hui nous parlons de risques psychosociaux et nous sommes en capacité de les identifier et de les nommer, nous en étions incapables au début de notre réflexion. Le seul élément sur lequel il y avait consensus, était le fait que nous constatons une montée du mal-être et de la souffrance au travail des salariés et qu'il nous fallait les appréhender. C'est ce constat partagé qui a amené la Délégation Régionale Paritaire à élaborer une action collective de formation sur la souffrance au travail et les risques psychosociaux.

Ce cahier est le résultat de ce travail. Il apporte au lecteur les éléments théoriques et techniques étayés par les apports de la formation et les expérimentations de terrain. Au travers de la diversité des approches, ce document a pour objectif de présenter les concepts et les conditions nécessaires à la prise en compte quotidienne de ces risques au sein de nos établissements.

C'est un enjeu clé des conditions futures de travail de chacun des salariés.

Annick PRIGENT et Daniel ROSSI
Présidents de la Délégation Régionale Paritaire Unifaf Rhône-Alpes

Sommaire

p.6	1. Contexte
p.6	1.1. Les mutations du secteur
p.9	1.2. Contexte politique et juridique de la prévention des RPS
p.12	2. Repères théoriques
p.12	2.1. Une approche psychosociale du risque
p.12	2.1.1. Une recherche de causalité dans l'environnement et les conditions de travail
p.13	2.1.2. Une relation cause-effets non spécifique et une approche probabiliste
p.14	2.1.3. Une compensation de certains facteurs entre eux
p.15	2.2. Les quatre niveaux d'atteintes et de manifestations de l'exposition à un risque psychosocial
p.15	2.2.1. Les atteintes et manifestations individuelles
p.17	2.2.2. Les manifestations collectives de violence au travail
p.20	2.2.3. Les atteintes à la qualité de la prise en charge et les risques de maltraitance
p.20	2.2.4. Les atteintes à la vie personnelle et à l'entourage
p.21	2.3. Les facteurs de risques psychosociaux et de santé au travail
p.21	2.3.1. La qualité du travail
p.21	2.3.2. La charge de travail
p.22	2.3.3. Equilibre entre la charge mentale et l'autonomie décisionnelle
p.22	2.3.4. Justice organisationnelle et équilibre entre efforts et récompenses
p.24	2.3.5. Rupture dans l'équilibre vie au travail / vie hors travail
p.24	2.3.6. Le conflit de rôles ou la double contrainte
p.25	2.3.7. Le soutien social combiné à chacune des autres situations de travail
p.25	2.3.8. Les risques inhérents à une nouvelle forme d'organisation du travail : le cas de l'organisation matricielle
p.26	2.4. Conclusion

p. 27	3. Méthodologie d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux dans le secteur
p. 27	3.1. Référentiel d'analyse des risques psychosociaux
p. 28	3.1.1. Le lien à l'activité professionnelle
p. 30	3.1.2. Le lien et le soutien social
p. 31	3.1.3. Le lien managérial
p. 32	3.1.4. L'organisation
p. 33	3.1.5. Le lien à l'emploi et l'environnement du poste
p. 34	3.2. Qui peut et comment juger de l'importance d'un risque psychosocial ?
p. 34	3.2.1. Rappel des principes fondamentaux d'évaluation
p. 35	3.2.2. L'évaluation du risque psychosocial : concept d'«acceptabilité sociale» du risque
p. 36	3.2.3. Comment formuler le diagnostic et déterminer un niveau de risque?
p. 38	3.3. Comment passer du diagnostic des risques aux actions de prévention ?
p. 38	3.3.1. Les niveaux de prévention des risques psychosociaux
p. 40	3.3.2. Illustrations de situations à risques et mesures de prévention
p. 43	3.4. Quelle démarche pour évaluer les risques et concevoir la prévention dans mon établissement ?
p. 43	3.4.1. L'intervention d'un tiers externe «spécialiste/expert»
p. 44	3.4.2. Démarche interne d'élaboration du Document Unique
p. 45	3.4.3. Démarche interne «rapide-ciblée» sur les RPS
p. 47	3.4.4. Intégrer l'analyse et la prévention des risques à l'évaluation interne et au projet d'établissement
p. 48	4. Retours de terrain
p. 48	4.1. Rappels concernant la formation-action
p. 50	4.2. Transferts sur le terrain, les réussites et les difficultés rencontrées
p. 50	4.2.1. Les résultats
p. 51	4.2.2. Exemples d'outils élaborés par les participants à l'APR
p. 54	4.3. Illustrations : trois exemples de diagnostic de situations à risques et de mesures de prévention
p. 54	4.3.1. Prise en charge difficile, dispersion des postures professionnelles et tensions dans l'équipe-Foyer d'accueil médicalisé
p. 56	4.3.2. Des plannings variables à l'internat d'une Maison d'Enfants à Caractère Social
p. 57	4.3.3. Conception et mise en oeuvre du volet risques psychosociaux du DUERP dans un foyer pour personnes handicapées
p. 58	4.4. Conclusion : synthèse des risques identifiés dans les établissements et des actions de prévention
p. 58	4.4.1. Les principaux risques psychosociaux identifiés dans les établissements engagés dans la démarche
p. 60	4.4.2. Les mesures de prévention prévues par les établissements
p. 61	Conclusion
p. 62	Annexe : Extraits du Document Unique sur le volet Risques Psychosociaux et Plan de prévention des Foyers Nord Isère
p. 74	Bibliographie
p. 76	Glossaire

1. Contexte

Au-delà d'un phénomène actuellement fortement médiatisé, la souffrance au travail constitue un véritable fait social. Des liens sont avérés et de plus en plus reconnus entre les conditions socio-économiques actuelles et l'apparition de pathologies liées au travail. La mondialisation de l'économie liée, entre autres, au développement des technologies de l'information et de la communication, a provoqué de nombreux impacts sur le travail. La concurrence s'est accrue entre les entreprises. Les discours sont de plus en plus orientés vers la performance (organisationnelle et individuelle). Par ailleurs, les emplois se font plus précaires (contrat à durée déterminée, recours au travail temporaire). L'environnement de travail ainsi que le contrat entre l'employeur et l'employé ont subi une mutation radicale.

L'intensité des rythmes de travail est en augmentation depuis les dix dernières années, pour quasiment l'ensemble des secteurs d'activité, à un niveau rarement atteint depuis la seconde moitié du XX^e siècle.

On constate par ailleurs une dislocation des appartenances au métier liée à plusieurs facteurs. D'une part, la logique de référence au métier se trouve peu à peu supplantée par des logiques d'emploi (par exemple : une même activité est réalisée indifféremment par un éducateur, un moniteur d'atelier, un aide médico-psychologique, ou encore par un soignant...). D'autre part, les modes de pilotage sont profondément transformés par le développement des organisations matricielles : apparition de hiérarchies de gestion en concurrence avec les hiérarchies traditionnelles de métier, multiplication des interfaces, réduction des marges de manœuvre des cadres qui ne maîtrisent plus l'ensemble du processus de production (ou de prise en charge médico-sociale).

1.1. Les mutations du secteur

Il existe une spécificité des risques psychosociaux liés aux différents secteurs professionnels. Leur caractérisation constitue d'ailleurs l'un des enjeux actuels (comme le soulève le rapport de Nasse et Légeron remis au ministre du Travail en 2008).

La prévention des risques professionnels constitue un enjeu fort dans le secteur social et médico-social qui est un de ceux les plus délaissés en la matière. Les risques professionnels majeurs résident au cœur même de l'acte professionnel de prise en charge éducative, sociale ou thérapeutique, mais aussi dans les évolutions de l'action sociale et médico-sociale en France.

Plusieurs éléments caractérisent la situation des professions du secteur :

1.1.1. Un contexte législatif et réglementaire en évolution constante et rapide sur les dix dernières années.

D'une part, la loi du 2 janvier 2002, suivie ensuite par la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" et la création des Agences Régionales de Santé, impactent l'ensemble du secteur en modifiant profondément la culture professionnelle.

La réaffirmation du droit de l'usager s'accompagne désormais d'exigences de formalisme des pratiques professionnelles et organisationnelles censées garantir autant que possible la qualité de la prise en charge. Ceci fait rupture avec la culture historique du secteur où la qualité des prises en charge se voulait garantie par les diplômes et l'expertise. Les salariés sont désormais tenus de mettre en lumière et en questionnement permanent leurs pratiques et

leurs corpus théoriques (évaluation interne, projet d'établissement, certification, démarche qualité).

Avec la loi HPST et la création des ARS, on assiste à la mise en œuvre des principes de la concurrence libre et non faussée. En effet, les associations doivent maintenant être en capacité de répondre aux appels d'offres émis par l'ARS selon les mêmes modalités que n'importe quelle mise en concurrence, ceci pour pouvoir étendre le nombre de places au-delà d'un certain seuil ou pour créer une structure. Ainsi, on observe un glissement de l'initiative associative pour le développement des places et des établissements vers un positionnement en réponse à une commande publique. Ce sont désormais les ARS qui procéderont à l'analyse de la couverture du territoire, des demandes et besoins des usagers qu'elles traduiront dans des appels d'offres ou à projets.

Ceci a pour effet de développer le volet administratif, gestionnaire et économique ainsi que de favoriser des structures matricielles¹ au niveau des associations gestionnaires et de leurs établissements. Les modes de management évoluent donc en conséquence, avec un accroissement du formalisme et du contrôle inconnu dans ces proportions dans le secteur.

D'autre part, de profondes réformes spécifiques à chacun des champs du secteur social et médico-social ainsi que des dispositions plus spécifiques aux types d'agrément des établissements obligent les institutions à réviser leurs fonctionnements et leurs organisations : nouvelles lois et dispositions sur le handicap, la protection de l'enfance, les personnes âgées, les tutelles, etc.

La mise en œuvre de toutes ces dispositions, à ressources constantes ou réduites en personnel, génère une tension entre, d'une part, l'obligation d'assurer la continuité de la prise en charge des usagers et, d'autre part, la nécessité d'associer les personnels à différentes instances de réflexion et de travail (évaluation interne, projet d'établissement...). Le sentiment de surcharge de travail est courant.

Sur le terrain, cette évolution s'accompagne d'une souffrance des professionnels qui perçoivent une disparition des «valeurs» fondamentales du métier mais aussi d'une tension accrue entre les professionnels qui s'arc-boutent sur leurs postures classiques, et les cadres de proximité qui portent les évolutions et les exigences institutionnelles.

Le secteur médico-social public, qui est à un stade plus avancé de ces évolutions, présente déjà comme symptôme révélateur du mal-être des professionnels, un fort turn-over sur les postes d'encadrement de proximité.

1.1.2. De nombreux établissements aujourd'hui positionnés non plus comme des organisations en relative autonomie, mais comme des services d'une super-structure gestionnaire.

Ceci fait suite à l'incitation faite aux associations à se regrouper et à adopter des stratégies de développement de prestations pour les usagers. Une reventilation des rôles et fonctions des professionnels avec un glissement des prérogatives de chacun s'opère en conséquence. Les nouveaux référentiels métier reflètent d'ailleurs cette évolution.

- ➔ un conseil d'administration et des directeurs généraux centrés sur les décisions stratégiques (agréments, financements, positionnement sur les schémas départementaux) ;
- ➔ des directeurs qui veillent au positionnement tactique de leur structure sur l'échiquier des négociations associatives ou qui se retrouvent positionnés comme pilotes thématiques sur plusieurs établissements;
- ➔ des chefs de services éducatifs chargés de manager les équipes et d'accompagner le

¹ Structure matricielle : combinaison de plusieurs logiques de pilotage hiérarchiques et fonctionnelles. (Cf. paragraphe 2.3.8)

changement ;

- ➔ des éducateurs spécialisés qui deviennent les nouveaux garants du cœur de métier et de la qualité des prises en charge ;
- ➔ un élargissement des responsabilités en cascade pour les moniteurs et AMP, etc.

L'acceptation, l'appropriation et la mise en œuvre de ces nouveaux rôles professionnels est parfois coûteuse psychologiquement et favorise les tensions entre corps de métier ou avec la hiérarchie.

1.1.3. Une évolution continue des caractéristiques des personnes accueillies dans le sens d'une plus grande dépendance, de pathologies et de troubles du comportement plus graves, de situations de désocialisation plus aiguës, etc.

Les professionnels vivent mal cette évolution et le fonctionnement des institutions peut être insuffisamment adapté. Cette réalité se manifeste par l'accroissement des situations de violence dans la relation aux usagers.

Cette évolution ne s'arrêtera pas et impose aux professionnels des établissements un important effort d'adaptation. Les métiers de l'éducatif sont particulièrement impactés car les professionnels sont amenés à développer de plus en plus des pratiques et des postures de «soin» (toilettes, pansements, gestion de crises de démence ou de violence, etc.). C'est l'introduction de la dimension du corps dans la relation, aspect peu développé dans les référentiels et la formation des métiers de l'éducatif. Cette interpénétration des rôles respectifs des professionnels du soin et de l'éducatif s'accompagne également d'une perte de repères pour les professionnels et parfois de tensions au sein des équipes.

1.1.4. Des exigences accrues en matière de prévention des risques de maltraitance en institution, axe incontournable de l'évaluation interne, de l'évaluation externe et du projet d'établissement.

Si les questions de qualité du service rendu et de relation à l'utilisateur sont posées, c'est aussi que les risques professionnels et les risques de maltraitance institutionnelle sont intimement et irrémédiablement liés dans une dynamique de système.

De plus, le risque de dérapage et/ou de suspicion de maltraitance constitue aujourd'hui un risque professionnel à part entière.

Les recommandations de pratiques de l'ANESM délimitent un champ de questionnement très large de la bientraitance allant des pratiques individuelles aux fonctionnements organisationnels². Elles définissent également la responsabilité des directions et de l'encadrement en la matière³. Elles évitent l'écueil d'une tentative de recensement exhaustif des situations de maltraitance. Elles prônent plutôt la mise en œuvre d'une démarche permanente et collective de questionnement sur les pratiques de bientraitance dans l'institution ainsi qu'une veille organisée des situations de maltraitance (dispositifs d'alerte, de signalement et de traitement).

1.1.5. Enfin, en dehors de ces enjeux de changement, des facteurs de risque dans les fonctionnements habituels des établissements comme par exemple :

- ➔ Des processus d'arbitrage défaillants sur le contenu des prises en charge qui contribuent à entretenir les désaccords au sein des équipes.
- ➔ Des luttes d'influence entre les différents corps de métiers.
- ➔ Un mode de gestion de la ressource (plannings, gestion des récupérations, etc.) qui ne permet pas toujours d'assurer un taux d'encadrement suffisant sur les temps forts de la prise en charge.
- ➔ Des modes d'organisation qui ne sont pas toujours en adéquation avec les flux d'activité.

² «Bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre» ANESM, Juin 2008

³ «Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance» ANESM, décembre 2008

1.2. Contexte politique et juridique de la prévention des RPS

À partir des années 80, c'est la notion de souffrance au travail et la compréhension de ses mécanismes et facteurs individuels et collectifs en lien avec l'organisation du travail qui, en France, ont tout d'abord fait l'objet de nombreux travaux et publications de Christophe Dejours, relançant ainsi la psychopathologie du travail, elle-même héritière de ses prédécesseurs (Amiel, Sivadon 1969).

Elle sera rebaptisée psychodynamique du travail et de l'action en 1990, à partir du constat que les organisations du travail étaient plus évolutives que ce qu'elles paraissaient. Elle consiste alors à ouvrir le débat entre les acteurs au sein des organisations de travail sur ce qui peut faire souffrance dans le lien à l'activité, le lien social, la mutation des organisations et de la valeur du travail.

La montée en débat public et la médiatisation du phénomène s'amplifient progressivement sur les dix dernières années. Elle va s'appuyer sur deux grandes notions qui se déploient en parallèle des recherches de la psychodynamique du travail, de l'ergonomie et de la psychosociologie :

- ➔ le courant du stress : cette approche purement individuelle de la souffrance humaine qui bénéficie des avancées considérables de l'approche cognitive et comportementale et qui se positionne aussi en concurrence de la psychanalyse ;
- ➔ le concept de harcèlement moral : la publication du livre de M.F. Hirigoyen (1998) sur le harcèlement moral provoque une identification massive du milieu de travail à cette notion alors que le livre ne consacre qu'un tout petit chapitre au contexte du travail. Ceci est le signe d'un malaise émergent qui n'a fait que s'amplifier depuis.

❶ **L'inscription du harcèlement moral au Code du travail et ses implications pénales**⁴ ont permis de faire reconnaître un type de risque professionnel autre que ceux de nature hygiène et sécurité. Le harcèlement moral a constitué pendant un temps la seule notion disponible pour désigner divers facteurs et formes de souffrance au travail, ceci de manière parfois abusive. La jurisprudence est riche aujourd'hui sur les questions de harcèlement moral.

Cependant, ce phénomène ne constitue que l'un des nombreux types de situations à risque pour la santé morale. La notion de risque psychosocial émerge ensuite avec pour corollaire un enjeu d'évaluation et de maîtrise de celui-ci. Un ensemble de dispositions et de décisions de justice contribuera à caractériser d'autres formes de situations à risque psychosocial.

*Exemple : la condamnation d'une entreprise (personne morale) et l'extension de la notion de «harcèlement moral» à un mode de management qui consiste à ne s'adresser à un subordonné que par messages et notes dès lors que ce mode de management porte atteinte à un salarié particulier*⁵.

C'est vers la fin des années 2000 que l'appropriation de la problématique par les instances politiques et patronales s'opère. La préoccupation s'accompagne désormais d'exigences de résultats en matière de prévention. Au-delà des obligations de l'employeur⁶ et des principes généraux de prévention⁷ qui valent pour l'ensemble des types de risque, la jurisprudence et les dispositions ministérielles récentes ciblent plus particulièrement les risques psychosociaux.

Le débat se focalise ainsi sur le stress, notion qui renvoie aux composantes individuelles alors que celle de souffrance au travail renvoie à l'organisation du travail. Puis, progressivement, en acceptant que ces deux dimensions soient intégrées, le terme de risques psychosociaux va s'imposer.

⁴ Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002

⁵ Cour de cassation chambre sociale du 10 novembre 2009

⁶ Article L. 4121-1 du code du travail

⁷ Article L. 4121-2

8 Déclinaison de l'accord cadre européen sur le stress du 8 octobre 2004.

2 **L'accord interprofessionnel sur la prévention du stress** est signé le 2 juillet 2008 par l'ensemble des partenaires sociaux⁸. Il pose les obligations de l'employeur en matière d'identification et de prévention du stress professionnel.

Cet accord pose les principes suivants :

«L'identification des situations de stress doit passer par l'interrogation de certains indicateurs dans les situations de travail :

- ➔ l'organisation et les processus de travail (aménagement du temps de travail, dépassements excessifs et systématiques d'horaires, degré d'autonomie, mauvaise adéquation du travail à la capacité ou aux moyens mis à disposition des travailleurs, charge de travail réelle manifestement excessive, objectifs disproportionnés ou mal définis, mise sous pression systématique qui ne doit pas constituer un mode de management, etc.),
- ➔ les conditions et l'environnement de travail (exposition à un environnement agressif, à un comportement abusif, au bruit, à une promiscuité trop importante pouvant nuire à l'efficacité, à la chaleur, à des substances dangereuses, etc.),
- ➔ la communication (incertitude quant à ce qui est attendu au travail, perspectives d'emploi, changements à venir, mauvaise communication concernant les orientations et les objectifs de l'entreprise, communication difficile entre les acteurs etc.),
- ➔ les facteurs subjectifs (pressions émotionnelles et sociales, impression de ne pouvoir faire face à la situation, perception d'un manque de soutien, difficulté de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle, etc.)»

Dès lors qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou, à défaut, le réduire. La responsabilité de déterminer les mesures de prévention incombe à l'employeur et les instances représentatives du personnel doivent être associées à la mise en œuvre des mesures.

La lutte contre les causes et conséquences du stress au travail peut être menée, soit dans le cadre d'une procédure globale d'évaluation des risques professionnels, soit par une politique distincte en matière de stress et/ou par des mesures spécifiques visant les facteurs de stress identifiés.

Le rôle central du médecin du travail et du CHSCT sont réaffirmés, mais il est également prévu que l'entreprise puisse faire appel, lorsque nécessaire, à un expert externe.

Les mesures de prévention sont de deux types :

- ➔ modification de l'élément identifié comme générateur de stress : organisation, environnement de travail, techniques d'encadrement, communication, etc.
- ➔ formation de l'ensemble des acteurs de l'entreprise, en particulier l'encadrement et la direction.

3 **La jurisprudence**

Plusieurs décisions de justice marquent des avancées en matière de reconnaissance des atteintes à la santé et de prévention des risques. Elles montrent aussi un durcissement des décisions envers les employeurs :

- ➔ La reconnaissance de tentatives de suicides et de suicides comme accidents de travail alors même que les passages à l'acte se sont déroulés hors lieu et temps de travail⁹.
- ➔ La décision de la chambre sociale de la Cour de cassation du 5 mars 2008 par laquelle, pour la première fois, un juge exerce un contrôle préalable en suspendant un projet de réorganisation (à la SNECMA) pour des motifs de mise en péril de la sécurité des salariés. En effet, jusqu'à présent les décisions des magistrats en matière de risque psychosocial impliquaient plutôt qu'il y ait une atteinte à la santé morale, physique ou professionnelle du salarié. Cette décision marque donc une avancée en matière de posture préventive.

9 Cassation 22 févr. 2007, no 05-13.771 et décision de mars 2007

④ **Le plan d'urgence de prévention des risques psychosociaux** d'octobre 2009 et les directives du ministère du Travail de janvier 2010 imposent aux organisations de plus de 1000 salariés la signature d'accords sociaux en matière de prévention des RPS.

Un contrôle, par le ministère du Travail, de l'avancée des démarches de négociation sociale de toutes ces entreprises est effectué par le biais d'un portail Internet spécifique où chacune reporte ses résultats. Cela donne lieu à un classement national des entreprises dont une première publication a été faite en février 2010.

La problématique de la santé au travail est désormais inscrite à l'agenda politique. Néanmoins, comme le relève Yves Clot, (2010) on constate que les dispositions ministérielles récentes sont à la fois le reflet d'une carence majeure dans les logiques de dialogue social et qu'elles comportent également un risque, celui de traiter selon une logique gestionnaire et réglementaire seulement, un sujet dont la technicité d'une part, et la dimension sociale d'autre part, nécessite la mise en œuvre d'un débat pluridisciplinaire et social autour du travail.

C'est en effet à la croisée des capacités d'adaptation du plus grand nombre, des enjeux de productivité et d'acceptabilité sociale que pourra être redéfini, à l'échelle de chaque organisation, ce qui rendra le travail pour le moins acceptable sinon producteur de plaisir.

2. Repères théoriques

2.1. Une approche psychosociale du risque

Le risque psychosocial est un concept large qui englobe tous les contextes de travail qui peuvent conduire à des formes variées de manifestations individuelles ou collectives de mal-être et/ou à des pathologies diverses, physiques ou psychiques.

En fait, la notion de risque psychosocial se définit par un prisme particulier d'analyse du risque plutôt que par une typologie de risques qui s'assortirait d'une liste exhaustive d'indicateurs. Nous parlerons donc d'approche psychosociale du risque. Celle-ci consiste très clairement à favoriser certains facteurs explicatifs au détriment d'autres facteurs. Si l'attribution à des causes personnelles ou au contraire à des causes environnementales, a toujours opposé les acteurs du monde du travail, l'approche psychosociale du risque tranche très clairement dans ce débat en privilégiant avant tout les causes environnementales de travail, c'est-à-dire l'activité et ses conditions relationnelles, organisationnelles et sociales d'exercice.

2.1.1. Une recherche de causalité dans l'environnement et les conditions de travail

En 1946, l'OMS propose de définir la santé comme «un état d'équilibre bio-psycho-social». Le philosophe F.H. Bergson la définit comme la capacité de l'individu à s'investir et à entreprendre ce qu'il a envie de réaliser. C'est l'introduction d'une notion de dynamique de projet qui apparaît dans cette définition (1907).

Plus récemment, le modèle interactionniste et multifactoriel (Bruchon Schweitzer & Dantzer, 1994) présente la santé comme un phénomène complexe dont les déterminants sont nombreux et en interrelation. C'est-à-dire qu'un état de santé peut être déterminé à la fois par des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques (affectifs et cognitifs), ou encore sociaux et environnementaux. On l'étudie comme un système de variables interdépendantes.

Actuellement, la notion de Qualité De la Vie (QDV) a peu à peu supplanté, en les intégrant toutes, les différentes notions qui participaient, chacune partiellement, à définir ce qu'était une vie satisfaisante : la santé du point de vue biomédical, la santé mentale du point de vue psychiatrique, le bien-être matériel et subjectif du point de vue sociologique et psychologique et le bonheur du point de vue philosophique (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Cependant, le premier écueil auquel sont confrontés les professionnels dès lors qu'il s'agit d'évaluer un risque psychosocial, réside dans la tentative de distinguer les causes qui relèveraient des composantes individuelles (biologiques, psychologiques mais aussi personnelles) de celles qui relèveraient de la situation de travail.

Les écarts de points de vue en matière d'attribution sont historiques et accompagnent depuis plus de deux siècles les débats sur l'hygiène et la sécurité. Ils ont d'ailleurs leurs détracteurs traditionnels : d'un côté l'employeur ou l'encadrement se référera plutôt aux défaillances et limites individuelles du salarié, de l'autre, les représentants du personnel privilégieront la thèse des conditions de travail.

En psychologie sociale, on désigne d'ailleurs comme une «erreur fondamentale d'attribution» (Beauvois, 1984) la tendance prédominante à surestimer le poids des causes indivi-

duelles pour expliquer les conduites humaines.

L'erreur fondamentale, c'est de croire que «ce que font les gens est la conséquence de ce qu'ils sont et doit leur être attribué... Ce qui leur arrive dans l'organisation est la conséquence de ce qu'ils font et donc de ce qu'ils sont».

En 1956, les travaux de recherche de Le Guillant et Begoin exploraient le lien à la nature de l'activité professionnelle et montraient déjà qu'il fallait sortir de l'imputabilité individuelle pour expliquer la névrose des agents téléphonistes.

La psychologie sociale du travail met clairement en évidence depuis de nombreuses années l'impact des conditions de travail et de l'environnement sur l'état émotionnel et de santé des individus, la dynamique des groupes et la performance des organisations.

L'approche psychosociale du risque tranche donc nettement dans le débat entre causes individuelles ou organisationnelles : la posture d'analyse est en premier celle de l'environnement de travail et du lien à l'activité professionnelle. Ce n'est qu'en deuxième analyse, si l'environnement et les conditions de travail sont jugées acceptables et non pathogènes, que la recherche des causes consistera à explorer les dispositions physiques, psychologiques et la situation personnelle des individus.

Pourquoi ce choix de posture ?

- ❶ En premier lieu, pour une raison de droit. L'identification des déterminants intra-individuels ne relève pas du rôle de l'employeur. En revanche, il relève de sa responsabilité pleine et entière le fait d'évaluer et de prévenir tout ce qui dans une situation de travail peut contribuer, un tant soit peu, à altérer la santé de ses salariés.
- ❷ En second lieu, par pragmatisme. En effet, on constate lorsque l'on formule une explication causale interne - c'est-à-dire liée à la personne - que cela entrave la capacité à déplacer le prisme de lecture vers les autres champs de causalités. Par conséquent, cela dédouane l'organisation et le groupe social d'interroger sa contribution à l'état de l'individu. L'explication interne contribue à stigmatiser les individus, une polarisation des positions s'opère et rend difficile la résolution autrement que par le changement intra-personnel ou le déplacement de l'individu. Ainsi, l'explication par l'attribution à des causes internes à l'individu constitue souvent une impasse. Il est donc nécessaire de la renvoyer en dernière étape, une fois que l'analyse des causes potentielles environnementales a été posée.

2.1.2. Une relation cause-effets non spécifique et une approche probabiliste

Dans le domaine des risques hygiène et sécurité, il existe un grand nombre de situations professionnelles dans lesquelles le lien entre la cause et l'effet sont quasi-mécaniques. Par exemple, une chute du 3ème étage a de grandes chances d'occasionner des fractures. On parle de spécificité du lien entre une cause et un effet.

Toutes les approches du risque sont probabilistes. C'est-à-dire que l'exposition à certains risques augmente la probabilité de développement d'une pathologie. Par exemple, une exposition à l'amiante augmente la probabilité de développement de maladies professionnelles spécifiques telles que fibrose ou cancer broncho-pulmonaire.

Le risque psychosocial se caractérise également par une approche probabiliste. Par exemple, la densification d'un rythme de travail et de la charge mentale ne produira pas

nécessairement des effets néfastes sur la santé de tous les individus mais augmentera la probabilité de décompensation physique ou psychologique d'un certain nombre d'entre eux.

L'une des caractéristiques fondamentales du risque psychosocial est que les atteintes ou les effets ne sont pas déterminés spécifiquement par la nature des causes. Lorsque plusieurs individus sont soumis à des stressors identiques, les effets peuvent se manifester de manières très diverses : décompensations physiques, psychologiques, individuelles ou collectives, etc.

La diversité des réactions s'explique par le fait que le lien entre la cause et l'effet est de nature non spécifique. C'est à dire que le sujet soumis à la pression d'un facteur réagira selon une cartographie qui lui est propre, selon ses ressources disponibles à ce moment-là, le paysage de ses opportunités et de ses contraintes, la mémoire qu'il entretient de situations passées, la croyance qu'il aura de pouvoir dépasser ou régler la situation présente, etc.

Néanmoins, si la relation cause-effets n'est pas spécifique, c'est la probabilité du risque qui doit être retenue. L'ensemble des enquêtes épidémiologiques effectuées sur le sujet démontre une relation indiscutable entre des situations de travail et l'apparition d'atteintes à la santé ou de manifestations psychosociales.

Par exemple, si les exigences en matière d'intensité et de rythme de travail sont très élevées, chaque individu réagira différemment, selon ses capacités et sa situation personnelle, cependant la probabilité des risques d'atteinte à la santé augmentera.

2.1.3. Une compensation de certains facteurs entre eux

Enfin, la santé est un système dans lequel certains facteurs peuvent avoir un effet modérateur ou aggravant selon qu'ils sont combinés avec d'autres facteurs.

Ceci est valable à l'échelle d'une situation de travail où les composantes de la situation se combinent entre elles et aggravent fortement ou au contraire modèrent les effets néfastes sur la santé.

Exemple : une activité à forte charge émotionnelle, comme l'accompagnement de la fin de vie d'un patient, peut générer chez le soignant un stress et une souffrance plus ou moins grands selon que le soutien social de l'équipe est effectif ou inexistant.

Si aucun modèle théorique ne permet de faire une synthèse des évaluations dans le sens d'une équilibration globale des déterminants entre eux, en revanche, de nombreux modèles validés permettent d'assembler certains déterminants (modèles de Karasek, 1979 ; Sigirest, 1996 ; Anderson, Coffey, Byerly, 2002, voir chapitre sur les facteurs de risques psychosociaux et de santé au travail).

Cet aspect constitue d'ailleurs une des caractéristiques importantes de la prévention des risques psychosociaux, puisque lorsque certains risques ne peuvent être supprimés, une partie importante des solutions de prévention consiste à développer des mécanismes de compensation.

2.2. Les quatre niveaux d'atteintes et de manifestations de l'exposition à un risque psychosocial

Nous venons de voir que les effets liés à l'exposition à un risque psychosocial sont variables et non spécifiques. Ces effets peuvent se situer sur quatre niveaux :

- ① les manifestations et atteintes individuelles,
- ② les manifestations collectives de violence,
- ③ les atteintes à la qualité du service à l'utilisateur (ou qualité du résultat produit)
- ④ les atteintes à la vie personnelle.

2.2.1. Les atteintes et manifestations individuelles

De nature physique ou psychologique, le degré de gravité des atteintes est variable en fonction de la durée de l'exposition à une situation à risque.

① Quelques données en matière de santé au travail

La 4^e enquête de la Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, publiée en 2007, porte sur 25 000 travailleurs de l'Union européenne et révèle plusieurs éléments :

- ➡ dans le secteur de l'éducation, 37% des salariés estiment que leur travail affecte leur santé et ils sont 39% dans le secteur du soin ;
- ➡ les travailleurs européens signalent un certain nombre de problèmes de santé comme étant liés à leur travail :

Pourcentage de travailleurs européens signalant des symptômes étant liés à leur travail	
Maux de dos	24,7
Douleurs musculaires	22,8
Fatigue	22,6
Stress	22,3
Maux de tête	15,5
Irritabilité	10,5
Blessures	9,7
Problèmes d'insomnie	8,7
Anxiété	7,8
Problèmes de vue	7,8
Problèmes d'audition	7,2
Problèmes de peau	6,6
Douleurs d'estomac	5,8
Difficultés respiratoires	4,8
Allergies	4,0
Maladies cardiaques	2,4
Autre	1,6

- ➡ les données du Bureau international du Travail (BIT Dublin) montrent qu'en Europe 50 à 60 % de l'absentéisme pour maladie résulte de conséquences du stress.

② Types de manifestations ou d'atteintes à la santé et degré de gravité

Il existe un lien entre la durée de l'exposition à un facteur de risque et la nature et la gravité des atteintes (Vézina et al. 1992). On distingue trois phases de l'exposition qui se caractérisent par des atteintes à la santé physique ou des manifestations comportementales de différents types et de gravité croissante :

- ➔ **La phase 1** se caractérise par des réactions psychophysiologiques (sécrétion accrue d'adrénaline ; fatigue, irritabilité ; troubles du sommeil ; réactions anxiodépressives) et comportementales (sédentarité ; réduction des loisirs sociaux et activités communautaires ; toxicomanie : tabagisme, alcoolisme, consommation de médicaments... ; violence et agressivité).
- ➔ **La phase 2** se caractérise par le déclenchement de pathologies réversibles (hypertension artérielle, anxiété généralisée, troubles d'adaptation, maladies dépressives, troubles musculo-squelettiques).
- ➔ **La phase 3** est l'aggravation de l'état pathologique de manière irréversible (incapacité permanente ; mortalité prématurée ; maladies cardiovasculaires ; suicide ; etc.).

③ Le mécanisme de stress et ses effets

La notion de «stress» est conceptualisée comme un «syndrome général d'adaptation» par Hans Selye dès les années 30. C'est une réponse psycho-physiologique non spécifique de l'organisme face à un danger, une agression ou une pulsion.

Elle se caractérise par une réaction d'alarme, une phase de résistance et une phase d'épuisement. La récupération est possible lorsque le stressor disparaît. Dès lors que l'individu demeure exposé au facteur de stress, la réponse se chronicise et dépasse les capacités d'adaptation de l'individu. Le stress devient pathogène.

La notion de «stress au travail» renvoie aux situations où les travailleurs n'ont plus les ressources pour faire face aux exigences de l'organisation du travail. La situation dépasserait les capacités d'adaptation des individus.

Le «burn out» est un syndrome d'épuisement professionnel (Freudenberger, 1987) consécutif à l'exposition à un stress permanent.

Lorsqu'un élément traumatique important pouvant mettre en péril l'intégrité physique ou mentale d'une personne survient, les effets du traumatisme peuvent se manifester par un syndrome de «stress post-traumatique». C'est la réaction de l'organisme alors même que le stressor a disparu. La réaction de stress peut survenir et se répéter dans les jours, les semaines voire les années qui suivent l'exposition. Elle peut se manifester par des retours permanents des images de l'événement, des troubles psychosomatiques (insomnie, etc.), des comportements (irritabilité, violences, désadaptation sociale, etc.).

Dans les années 70, Henri Laborit découvre que les désordres somatiques liés à l'agression psycho-sociale sont provoqués par un état «d'inhibition de l'action». Dès lors que nos réactions primaires de fuite ou d'attaque face à un stressor ne peuvent se réaliser, les mécanismes neurochimiques et psycho-physiologiques qui se produisent inhibent la capacité d'action de l'individu.

Laborit expérimente trois types de situations dans lesquelles des individus (rats de laboratoire) sont soumis à des situations de stress :

Situation expérimentale 1 : L'individu est dans une cage à deux compartiments. Le plancher du compartiment qui contient la nourriture est périodiquement électrifié. Des signaux l'avertissent quelques secondes avant les décharges et lui donnent la possibilité de se soustraire à la douleur en s'enfuyant dans le compartiment adjacent.

Il passe alternativement d'un compartiment à l'autre sans subir les décharges. L'animal conserve un excellent état général de santé.

Situation expérimentale 2 : Un autre individu est dans une cage mais n'a pas la possibilité de se soustraire aux décharges qui lui sont périodiquement infligées. Il développe dans les huit jours, plusieurs types de désordres biologiques : perte de poids, ulcères à l'estomac, hypertension artérielle. La poursuite de l'expérience s'achève par le décès de l'animal.

Situation expérimentale 3 : Deux individus sont dans un dispositif identique au précédent. Ils développent un comportement agressif l'un envers l'autre et se battent. Mis à part les morsures et les griffures, ils conservent un excellent état biologique de santé.

Si dans le second cas l'exposition au stress a pour conséquence une atteinte à la santé et s'accompagne d'un processus d'inhibition, dans le troisième cas les manifestations se situent sur un niveau relationnel. L'action quelle qu'elle soit -même d'agression-préserve la santé, même en situation très dégradée. On pourrait s'interroger sur ce mécanisme : s'agit-il d'un déni de perception du risque ?

2.2.2. Les manifestations collectives de violence au travail

Il est vrai que les mauvaises relations de travail peuvent être facteur de stress. L'approche psychosociale du risque nous amène à considérer que les manifestations de tension, de violence ou au contraire de cohésion dans les collectifs, sont la résultante des conditions structurelles et culturelles dans lesquelles vivent ces collectifs.

L'explication qui consisterait à dire que, dans un collectif donné, les gens vont mal parce qu'il y a des conflits entre eux peut être vraie mais elle est, a priori, insuffisante. On posera donc systématiquement l'hypothèse qu'il y a des causes objectivables dans l'environnement de travail, qui favorisent l'émergence ou l'emballement de ces tensions.

De manière plus imagée, on cherchera à identifier les «décharges électriques» auxquelles les individus sont soumis (cf. expérience d'H. Laborit relatée ci-dessus).

① La violence au travail

«On appelle violence au travail tout incident au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, de menaces ou d'attaques dans des circonstances liées à leur travail et impliquant un risque explicite ou implicite pour leur sécurité, leur bien-être et leur santé» (Commission européenne, Dublin, 1995).

La violence au travail peut se manifester sous différentes formes : agressions verbales, incivilités, agressions physiques ou encore agressions psychologiques. On distingue traditionnellement la violence externe et la violence interne.

☞ «**La violence externe**» se situe au niveau de la relation aux usagers, aux familles, aux fournisseurs et prestataires, etc. Les postes les plus exposés sont ceux :

- en contact avec le public ;
- au contact de personnes en situation précaire ou en difficulté psychologique (exemples : services sociaux et médicosociaux, services publics, etc.);
- en situation de travail isolé (exemples : interventions à domicile, dépannages, etc.), chargés de l'application de règlements et de recouvrement de créances (exemples : services publics, services contentieux, etc.).

⇒ **«La violence interne»** se situe au niveau des relations d'équipes, relations hiérarchiques, etc. Les phénomènes tels que le harcèlement sexuel, le harcèlement moral, la persécution collective («mobbing»), les brimades et intimidations («bullying»), sont des formes de violences que l'on peut observer au sein de n'importe quel collectif structuré qu'il soit professionnel, familial, scolaire, etc.

On parle également de violence institutionnelle dès lors que des individus sont soumis à des stressors organisationnels, mais nous entrons là typiquement dans le registre des facteurs de risques qui seront développés au chapitre suivant.

⇒ **«Le harcèlement moral»** a pendant quelque temps été la seule notion disponible pour désigner un ensemble de situations de travail génératrices de souffrance et ce, de manière quelquefois excessive. Pour la première fois, on reconnaît une souffrance au travail autre que celle générée par les risques de type hygiène ou sécurité et dont l'effet se situe au niveau de la santé morale des individus.

Le législateur reconnaît également le phénomène de harcèlement sexuel et ces deux notions sont inscrites au Code pénal.

Trois définitions du harcèlement moral coexistent : l'une est juridique, les deux autres sont conceptuelles et relèvent l'une de la psychanalyse et de la psychopathologie, l'autre de la sociologie et de l'anthropologie.

⇒ **Approche juridique du harcèlement moral**, issue de la loi du 17 février 2002 : l'article L 122-49 du nouveau Code du travail stipule que " aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des 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 ". Le harcèlement moral fait également l'objet, dans le Code pénal, d'une incrimination assortie d'une peine d'emprisonnement d'un an et d'une amende de 15 000 € (article 222-32-2 nouveau du Code pénal).

Cette définition juridique du harcèlement moral comporte quatre caractéristiques essentielles (M. Biesok, 2005) :

- la répétition des agissements : un acte isolé, même s'il porte atteinte à la dignité du salarié, n'est pas constitutif de harcèlement moral.
- l'absence de préjudice avéré : il suffit que la dégradation constatée soit «susceptible» d'entraîner les conséquences décrites.
- l'absence de pré-désignation du harceleur : il peut s'agir de n'importe quel membre de l'entreprise sans rapport d'autorité avec le salarié victime.
- l'absence d'intentionnalité des agissements : qui peuvent avoir «pour objet ou pour effet» une dégradation des conditions de travail, etc.

⇒ **Approche psychanalytique et psychopathologique du harcèlement moral**

C'est en fait la définition initiale du harcèlement (Hirigoyen, 1998). Il s'agit d'une relation dominant-dominé dans laquelle la destruction psychologique de la victime est visée par un **«pervers narcissique»** : «*logique froide, avide d'admiration, dépourvu de culpabilité, il est manipulateur et capable de falsification*»¹⁰. Il s'agit d'un mode de fonctionnement pathologique proche de la maladie mentale. La victime se sent coupable, s'isole et se retrouve dans l'incapacité de se défendre. Les témoins n'interviennent pas ou ignorent la situation, complices par lâcheté ou manipulés par le pervers narcissique.

Cette approche initiale évolue et s'élargit par la suite vers une acception plus sociale du phénomène dans le monde du travail (Hirigoyen, 2001).

¹⁰ M.F. HIRIGOYEN,
"Le harcèlement moral,
la violence perverse au
quotidien", 1998

➤ Approche psychosociale et anthropologique du harcèlement moral

C'est celle que nous privilégions dans le cadre d'une approche psychosociale des risques professionnels.

Le phénomène renvoie alors à celui du bouc émissaire (Girard, 1982) qui est le mécanisme par lequel un groupe social évacue ses tensions par le biais du sacrifice d'une victime. Son équivalent en milieu scolaire est aussi le «school bullying».

Il ne s'agit pas tant de la personnalité perverse narcissique d'un individu, mais plutôt de l'expression débridée des comportements pervers de tout un chacun rendue possible par un consensus, du moment où «tous» vont s'unir «contre un» afin de réduire la tension interne du groupe et d'éviter sa propre dislocation.

L'une des conditions du phénomène qui le rend d'autant plus redoutable est que la victime se doit d'être «crédible» en tant que telle. C'est-à-dire que le choix inconscient de la victime par le groupe ne se porte pas au hasard. Il y a nécessité d'un «typage» de la victime qui peut aller de la différence physique ou sociale la plus visible à des différences plus élaborées comme la compétence par exemple. Là encore, la victime se trouve dans l'impossibilité de se défendre. Son attitude défensive, son sentiment (justifié) de persécution mais aussi de culpabilité, l'amènent à poser des actes jugés «déalés» qui autorisent d'autant plus l'exclusion et les agressions dont elle fait les frais.

Un autre éclairage est donné par Christophe Dejours pour qui le harcèlement moral est une pathologie de la solitude et de l'isolement dont la possibilité émerge lorsque les systèmes d'appartenance sont déstructurés, la construction de normes sociales et des solidarités mise à mal et l'injustice sociale banalisée voire justifiée (Dejours, 1998).

➤ Quelques données en matière de violences au travail

La 4^e enquête de la Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail publiée en 2007 révèle que :

- 6% des travailleurs européens sont exposés à des situations de violence, toutes professions et tous secteurs confondus ;
- de tous les secteurs professionnels, c'est dans le secteur de la santé et de l'action sociale que le risque de faire l'objet d'actes de violence et de harcèlement est le plus grand (15,2% des professionnels).

Le taux de risque reste largement au-dessus de la moyenne dans les secteurs du transport et des communications (11,5%) ainsi que dans l'administration publique (10,8%). Ceux de l'hôtellerie, de la restauration (8,1%) et de l'éducation (7,9%) sont également au-dessus de la moyenne.

Pour les professionnels des secteurs de la santé et de l'action sociale, un niveau élevé de compétence ou de spécialisation ne semble pas offrir de protection contre la violence, puisque les spécialistes et ceux qui occupent généralement les positions hiérarchiques semblent légèrement plus affectés que les professions intermédiaires supérieures. Pour ces dernières, le risque de violence peut émaner aussi bien des personnes appartenant au même lieu de travail que de personnes n'y appartenant pas.

2.2.3. Les atteintes à la qualité de la prise en charge et les risques de maltraitance

La question de la qualité perçue et réelle du travail est au centre des questionnements actuels en matière de santé au travail. Les travaux d'Yves Clot explorent cet aspect que nous aborderons plus loin (voir paragraphe 2.3.1.).

Notons qu'il y a une grande spécificité des risques professionnels pour les secteurs d'activité dont le fondement est la relation d'aide, éducative ou de soin. En effet, la relation à l'usager elle-même peut constituer un risque professionnel.

Exemples :

- *un accès de violence de la part d'un usager accueilli peut dérouter et insécuriser un professionnel dont la réaction émotionnelle peut être en miroir à cette agression ;*
- *un professionnel peut à tout moment être remis en cause ou suspecté de maltraitance.*

Les risques professionnels et les risques de maltraitance institutionnelle sont intimement et irrémédiablement liés dans un système en boucle où les conditions de travail et l'état moral des professionnels rejaillissent sur l'état moral des usagers et inversement.

Les dysfonctionnements organisationnels peuvent être à l'origine de situations à risques psychosociaux pour les professionnels et, en cascade, ils sont également propices à la survenue de phénomènes de maltraitance. Une analyse des signalements de maltraitance institutionnelle montre que dans 70% des cas signalés, on repère un dysfonctionnement organisationnel dans la structure d'accueil (P. Blanc ; J.M. Juilhard, 2002-2003).

Rappelons que l'une des définitions retenues pour qualifier la maltraitance est celle-ci :

«Est une violence institutionnelle toute action commise dans et par une institution, ou toute absence d'action qui cause (à un enfant ou une personne vulnérable) une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure» (Tomkiewicz, Vivet, 1991)

C'est dans cette relation indissociable entre la souffrance au travail et la maltraitance institutionnelle que réside la spécificité la plus saillante des secteurs sanitaire, éducatif et sociaux par rapport aux autres secteurs professionnels (industrie, agriculture,...).

2.2.4. Les atteintes à la vie personnelle et à l'entourage

On observe de lourds enjeux autour des rapports entre le travail et le hors-travail. Si la conciliation entre ces deux sphères ne s'opère pas, on observe des incidences pour l'individu (risque de burn-out, augmentation du stress), des incidences pour l'entourage et des incidences pour les entreprises.

Plusieurs études (Anderson, Coffey, Byerly, 2002) ont montré que le conflit travail-famille était corrélé avec une moindre performance, un sentiment d'insatisfaction au travail, un absentéisme élevé, une démotivation importante, une volonté de quitter l'entreprise et de fortes intentions de turn-over.

Si dans certains cas les atteintes ne sont pas forcément sur l'individu au travail - qui peut parfois se satisfaire de sa situation un certain temps - elles dépassent la sphère travail en atteignant les membres de la famille (risques de décrochage social ou scolaire des enfants, divorces, etc.).

2.3. Les facteurs de risques psychosociaux et de santé au travail

L'une des caractéristiques du risque psychosocial par rapport au risque hygiène et sécurité est la subjectivité de la perception du risque. Il est fréquent, lorsque les individus s'expriment sur leur perception des «stresseurs» professionnels, de voir incriminés des éléments comme la charge de travail, le manque de considération, d'autonomie et de responsabilités ou encore le manque de ressources, etc. On constate alors que le seuil supportable d'acceptation par exemple d'une charge de travail est différent pour chacun ou que l'autonomie peut constituer une source de stress pour certains et de plaisir pour d'autres. Bref, là où certains perçoivent un facteur évident de stress, d'autres ne voient qu'une caractéristique négligeable de la situation de travail, voire un élément de motivation.

Néanmoins, plusieurs recherches ont permis d'objectiver certains facteurs ainsi que des combinaisons de facteurs, comme ayant une influence sur la santé, soit en augmentant la probabilité des atteintes à la santé, soit au contraire en atténuant l'impact d'un risque.

2.3.1. La qualité du travail

Les travaux en psychopathologie classique du travail (Amiel et Sivadon, 1969 repris par Dejours, 2000) ont mis en évidence l'importance du sens du travail pour l'individu. Le conflit entre la contrainte de l'organisation et le désir de l'individu débouche sur un état de santé au travail marqué par la souffrance.

Pour Yves Clot (2010), le sentiment du «travail bien fait» constitue la source essentielle de satisfaction et de bonheur dans le travail. D'un point de vue psychosocial, le travail est constructeur de sens, il participe à la fois au processus de socialisation, de construction identitaire et de réalisation de soi.

L'insatisfaction, la déstructuration de l'estime de soi et le stress peuvent survenir lorsque les contraintes organisationnelles ne permettent plus de réaliser une activité avec un niveau de qualité satisfaisant, lorsqu'un individu ne perçoit plus le sens de sa contribution ou encore quand les activités à accomplir sont en désaccord avec ses valeurs (dissonance cognitive, Festinger, 1957) ou avec les valeurs intégrées dans le cadre de la culture organisationnelle antérieure.

On peut citer en exemple les techniciens qui vivent très mal les évolutions des niveaux de qualité dans les services. Leur responsable leur demande de ne plus faire de «sur-qualité», ce qui est systématiquement entendu comme «faire de l'abattage», ou bien les flux de dossiers qui s'empilent sur les bureaux ne permettent plus de partir en fin de journée en laissant des bureaux «propres». Dans ces cas-là, la souffrance est générée par l'écart grandissant entre la vision de l'opérateur (et son système de valeurs) et l'évolution des attendus de son employeur qui sont vécus comme une source de dénigrement permanent.

C'est en revanche lorsque la manière de travailler est vécue comme acceptable tant au niveau quantitatif que qualitatif que l'organisation est perçue comme structurante pour l'identité (St-Arnaud et Vezina, 1993).

2.3.2. La charge de travail

La perception par l'individu d'une surcharge de travail est une source de stress évidente.

L'analyse de la charge de travail passe par deux dimensions : quantitative (somme de travail à accomplir) et qualitative (difficulté, complexité de la tâche, conflit de tâches). On parle aussi de charge de rôle : cela renvoie aux situations dans lesquelles les employés ont trop de responsabilités. Ces dimensions sont indépendantes mais elles peuvent se combiner pour donner lieu à différents types de situations.

Les employés qui indiquent avoir trop de travail ou trop d'échéances à respecter ont davantage de stress que leurs collègues moins chargés (Rosa, Colligan, Lewis, 1989). Les individus peuvent faire face en allongeant les journées de travail. À long terme, cela peut générer du stress, de la fatigue et des douleurs physiques.

La sous-charge de travail, quant à elle, apparaît quand l'activité fait défaut. La sous-charge et le travail routinier peuvent conduire les individus à sous-estimer leurs compétences et donc à s'ennuyer, à se sentir inutiles. L'insuffisance de travail peut également contribuer au développement de problèmes de santé (Brun 2003).

Notons que la surcharge ou la sous-charge de travail ne renvoient pas à des seuils normés et reconnus. Le débat social sur l'acceptabilité d'un niveau de charge renvoie d'ailleurs à un enjeu actuel de la prévention des risques psychosociaux.

2.3.3. Équilibre entre la charge mentale et l'autonomie décisionnelle

Karasek (1979), Karasek et Theorell (1990) proposent deux variables déterminantes du degré de tension du travailleur : la charge de travail physique ou mentale et l'autonomie décisionnelle.

La charge mentale renvoie à une dimension quantitative et/ou qualitative : volume d'activité, amplitudes horaires, mais aussi complexité de l'activité, responsabilités, rythmes et délais, etc. L'autonomie décisionnelle renvoie à la possibilité d'agir sur son activité : prioriser les demandes, influencer sur le contenu des tâches, le rythme, la charge, la cadence, le choix de méthodes de travail, etc.

Tant que l'individu dispose d'un contrôle suffisant sur son activité, la charge de travail peut être élevée mais ne sera pas forcément génératrice de stress. En effet, une activité dense combinée à une grande autonomie peut être motivante et source d'accomplissement. À l'inverse, une charge élevée, combinée à une faible maîtrise de l'activité, est génératrice de stress et de décompensations pathologiques. Ou encore, une sous-charge de travail combinée à une faible autonomie contribue à la passivité et à l'ennui.

Exemple : un chef de service qui pilote le planning d'une équipe maintiendra un bon niveau de santé si la marge de manœuvre dont il dispose est suffisante pour gérer la complexité et l'importance de sa charge de travail.

Notons cependant que l'effet positif d'une charge élevée combinée à de l'autonomie n'est plus possible au-delà d'une certaine limite de charge qui reste à définir.

2.3.4. Justice organisationnelle et équilibre entre efforts et récompenses

Le modèle de Siegrist (1996) ou modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses explore trois dimensions : les efforts extrinsèques, les efforts intrinsèques et la récompense ;

- ➔ les efforts extrinsèques se définissent par des contraintes professionnelles telles que les contraintes de temps, les interruptions, les responsabilités, la charge physique et une exigence croissante du travail ;
- ➔ les efforts intrinsèques correspondent à des facteurs de personnalité traduisant des attitudes et motivations associées à un engagement excessif dans le travail ;
- ➔ les récompenses prises en compte dans ce modèle comprennent les gratifications monétaires (salaire), l'estime (qui est la considération renvoyée par les pairs, la hiérarchie ou les usagers, etc.), le contrôle sur son propre statut professionnel en termes de perspectives de promotion et de sécurité de l'emploi.

D'autres auteurs identifient d'autres rétributions telles que la mise à disposition des ressources pour effectuer l'activité, l'accès aux informations et la participation aux processus

décisionnels, le soutien social et hiérarchique ...qui sont considérés comme entrant en jeu dans le ratio contributions/rétributions.

Exemple : le chef de service vivra extrêmement mal les critiques de son équipe ou de son directeur qui porteraient sur un défaut dans les plannings de travail, dès lors que son engagement a été au maximum et la marge décisionnelle insuffisante pour pallier les absences des personnels.

Les effets positifs du travail dépendent de la manière dont l'individu perçoit l'équilibre entre sa contribution et la récompense mais aussi de la possibilité qu'il a de contrôler les bénéfices qu'il en retire sur le long terme. Si l'individu perçoit un déséquilibre entre ses gains et ses coûts, cela activera les réactions de tension.

Le stress engendré par un déséquilibre entre l'effort et la récompense apparaîtra dans trois types de situations :

- ➔ quand le manque d'alternative sur le marché empêche l'individu de quitter un emploi, même perçu comme peu enviable. Les coûts liés à la prise de risque de quitter l'emploi sont perçus comme supérieurs à ceux qu'engendre la situation actuelle. Néanmoins, le déséquilibre est très mal vécu ;
- ➔ quand, pour des raisons stratégiques, le salarié accepte une situation de déséquilibre désavantageuse momentanément, ceci afin d'augmenter ses chances de promotion dans le futur. Lorsque finalement les résultats espérés ne se produisent pas, l'impact est parfois très violent ;
- ➔ quand l'individu fait preuve d'un engagement excessif qui se traduit par des efforts surdimensionnés pour répondre aux exigences du travail et par un fort désir d'être approuvé et estimé. Les individus ne sont parfois plus à même d'évaluer correctement le ratio coûts/bénéfices. La récompense n'est souvent pas à la mesure des efforts fournis.

On observe un déséquilibre entre les efforts et les gains qui conduit à un épuisement émotionnel et à des manifestations d'attitudes négatives. Dans ces modèles, la notion de récompense se limite aux gains perçus par l'individu. Néanmoins, cela peut faire écho à une notion plus large qui est issue des théories de l'équité. Il s'agit de la perception par le salarié que l'organisation traite équitablement les individus qui la composent.

L'ensemble des notions précédentes est englobé dans l'acceptation plus large de «justice organisationnelle». Celle-ci traite des perceptions du salarié concernant son traitement par l'organisation dans laquelle il travaille. Elle comporte :

- ➔ la justice procédurale (Thibaut et Walker, 1975) qui est l'évaluation de la qualité des processus décisionnels. C'est à dire la perception de la justice des processus mis en œuvre pour aboutir à une décision et la possibilité pour l'individu de participer et d'influencer les décisions ;
- ➔ la justice distributive (Adams, 1965). C'est l'évaluation du ratio contributions/rétributions et la perception de justice des récompenses allouées aux individus ;
- ➔ la justice interactionnelle composée de la justice interpersonnelle (qualité des relations supérieurs-subordonnés qui est aussi considérée comme une rétribution) et de la justice informationnelle (les explications fournies sur les motifs et moyens mis en œuvre pour prendre une décision). Notons que la justice interactionnelle renvoie à la dimension humaine des pratiques organisationnelles. Elle est le meilleur prédicteur des comportements de citoyenneté organisationnelle, du retrait et des réactions négatives, alors que les justices procédurales et distributives sont les meilleurs prédicteurs de la satisfaction et de l'engagement individuel (Colquitt, 2001).

2.3.5. Rupture dans l'équilibre vie au travail / vie hors travail

Le sacrifice plus ou moins important de la vie personnelle et familiale était généralement admis depuis longtemps comme un principe incontournable de la carrière des cadres, hommes ou femmes. Aujourd'hui, il fait de moins en moins l'objet d'un consensus social. La culture française en la matière reste cependant encore très marquée par cette idée à la différence de certains voisins d'Europe du Nord.

Les enjeux autour de cet équilibre commencent à être mis en lumière (Anderson, Coffey, Byerly, 2002). Par exemple :

- ➔ des horaires de travail trop chargés peuvent freiner, voire empêcher la conciliation des responsabilités professionnelles et personnelles ou familiales ;
- ➔ le fort engagement professionnel d'un individu, qui a rendu plus difficile l'exercice parental pendant une longue période et a fait le vide au plan des relations amicales hors travail, pourra aboutir à un sentiment de naufrage si le résultat professionnel est très éloigné des prévisions.

L'un des exemples prototypiques de cette problématique de l'équilibre est celui du célibat géographique, temporaire ou à long terme. Des expertises menées à la demande des CHSCT dans de grandes entreprises françaises montrent que, au-delà de l'impact sur la sphère familiale, les professionnels en situation de célibat géographique surinvestissent ces périodes (amplitudes horaires au-delà de la norme, rythme accru concentré sur certains moments de la semaine, ...) et sollicitent leur entourage professionnel de manière parfois excessive : programmation de réunions de travail le soir, demandes de travail envoyées par messagerie hors des horaires normaux, etc.

La mobilité géographique subie sans autre possibilité de choix et qui met en demeure les salariés et leurs familles de s'adapter, fait également partie des facteurs incriminés dans le cadre de la vague de suicides qui a récemment touché certaines entreprises.

2.3.6. Le conflit de rôles ou la double contrainte

On peut définir le conflit de rôle (Kahn et al. 1964) ou la double contrainte (Bateson, 1971), comme la présence simultanée de comportements attendus mais contradictoires. Un comportement entrave la réalisation d'un autre. Les attentes pouvant provenir d'une ou plusieurs sources. Il en va ainsi de l'assignation d'objectifs contradictoires, où la réalisation de l'un est antinomique avec la réalisation de l'autre, mais où l'individu ne peut se soustraire à aucun des deux.

Exemple : pour un directeur de structure sanitaire, cela peut être l'impératif d'appliquer une politique de réduction des effectifs qui contribue à dégarnir le taux d'encadrement des patients - dont par ailleurs les pathologies s'alourdissent - combinée à l'affichage d'un niveau de qualité de la prise en charge toujours plus élevé, qui se décline dans un référentiel d'activité précis, et dont la mise en œuvre est rigoureusement contrôlée. Le dirigeant est sanctionné en cas de manquement à l'un ou l'autre de ces objectifs.

On peut aussi parler de conflit voire d'ambiguïté de rôles lorsque la réalisation d'une mission nécessiterait un statut supérieur à celui de l'individu. La légitimité, l'autorité, le pouvoir, la responsabilité sont insuffisants pour mener à bien la mission mais les résultats sont néanmoins attendus.

2.3.7. Le soutien social combiné à chacune des autres situations de travail

Le soutien social peut être entendu comme un prédicteur de santé lorsqu'il est effectif et constitutif de l'environnement de travail (Côté, Bélanger et Jacques, 1998). À l'inverse, son absence dans l'environnement de travail est un facteur aggravant des situations à risque.

Il convient de distinguer la notion de réseau social, qui d'un point de vue quantitatif est le nombre de liens sociaux qui relie l'individu à son environnement, et la notion stricte de soutien social, qui renvoie à la qualité et à la nature des liens.

Le soutien social peut être instrumental (décharge d'activité, aide pratique, etc.), informatif (conseil, avis, etc.), émotionnel (protection, écoute, réconfort...) ou d'estime (réassurance sur la valeur de la personne). Généralement, ce que l'on appelle «l'esprit d'équipe» s'apparente au soutien social.

Plus généralement, la défaillance du lien social peut aller de la simple distension des liens sociaux en qualité ou en quantité (par exemple l'isolement produit par les prises de travail décalées lors d'un réaménagement et d'une réduction des temps de travail, ou l'affaiblissement du soutien managérial du fait d'une réduction du taux d'encadrement, ou encore des activités qui isolent l'individu sans qu'il ne soit prévu de structure de soutien, etc.), jusqu'aux situations où les relations sont dégradées et s'expriment par des conflits, de la violence, du harcèlement moral.

Certains travaux ont démontré l'influence du soutien social sur la manière dont les individus faisaient face au stress professionnel (Roussel-Monfajon, 2004). Face à une activité fortement stressante (autonomie très faible combinée à une charge mentale élevée) les individus soutenus par leur équipe et leur hiérarchie développent des conduites d'adaptation à l'activité. Ils rationalisent leur conduite afin de se sentir en accord avec eux-même, c'est-à-dire qu'ils développent une explication de leur situation professionnelle qui leur permet de la rendre plus acceptable. Ils se sentent moins stressés et plus confiants dans l'avenir. À l'inverse, face à une situation de travail identique, les individus peu soutenus développent plus de résistance aux changements, mettent en place des stratégies de contournement des objectifs de travail et des contraintes. L'impact sur leur état de santé morale et psychologique est négatif. Ils se sentent plus stressés et inquiets pour l'avenir.

2.3.8. Les risques inhérents à une nouvelle forme d'organisation du travail : le cas de l'organisation matricielle

L'organisation matricielle vise à mettre en synergie les structures métiers et les structures projets ou processus. Les acteurs sont rattachés à plusieurs responsables différents : le responsable hiérarchique du métier et le(s) responsable(s) projet(s). Les sources d'informations et de commandement proviennent d'autorités hiérarchiques ou non, de poids égaux ou différenciés. C'est le principe d'une coopération horizontale entre différentes autorités interdépendantes qui négocient en permanence leurs objectifs respectifs pour aboutir à un résultat. Ce type d'organisation se substitue au modèle hiérarchique vertical traditionnel.

Comme le montrait H. Mintzberg (1982), ce type de structure est à la mesure de la rapidité des évolutions de l'environnement et de sa complexité. Les organisations se structurent donc ainsi en réponse aux impératifs de productivité et de réactivité auxquelles elles sont soumises, mais aussi pour faire face à la multiplicité des logiques qu'elles doivent intégrer au quotidien : logiques de territoires, politiques, administratives, légales et réglementaires, finan-

cières, logiques de marché ou de besoins des usagers, logiques partenariales, logiques professionnelles et de métiers, etc.

Ce mode d'organisation s'est beaucoup développé dans les logiques de projet pour lesquelles il s'agit de réunir rapidement et pour un temps donné, des compétences provenant de différents secteurs ou métiers en dehors des logiques hiérarchiques traditionnelles. Il s'est maintenant largement développé y compris dans la logique de production quotidienne de manière pérenne, tout d'abord dans le secteur de l'industrie puis progressivement dans l'ensemble des secteurs d'activité et aujourd'hui, dans le champ sanitaire, social et médico-social.

Tous les modes d'organisation comportent leurs risques et leurs avantages. Les risques inhérents à l'organisation matricielle sont les suivants (Appourcheaux, Barbery, Jayet, Mignacca et Roussel-Monfajon, 2008) :

- ➔ affaiblissement, voire disparition des mécanismes traditionnels de régulation dans les collectifs de travail qui sont traversés par des logiques multiples : empilement des activités et des exigences, absence de consignes claires sur les priorités et les possibles renoncements, zapping entre les priorités au gré des événements et des exigences, surcharge de travail pour faire face à la multiplicité des demandes (sentiment d'épuisement et de travailler dans un système qui n'est plus régulé) ;
- ➔ passage en force sur des activités devenues prioritaires bouleversant l'activité des collectifs, affrontement entre personnes (clashes, crises de larmes, explications vives...). Impasses inévitables sur des projets, celles-ci pouvant être dévoilées avec brutalité dans un climat électrique, sentiment de flou organisationnel et de perte de maîtrise de la situation ;
- ➔ prévalence des jeux d'acteurs et des itinéraires personnels au détriment des régulations collectives ;
- ➔ perte de lisibilité dans l'organisation qui devient difficile à décrypter, perte de compréhension, de vue d'ensemble.

2.4. Conclusion

Toute forme de manifestation est symptomatique et est forcément déclenchée par un facteur quel qu'il soit, en lien ou non avec le travail.

On considérera donc que l'affichage d'un problème est souvent interpersonnel (tensions, conflits) ou individuel. Il révèle en effet bien souvent les personnalités des individus, leurs faiblesses, leurs plus ou moins grandes névroses, leurs rivalités... mais il faudra toujours et avant tout aller rechercher dans l'environnement de travail les causes sous-jacentes de toute manifestation de santé ou de tension.

L'approche psychosociale consiste à poser de manière systématique l'hypothèse de départ qu'il y a peut-être dans la situation de travail des facteurs qui ont déclenché ou bien contribué ou encore atténué l'apparition de ces symptômes.

L'analyse approfondie de l'ensemble des composantes de la situation de travail permettra, in fine, de caractériser l'influence que celle-ci peut avoir sur l'état de santé des individus ou des collectifs.

3. Méthodologie d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux dans le secteur

La mesure des risques psychosociaux n'est pas encore stabilisée. Les modèles conceptuels, les outils d'évaluation et les dispositifs de prévention sont actuellement en cours de développement.

Afin de répondre aux attentes des établissements du secteur en matière d'identification, de traitement et de prévention des situations de souffrance au travail, Unifaf Rhône-Alpes a initié une Action Prioritaire Régionale sur cette thématique. Dans ce cadre, une formation-action a été proposée aux établissements de la région. Pour les accompagner, Unifaf a fait le choix d'un cabinet-conseil habilité à l'évaluation externe par l'ANESM et par la CRAM comme Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) spécialisé sur les risques psychosociaux.

Le présent chapitre reprend la démarche suivie lors de cette formation, à savoir :

- ❶ présentation du référentiel d'analyse des risques psychosociaux illustré par des exemples spécifiques du secteur ;
- ❷ rappel des enjeux du processus d'évaluation des situations. Comment et qui peut juger de l'importance du risque ? La notion d'acceptabilité sociale du risque ;
- ❸ établissement d'une typologie des démarches possibles en établissement en fonction de la situation de celui-ci. Les enjeux, objectifs et déroulements respectifs de chaque type de démarches seront développés.

3.1. Référentiel d'analyse des risques psychosociaux

Comment déterminer si une situation de travail est potentiellement à risque ?

C'est dans un premier temps par une approche analytique que l'on va décomposer et caractériser les différents aspects des situations de travail. Ce guide sert à faciliter l'exploration des situations de travail.

Nous décomposons la vie au travail selon cinq grands champs d'influence. Le choix de ces cinq champs a été fait au regard de la littérature en vigueur en accord avec les réflexions les plus récentes, voire même en cours de construction¹¹.

- ➡ Le lien à l'activité professionnelle ;
- ➡ Le lien et le soutien social ;
- ➡ Le lien managérial ;
- ➡ L'organisation et le processus décisionnel ;
- ➡ Le lien à l'emploi et l'environnement du poste.

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

CRAM : Caisse régionale d'Assurance Maladie.

11 Le rapport intermédiaire du collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS (présidé par M. Gollac de L'INSEE, 2009) propose des indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail assez proches du guide d'analyse que nous proposons ici.

Chaque champ se décline en différents facteurs en nombre limité. Si ces champs sont identiques d'un secteur d'activité à un autre, les facteurs en revanche peuvent varier en fonction de la spécificité du métier.

Une série de situations réelles, illustratives de situations professionnelles propres au secteur social, médico-social et sanitaire est proposée pour faciliter la réflexion et l'utilisation de ce référentiel.

3.1.1. Le lien à l'activité professionnelle

Comme en ergonomie classique, c'est le tout premier domaine d'exploration des situations de travail et le plus conséquent. Il s'agit d'explorer le cœur de métier et la nature du lien à celui-ci. On distinguera plusieurs déterminants :

① La qualité du travail

On peut la définir comme la possibilité de réalisation d'un «travail bien fait». Elle peut s'objectiver au travers de données quantitatives (temps imparti pour réaliser une tâche de manière satisfaisante, nombre d'usagers ou d'activités à encadrer pour un professionnel, etc.) ou qualitative (la qualité perçue par le professionnel).

Le «travail empêché», le manque de contrôle sur sa propre activité mais également l'impossibilité de renoncer à des choix ou à des gestes professionnels personnalisés, du fait d'une standardisation des procédés de travail ou d'une massification des prises en charge, contribuent à la frustration de ne pas pouvoir effectuer un travail de qualité.

Exemple : l'infirmière alimente à la cuillère chaque patient de l'unité où la dépendance est extrême. Les contraintes d'horaires de repas du service l'obligent à les faire manger trop rapidement par rapport à leur propre rythme et parfois, à faire manger trois patients à la fois. Elle a le sentiment de mal travailler et de mal s'occuper des patients.

Exemple : l'éducateur en protection de l'enfance est ulcéré par la situation du petit Maxime. Il pense que le mieux serait de le placer dans une famille d'accueil mais faute de place disponible, l'enfant reste pour le moment en observation au foyer départemental d'accueil d'urgence. Il n'a pas assez de temps pour assurer un accompagnement éducatif suffisant.

② La charge de travail

Une charge de travail peut être définie par un volume de travail à réaliser dans un temps donné ou par des amplitudes horaires larges. On peut parler d'envahissement professionnel quand elle déborde largement, obligeant le professionnel à des amplitudes horaires bien au-delà des normes.

L'analyse de la charge doit tenir compte de la complexité des tâches, de l'adéquation des compétences pour réaliser la tâche et enfin de la possibilité qu'a le professionnel de gérer les priorités. Ces trois facteurs vont en effet atténuer ou aggraver l'impact de la charge.

L'analyse de la charge intègre des données objectives quantitatives et qualitatives (la cohérence entre la charge réelle et la charge prescrite) ainsi que des données subjectives (la charge perçue par la personne).

Exemple : le directeur arrive le matin (7h30) avant la prise de travail de l'équipe du matin et repart le soir après les équipes (19h30). Il prend du travail à la maison et pendant les vacances. Il ne prend pas tous ses congés et ne récupère pas ses heures. Il se sent débordé et a du mal à décrocher. Le soir, il prend des médicaments pour trouver le sommeil.

À l'inverse on peut identifier une sous-charge de travail, soit par manque d'activité, soit par impossibilité de réaliser une tâche. La sous-charge peut aussi constituer un facteur de risque.

Exemple : les activités du bloc opératoire ont cessé, elles ont été transférées dans une autre structure. Les professionnels sont toujours là, ils se mettent en tenue de bloc tous les matins et attendent !

Il faut être très vigilant dans l'analyse de la charge et distinguer ce qui relève de la charge réelle et de la charge prescrite. En effet, certains mécanismes plus ou moins informels de régulation d'une charge élevée théoriquement (charge prescrite) permettent de la rendre acceptable car, dans la réalité, certaines activités sont laissées de côté ou le niveau d'exigence de qualité est faible (charge réelle). Dans ce type de situations, la charge de travail ne constitue pas un risque psychosocial.

Exemple : j'ai plus d'activités à faire que ce que je peux en réaliser mais on me laisse prioriser et cela me permet d'éliminer ou de différer des tâches. Je fais valider mes priorités et en cas de problème, mon chef me soutient.

Exemple : j'encadre seule les sept jeunes du groupe de 8 à 12 ans, y compris lorsque je dois réaliser des activités de rédaction de dossiers (bilans, courriers aux parents, etc.). Quand c'est le cas, je leur donne une activité ludique à faire et je leur dis que je ne suis pas disponible pendant 2 heures. Ça se passe bien.

③ La charge de travail émotionnelle

Elle peut se définir comme le travail qu'effectue une personne pour produire ou inhiber des sentiments de façon à les rendre « appropriés » à la situation de travail. Cette « maîtrise » des émotions passe par la compréhension, l'évaluation et la gestion de ses propres émotions ainsi que par la compréhension de celles des autres.

Elle ne s'objective pas forcément par une amplification des heures de travail, ce sont plutôt la fréquence des situations difficiles, l'intensité de l'effort à fournir pour contrôler ses émotions, l'inquiétude ou le sentiment de débordement ressenti par le professionnel pour y faire face qui devront être appréciés.

Exemple : l'éducateur est confronté à des comportements déroutants et inconnus de jeunes adolescents (violence extrême, automutilation...) Il ne sait comment se comporter pour calmer ces crises de violence aiguë sans laisser transparaître ses inquiétudes.

Exemple : le professionnel de l'unité de fin de vie se retrouve confronté à la mort de patients dont il s'occupe depuis des années et au désarroi des autres résidents de l'unité face aux décès qui se succèdent. Il ne sait comment gérer son propre sentiment de détresse.

Exemple : le remplaçant qui arrive sur le poste ne connaît pas les usagers et ne dispose pas d'informations sur les rituels de chacun et leur situation. Néanmoins, il doit assurer la prise en charge quotidienne.

④ Le glissement des rôles et des responsabilités :

C'est la reventilation des rôles et des missions qui s'opère :

- ➡ soit dans le sens d'une perte de la marge de manœuvre à des postes qui avaient auparavant la prérogative pour agir,
- ➡ soit à l'inverse dans le sens d'une augmentation des responsabilités sur des postes moins qualifiés dont le statut ne facilite pas toujours la mise en œuvre.

Exemple : l'éducateur spécialisé assurait la partie éducative de la prise en charge. Maintenant il doit animer l'équipe pluridisciplinaire sur laquelle il n'a pas d'autorité hiérarchique, faire la synthèse, formaliser et valider le projet personnalisé de l'utilisateur. Il doit veiller à la cohérence des différentes interventions professionnelles autour du projet mais il ne sait pas vraiment ce que fait chacun au quotidien et n'a pas les moyens de le contrôler.

Exemple : la maîtresse de maison de l'unité x assurait en partie une fonction éducative et d'accompagnement social. Elle est maintenant essentiellement repositionnée sur des fonctions d'entretien de la propreté de l'unité. Sa légitimité pour exprimer un avis sur la prise en charge n'est pas toujours reconnue.

Exemple : on a de plus en plus de soins à faire car les pathologies sont plus lourdes mais on ne sait plus où sont les limites de nos interventions. Chacun fait de tout et ça s'accompagne de tensions entre les AMP et les auxiliaires de soins qui ont le sentiment que leur cœur de métier n'est plus reconnu.

5 L'adaptation des pratiques et compétences professionnelles aux situations de travail

Il peut s'agir d'une mutation des activités professionnelles et du cœur de métier liée à une évolution technologique ou à l'évolution des besoins des usagers. Les compétences requises ou les pratiques professionnelles pour faire face aux nouvelles situations de travail ne sont pas assez développées.

Exemple : l'AMP doit assurer des soins physiques et des toilettes quotidiennes mais elle se sent en difficulté car elle n'a pas le savoir-faire technique des soignants et la posture qui permet d'intervenir dans l'intimité du résident sans le gêner et se sentir elle-même gênée.

Exemple : le moniteur se retrouve confronté à des manifestations pathologiques dont il ne comprend pas le sens et il ne sait comment faire face pour les canaliser ou les gérer.

3.1.2. Le lien et le soutien social

1 L'isolement dans l'activité

Il est lié à la situation du poste, il peut être géographique (poste isolé sur un territoire), lié aux horaires de travail ou encore à la singularité de la mission. Notons que l'isolement d'un professionnel renvoie à d'autres causes qui peuvent relever par exemple d'une carence de soutien par la hiérarchie, d'une absence de mécanismes de collaboration avec un collectif de travail (réunions d'équipe, résolutions de problèmes en collectif métier...), d'une organisation inadaptée (territoire surdimensionné dans le cadre d'un management à distance), etc. Nous détaillerons ces facteurs dans les sections suivantes.

Exemple : le veilleur de nuit est seul avec les résidents. Lorsqu'un problème survient, il doit le gérer seul. Le relais avec l'équipe du matin ne lui laisse pas la possibilité d'exprimer les difficultés rencontrées.

2 Le fonctionnement du collectif

Il s'agit des mécanismes d'entraide et d'écoute (soutien émotionnel ou instrumental), de la capacité du groupe à débattre ou pas, de l'existence ou non de valeurs et croyances partagées. Il peut également s'agir de phénomènes de violence dans le collectif pouvant se traduire par l'apparition de clans et par l'exclusion / stigmatisation de membres du groupe.

Exemple : l'équipe constitue un soutien certain. Lorsque je suis en difficulté, je peux demander de l'aide ou un avis.

Exemple : l'équipe doit assurer la prise en charge d'un usager particulièrement difficile à gérer (accès soudains de démence, agressivité...). Chacun fait comme il le peut et cela s'accompagne de remises en cause mutuelles des pratiques professionnelles, de conflits interpersonnels au sein de l'équipe.

Exemple : l'assistant familial accueille un jeune qui le met en difficulté. Il n'ose plus dire à l'équipe éducative que le placement se passe mal car il sent que l'on va remettre en cause ses capacités.

Exemple : l'équipe est soudée mais l'un des membres, dont le comportement n'est pas conforme, fait régulièrement l'objet de récriminations voire de moqueries.

Exemple : je vois bien qu'il y a des choses qui ne sont pas toujours très bien traitées dans la pratique d'un collègue. Une fois, je l'ai signalé au cadre et toute l'équipe m'est ensuite tombée sur le dos. Alors maintenant, on ne dit plus rien !

Exemple : l'équipe est un creuset d'amplification dramatique de tout événement. Les manifestations émotionnelles d'humeur, d'angoisse, de colère ou de tristesse sont exacerbées. Les passages à l'acte sont fréquents et hors normes, ils peuvent atteindre gravement certains individus du groupe.

3.1.3. Le lien managérial

① Les marges de manœuvre du manager

Il s'agit pour le manager de la possibilité qu'il a de décider, d'intervenir sur l'activité, de faire remonter ses analyses et points de vue.

Exemple : le directeur voit peu à peu ses prérogatives et marges de manœuvre glisser vers la direction générale. Il n'a plus la possibilité de décider de l'affectation de sa ressource en interne, il doit mettre en œuvre des méthodes et outils de travail prescrits au niveau associatif, il ne participe plus aux rencontres et négociations avec le financeur... Il consacre maintenant une énergie importante à défendre des enjeux techniques et opérationnels auprès de sa hiérarchie pour obtenir des arbitrages.

Exemple : le chef de service se rend bien compte que son équipe est très tendue par l'accueil de plusieurs résidents particulièrement lourds à prendre en charge. Il ne peut pas influencer sur l'admission dans le service et sa direction, elle-même prise dans ses contraintes, ne peut pas entendre ses arguments.

Exemple : le cadre de proximité doit mettre en œuvre des mesures impopulaires. Les équipes le tiennent pour responsable de n'avoir pas su les défendre. Les rancœurs envers lui se manifestent au quotidien et en toutes occasions.

Exemple : la coordinatrice de soin doit gérer les plannings et assurer la coordination des membres du service mais les personnels jouent la triangulaire avec le cadre hiérarchique pour les autorisations d'absence. La coordinatrice se retrouve avec des modifications imprévues de plannings à gérer en dernière minute et doit solliciter des membres de l'équipe pour assurer le remplacement. L'équipe s'en plaint.

② Le style managérial

Il s'agit de la manière dont les équipes sont pilotées : le cadrage de départ, la clarification des orientations, le contrôle, l'organisation des activités, la présence dans les arbitrages lorsque c'est nécessaire, etc. Il s'agit également de la manière dont sont associées, ou pas, les équipes dans le processus de décision concernant le travail quotidien ou les changements à mener.

Exemple : l'équipe pluridisciplinaire ne parvient pas à trouver un consensus au sujet de la prise en charge d'un usager. Aucun arbitrage n'est effectué ni par le chef de service ni par la direction. Les désaccords persistent et enveniment les relations.

Exemple : les cadres ont pris la décision d'un réaménagement de la salle d'accueil. On a appris cela en voyant les travaux se réaliser.

③ Le soutien managérial

Il s'agit de la posture de soutien aux membres de l'équipe, de la reconnaissance du travail accompli et de l'investissement, de l'équité dans le traitement des membres de l'équipe.

Exemple : j'ai été agressée par un usager, on a géré la situation sur le moment mais je n'en dors plus la nuit. Je n'en ai jamais parlé avec le chef de service.

Exemple : dans le service, la gestion des plannings est opaque. On sent bien que le chef de ser-

vice entretient une sorte de « cour » autour de lui. Il utilise les récupérations et autres petits avantages comme moyens de soumission à son autorité et pour récompenser.

Exemple : le manager est toujours disponible en cas de besoin ; si on a un souci, on l'appelle sur son portable et il nous aide à résoudre la situation.

3.1.4. L'organisation

① Dérégulation des flux et /ou inadéquation de l'utilisation de la ressource

Il peut s'agir de l'organisation qui n'est pas en adéquation avec le rythme des activités.

Cela peut être également la réponse organisationnelle qui n'est pas adaptée à la massification d'un flux d'activités.

Exemple : la fonction d'accueil d'urgence est sous-structurée au regard du flux de jeunes qui arrivent en urgence. Plus de la moitié est accueillie par défaut à l'infirmierie ou dans les unités mais cela se fait dans l'urgence et la précipitation.

Exemple : les temps de travail de l'équipe ne sont pas organisés au regard des temps forts de la prise en charge. On se retrouve à deux éducateurs pour assurer lever, petit déjeuner, préparation et accompagnement de treize petits à l'école. Idem le soir pour le retour de classe jusqu'au coucher. On est stressés et au final on stresse les petits. En revanche, on est deux en journée alors qu'il n'y a pas d'enfant.

Exemple : le chef de service gère 4 équipes éducatives. Il est aussi pilote sur le projet de développement de la bientraitance et référent-secteur sur la démarche qualité. Il participe à la création du référentiel d'évaluation interne au niveau associatif et à la construction d'un projet partenarial sous la houlette du département. Le responsable RH lui demande d'assurer la gestion administrative des demandes de formation... Bref, les demandes d'activité lui parviennent en flux incessants, via différents canaux, sans se préoccuper de savoir s'il peut ou non réaliser cette activité (organisation matricielle mal régulée).

② Le management à distance

Il s'agit de la disponibilité de la ligne hiérarchique dans son ensemble qui peut être altérée par la distance géographique de l'implantation des sites à encadrer ou la grande taille des équipes et/ou encore du fait de l'absorption du cadre dans des activités de gestion qui ne lui permettent plus d'assurer une présence attentive sur le terrain.

Exemple : le chef de service encadre 3 équipes sur 3 structures distantes de plusieurs dizaines de kilomètres. Il n'a pas d'assistant pour l'aider à régler les problèmes quotidiens qui remontent. Sa hiérarchie est également peu disponible. Il doit faire face seul aux multiples demandes des équipes.

③ Les articulations pluridisciplinaires

Il s'agit des mécanismes de coordination qui peuvent être défailants ou bien contradictoires, entre les logiques mises en œuvre par différents métiers ou partenaires :

- ➔ au sein de l'équipe pluridisciplinaire et entre les multiples intervenants sur la prise en charge ;
- ➔ entre les services d'un établissement ;
- ➔ en inter-institutionnel.

Exemple : les professionnels de l'équipe ne sont pas suffisamment informés des finalités précises et des objectifs fins, individualisés, pour chaque jeune. Cette méconnaissance peut générer une incompréhension quant aux actes éducatifs posés par d'autres professionnels et, de ce fait, des tensions entre eux.

Exemple : je ramasse le linge, je nettoie et range les chambres mais je ne connais pas bien les habitudes des résidents ou ce que l'équipe éducative a décidé avec chacun. Celui-ci doit-il gérer son linge lui-même? Supporte-t-il que l'on intervienne dans ses rangements ou pas ? Etc.

Je fais comme je le sens avec la connaissance que j'ai du résident. Je ne sais pas si c'est bien, c'est quand les gens ne sont pas contents qu'ils me le disent.

Exemple : la qualité de notre prise en charge au Centre Éducatif Renforcé est évaluée a posteriori selon que le jeune récidive ou pas. Cependant, il n'y a pas un suivi de prise en charge organisé et suffisant pour accompagner les jeunes après la sortie du CER !

Exemple : l'intégration des remplaçants est mal accompagnée. Ils débarquent sur le poste avec tout à gérer dès le premier jour sans avoir les informations nécessaires sur les usagers et sur le fonctionnement.

④ La conduite du changement

Il s'agit de la manière dont sont pilotés les évolutions de l'activité, des publics et les changements organisationnels.

Exemple : le service a affaire à des populations qui évoluent vers un mode déficitaire et pour lesquelles l'aspect médical prend le pas sur l'aspect éducatif. On ne sait pas vraiment qui doit faire quoi et finalement si on doit continuer ou arrêter certaines activités éducatives visant à l'autonomie.

Exemple : l'unité ferme dans 3 mois et tous les résidents vont être transférés. Les nouveaux locaux ne sont pas encore prêts et on ne sait pas encore qui fera quoi dans la future organisation. On est dans l'incertitude et on ne sait pas comment gérer l'angoisse des usagers.

Exemple : certains changements décidés loin des réalités de terrain doivent être mis en œuvre alors qu'ils ne sont pas tout à fait adaptés aux besoins de la structure. Quelques aménagements seraient nécessaires au niveau local mais les spécificités n'ont pas été prises en compte au départ. Les faire entendre maintenant et obtenir validation au niveau associatif est très compliqué.

3.1.5. Le lien à l'emploi et l'environnement du poste

① La dissonance dans les valeurs éthiques

Lorsque les actes que le professionnel est contraint de poser sont en profonde contradiction avec ses convictions.

Exemple : l'assistante sociale vit très mal l'évolution de son activité vers le contrôle de la mise en œuvre d'un contrat d'insertion par l'usager alors même que l'appellation de son métier, les valeurs initiales, la mission d'aide sociale, ... continuent à être véhiculées dans les discours politiques et l'idéologie de la profession.

② La rémunération et les perspectives de carrière

Ce sont les conditions de l'emploi, les possibilités d'évolution, le traitement ou le statut qui peuvent être perçus comme injustes au regard du travail fourni ou pas à la hauteur des aspirations de l'individu.

Exemple : on est très soutenus en interne dans le processus de Validation des Acquis de l'Expérience, ça va me permettre d'accéder à un meilleur statut.

Exemple : on a beaucoup de mal à trouver et à garder les professionnels car leur niveau de rémunération ne leur permet pas de se loger sur notre secteur où l'immobilier est hors de prix. Au bout de quelque temps ils partent.

Exemple : on a réduit les avantages acquis des maîtresses de maison qui étaient liés aux fonctions éducatives (moins de jours de congés trimestriels que les éducateurs, suppression de certaines primes). La direction a recentré nos missions sur l'entretien et réduit notre participation aux activités éducatives (réunions de synthèse...). Pourtant, au quotidien, on continue à s'occuper des enfants comme avant en suppléant fréquemment les éducateurs. On se sent flouées.

③ L'environnement du poste

Cette notion renvoie traditionnellement à l'ergonomie physique des situations de travail : travailler dans un environnement agréable avec des outils de travail adaptés et modernes participe au bien-être.

Par extension, nous entendons ici l'environnement du poste dans une dimension psychosociale : il s'agit des éléments périphériques à l'activité qui peuvent faciliter la vie ou au contraire rendre la situation professionnelle invivable. C'est également la manière dont se fait l'articulation entre la vie au travail et la vie privée.

Exemple : la maîtresse de maison intervient jusqu'à 20h. Mais depuis qu'elle est séparée de son conjoint, elle n'a plus personne à la maison pour s'occuper de ses enfants le soir. Cela fait des mois que ça dure, elle est souvent absente et ça génère des tensions, ça risque de mal finir.

3.2. Qui peut et comment juger de l'importance d'un risque psychosocial ?

3.2.1. Rappel des principes fondamentaux d'évaluation

À ce stade, il est nécessaire de revenir aux fondamentaux de tout processus évaluatif, à savoir que la notion de diagnostic ou d'évaluation implique la formulation d'un jugement sur la valeur d'un fait (d'un événement, d'une situation...). Ce jugement se fait au regard d'un référentiel qui peut être : légal, normatif, idéologique, éthique ou politique, scientifique et conceptuel, etc.

Par exemple, un médecin va juger de l'état d'un patient et formuler un diagnostic à partir d'une observation clinique de symptômes qu'il va mettre en perspective avec une connaissance scientifique établie des pathologies. C'est-à-dire qu'il dispose d'un corpus de connaissances acquis par la formation et par l'expérience personnelle qui lui permet de relier des symptômes à une maladie. Par ailleurs, seul le médecin diplômé est habilité à formuler un diagnostic médical.

Formuler un diagnostic renvoie donc à deux nécessités :

- ➔ disposer d'un référentiel reconnu (même s'il est en cours de construction) ;
- ➔ être légitime pour le faire (statut et expérience).

La question de la légitimité pour formuler un diagnostic renvoie en général à deux possibilités :

- ➔ soit cela suppose l'habilitation, l'assermentation, le statut particulier d'un individu : un magistrat, un expert-comptable, un médecin... qui sont alors seuls légitimes pour formuler certains types de jugements (diagnostic médical, décisions judiciaires, expertise comptable) ;
- ➔ soit cela suppose la constitution d'un collège représentatif que l'on admet comme légitime pour formuler un jugement donné à un moment donné. La constitution de ce collectif et son fonctionnement peuvent être édictés selon des règles juridiques (un jury d'assises composé de citoyens, un collectif engagé dans une négociation sociale, etc.), ou bien à partir d'un consensus social plus ou moins formel (une commission scientifique, une commission de travail représentative dans une entreprise, etc.).

En ce qui concerne les risques psychosociaux, le corpus de connaissances scientifiques est en cours de construction et il n'existe pas à ce jour de seuils normalisés d'exposition à un risque psychosocial ou à une situation de stress.

À une époque pas si lointaine encore, il en était de même pour les risques hygiène et sécu-

rité. En France, c'est en 1893 que sont promulguées les premières lois imposant des obligations en matière d'hygiène pour tous les salariés. Les seuils d'expositions et normes de sécurité se sont petit à petit construits par la contribution, à la fois des résultats de la recherche scientifique concernant les effets de certaines expositions, et par le débat social aboutissant à reconnaître des maladies professionnelles (Buzzi, Devinck, Rosental, 2006). Aujourd'hui, bien qu'elles ne soient pas toujours respectées, les obligations légales et les normes d'hygiène et de sécurité font néanmoins référence quand il s'agit de juger d'un risque professionnel ou de la responsabilité d'un employeur.

3.2.2. L'évaluation du risque psychosocial : concept d'«acceptabilité sociale» du risque

Qui peut juger de l'importance du risque ?

D'un point de vue légal, il relève de la prérogative de l'employeur de mettre en œuvre les différents principes généraux de prévention¹² et par délégation, toute personne qu'il désigne en interne (cadres, préventeur, commission de travail...) ou à l'externe pour le faire.

Cependant, d'un point de vue de l'acceptabilité du diagnostic et de sa pertinence l'évaluation peut être faite par :

⇒ un «expert» ou «spécialiste» habilité ou non. Il est mandaté par l'employeur ou par le CHSCT afin de formuler le diagnostic : il juge du caractère risqué ou non de la situation professionnelle et de l'importance des risques, voire il établit le lien entre une atteinte et une situation professionnelle à risque psychosocial. Notons que la notion «d'expertise» renvoie à un dispositif réglementaire précis et à un agrément¹³, mais le terme «d'expert» est fréquemment employé pour désigner un spécialiste (psychosociologue, ergonomiste, etc.). Ce dernier peut être agréé par le ministère du Travail ou encore habilité comme IPRP¹⁴ (dispositions encore non obligatoires) et/ou être simplement expert du fait de sa connaissance, de son expérience et de sa notoriété (consultants et cabinets privés, universitaires, l'organisme paritaire ANACT, etc.).

Nous pensons que cette option doit être réservée lorsque l'évaluation des risques n'est pas faisable en interne pour des raisons que nous évoquerons plus loin.

Ou bien par :

⇒ un collectif pluridisciplinaire interne à l'établissement et représentatif de l'ensemble des acteurs de l'institution : les professionnels des différents métiers et services, mais aussi les fonctions d'encadrement, de représentation du personnel et le décideur (un chargé de prévention s'il en existe un dans l'institution, d'autres acteurs externes peuvent être associés ou ressources: médecin du travail, IPRP, consultant spécialisé en santé au travail, etc.). Les professionnels de terrain sont incontournables et les mieux placés pour analyser les risques liés à leurs situations de travail, mais au-delà de la connaissance du terrain, il y a un véritable enjeu dans la détermination de «l'acceptabilité sociale» d'une situation de travail. Pour cela, la mise en débat des points de vue des différents acteurs, dont ceux de terrain, est incontournable. C'est ce processus même d'objectivation qui permettra d'arriver à un consensus social sur «l'acceptable».

Il est important de préciser que la notion «d'acceptabilité sociale» telle que nous l'utilisons ici, renvoie bien à la notion de «norme sociale» au sens de la psychosociologie et de la sociologie. La norme sociale est un consensus qui se construit collectivement et dans le débat. Elle détermine ensuite les comportements des individus dans ce collectif ainsi que le jugement qu'ils portent sur les choses. Elle n'est pas nécessairement formalisée ni légale. Nous distinguons bien ici la notion de norme sociale de la notion de norme réglementaire.

¹² Article L. 4121-1 du Code du travail relatif à l'obligation générale de l'employeur d'assurer la sécurité et de protéger la santé de ses salariés, d'évaluer et de prévenir les risques professionnels. Par ailleurs, l'avis du CHSCT est requis sur tout projet modifiant les conditions de travail (article L 4612-8 du Code du travail).

¹³ Agrément délivré par le ministère du Travail au titre des articles L 4614-12 et 13, R 4614-6 à 17 du code du travail.

¹⁴ Habilitation Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (article 1.3.3 de la Circulaire DRT 2004/01 du 13/01/04) délivrée par 5 collèges d'habilitation composés de représentants de la CRAM, de l'ARACT et de l'OPPBTP.

Exemple : si un salarié dépasse le seuil maximal de 48h de travail sur une semaine, ce n'est pas légal et l'employeur peut être condamné en cas de litige.

En revanche, du point de vue du risque psychosocial cela ne constitue pas obligatoirement un risque pour sa santé. D'ailleurs, certaines situations de travail, à temps de travail moindre ou partiel, peuvent comporter bien d'autres risques pour la santé.

Il s'agit donc bien de mettre en débat des situations de travail, qui parfois n'ont jamais été remises en cause ou qui ont progressivement évolué sans jamais être interrogées.

Juger de l'acceptabilité d'une situation de travail signifie qu'il faut définir à la fois :

- ➔ si l'impact que produit la situation de travail sur les individus est : plutôt favorable à la santé, plutôt défavorable mais de manière limitée ou momentanée, ou encore si l'impact est grave ;
- ➔ si le fait de soumettre un individu à cette situation est inadmissible, tolérable ou encore intangible.

Exemple : accompagner la fin de vie d'un individu peut générer une grande détresse psychologique pour un professionnel, qu'il soit soignant ou intervenant en aide à domicile. Cette situation professionnelle est-elle pour autant inacceptable ?

3.2.3. Comment formuler le diagnostic et déterminer un niveau de risque?

On confond souvent diagnostic des risques psychosociaux avec liste de problèmes ou encore avec la seule restitution du ressenti des acteurs. Il nous semble important de préciser que le diagnostic n'est aucune de ces deux choses. C'est la formulation en quelques points des principales problématiques jugées comme étant à risque par le collectif pluridisciplinaire ou par l'expert.

La démarche peut se dérouler selon trois étapes :

- ➊ Problématiser signifie que l'on caractérise le risque en décrivant précisément la situation de travail qui met les individus en souffrance. Pour cela, il est nécessaire de se référer à l'un ou l'autre des différents modèles de facteurs de risques psychosociaux (présentés dans les sections 2.3 et 3.1 de ce cahier).
- ➋ On étaye ensuite la situation à risque par quelques données factuelles si elles existent : quantification de la charge de travail (horaires de travail, nombre de dossiers, temps de trajet...), charge émotionnelle (fréquence et nature des situations difficiles...), données sociales et RH (turn-over, absentéisme, nombre accidents...), etc.
- ➌ Ensuite, on définit un niveau de risque pour chacune des situations identifiées comme à risque. Cette cotation doit se faire en débat entre les acteurs, ce processus d'objectivation permet une prise de recul essentielle sur chacune des situations identifiées.

4 niveaux de risque

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Favorable à l'épanouissement de l'agent	Les difficultés sont de faible intensité ou passagères ou potentielles	Les difficultés sont caractérisées. Elles peuvent s'objectiver par un ensemble de données et/ou de faits.	La situation de crise est installée. Elle altère la production : absentéisme, accidentologie, arrêt de travail, conflits, départs volontaires, etc.

Gilbert Mignacca, Christine Roussel-Monfajon, Julie Barbery, copyright avril 2010

Exemple : la Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale se retrouve confrontée à la mort d'une personne âgée dont elle s'occupe depuis des années. Elle ne sait pas comment gérer son propre sentiment de détresse et n'ose pas évoquer cela auprès de l'équipe de professionnels de l'association qui l'emploie. Elle craint qu'on lui renvoie qu'elle s'est trop attachée à cette personne.

Plusieurs autres professionnelles du service d'aide à domicile évoquent une détresse semblable lorsqu'elles ont à faire face à des situations de fin de vie ou à des situations difficiles avec les usagers (actes d'agressivité de la part d'usagers ou de membres de l'entourage familial, souffrance de l'utilisateur, etc.).

Ces sujets sont rarement abordés en réunion de service où ce sont surtout les questions d'organisation et de planning qui sont traitées.

Plusieurs professionnelles expriment «avoir la boule au ventre» quand elles arrivent chez certains usagers. Il y a eu 5 arrêts maladie de professionnels cette année, qui faisaient suite à des décès de patients ou à des agressions verbales dures par des parents. L'une des personnes n'a pas repris le travail.

Si l'on considère qu'exposer des professionnels à une situation de travail comme celle d'accompagner la fin de vie d'un patient n'est pas inacceptable socialement, alors le diagnostic pour ce cas est le suivant :

Une charge émotionnelle qui ne peut être évacuée. Étayage et soutien insuffisant des professionnels pour faire face à ces situations.

À titre d'exemple, la cotation peut être de niveau 4.

3.3. Comment passer du diagnostic des risques aux actions de prévention ?

Rappelons que c'est avant tout la qualité et la pertinence du diagnostic qui permettra de concevoir des actions utiles et efficaces. Un diagnostic, lorsqu'il est bien posé, induit déjà les pistes de sortie.

En premier lieu, il est utile de rappeler les neuf principes généraux de prévention issus du Code du travail (article L4121-2) :

- ➔ éviter les risques ;
- ➔ évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- ➔ combattre les risques à la source ;
- ➔ adapter le travail à l'Homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- ➔ tenir compte de l'évolution de la technique ;
- ➔ remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- ➔ planifier la prévention en y intégrant 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, tel qu'il est défini à l'article L1152-1 ;
- ➔ prendre des mesures de protection collectives en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelles ;
- ➔ donner les instructions appropriées aux travailleurs.

3.3.1. Les niveaux de prévention des risques psychosociaux

Dans tous les secteurs où il est question de prévention, on distingue trois niveaux :

- ➊ **La prévention primaire** consiste à s'attaquer directement aux causes de la souffrance au travail. L'objectif est d'éliminer ou encore de réduire les sources présentes dans l'organisation pour diminuer les impacts négatifs sur la santé psychologique des individus. Il s'agit d'intervenir sur l'activité et / ou sur l'organisation pour adapter la situation de travail aux individus. Pour cela, il convient de s'assurer de l'engagement des dirigeants et décideurs ainsi que de l'investissement des personnes concernées.
- ➋ **La prévention secondaire** consiste à agir sur les facteurs individuels, ce qui est plus facile dans le domaine des RPS (gestion du stress...) mais aussi sur les facteurs collectifs (soutien et accompagnement des équipes...). Les interventions de ce type sont effectuées pour aider les travailleurs à mieux s'adapter à leur environnement de travail et ainsi diminuer l'impact sur leur santé. Ici, on cherche à développer les connaissances, les habiletés pour mieux connaître et gérer les réactions individuelles ou collectives. On met en place des activités de sensibilisation et d'information ainsi que des dispositifs de développement des pratiques professionnelles. Ces types de dispositifs sont valables lorsque la source de tension ne peut être éliminée mais qu'il convient néanmoins de réduire les risques liés à l'exposition.
- ➌ **Les mesures de prévention tertiaire** visent à apaiser la souffrance, les troubles que subissent des individus à cause de leur travail. On est davantage dans le traitement des conséquences, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus atteints d'un problème de santé lié au travail. On peut faire appel à des intervenants, cela

est vivement conseillé si l'on veut une prise en charge optimale des individus en difficulté.

Ce type d'intervention fournit de l'information, de l'aide et du soutien. Il diminue le risque de rechute. Toutefois, cette démarche est uniquement orientée sur l'individu. Elle s'adresse aux personnes qui souffrent déjà ou ont déjà souffert d'un problème de santé et vise d'abord les conséquences que le problème.

Ces trois niveaux de prévention ne sont pas exclusifs les uns des autres. Ils renvoient cependant chacun à des marges de manœuvre et à des niveaux décisionnels différents :

Remarque méthodologique : Lorsque l'on conçoit les actions de prévention en partage avec les équipes de professionnels, il est important d'explorer en toute liberté d'expression ces trois niveaux de prévention et d'identifier de manière claire les niveaux de décision dont dépend chacune des propositions de prévention.

Niveau de décision «institutionnel-interinstitutionnel» :

Certaines mesures de prévention (notamment primaires) supposent un engagement du niveau institutionnel, voire interinstitutionnel. Cela concerne les mesures qui consistent à modifier l'organisation des unités, des groupes, l'organisation spatiale, les effectifs, les missions de l'établissement, etc.

Il peut y avoir plusieurs strates à identifier :

- ➔ ce sur quoi le directeur a la main sans avoir besoin d'en référer au-delà ;
- ➔ ce qui nécessite des arbitrages ou orientations par le Conseil d'administration ;
- ➔ ce qui nécessite une négociation avec le financeur et/ou une tactique à moyen terme dans la manière dont on peut influencer le schéma (départemental ou régional) ;
- ➔ ce sur quoi on n'a aucune marge de manœuvre (hormis par sa propre participation citoyenne dans un système démocratique) car c'est un dispositif législatif qui s'impose à tous (loi du 2 janvier 2002 et l'ensemble des décrets d'application qui s'y réfèrent, réforme des financements et contrôles, mise en place de l'ARS, etc.).

Niveau de décision «managérial et professionnel»

Il s'agit des mesures de prévention (plutôt secondaires et tertiaires) que l'on peut mettre en place à la main du directeur, des cadres et des équipes de professionnels. Il peut s'agir de :

- ➔ dispositifs d'étayage et de soutien à la pratique professionnelle : formations et formations-actions de développement des pratiques professionnelles afin d'adapter les compétences internes aux besoins des publics ; mise en place d'un système de traitement des situations difficiles et gestion de crises (intervention d'un tiers et passage de témoin, système d'astreinte sur cette fonction, etc.) ; mise en place d'un système post-crise, de débriefing et d'analyse des causes, etc. ;
- ➔ développement des pratiques managériales et des outils de pilotage : mesures de soutien et d'écoute managériale en cas de problème ; outils de planification, d'organisation ; conduite du changement et système de participation aux projets (d'établissement, de services...) ;
- ➔ la mise en place d'un dispositif de détection et de traitement des situations individuelles de souffrance. Dispositif qui doit être coordonné en réseau (direction, chef de service, voire représentant du personnel, médecin du travail, professionnel de santé externe...).

Il s'agit de :

- concevoir et mettre en place le système de détection/alerte des situations, puis le système de traitement/résolution des situations : établir une charte de fonctionnement et positionnement éthique du dispositif, communiquer sur ce dispositif ;
- traiter les situations lorsqu'elles se présentent : reclassement, adaptation de poste,

accompagnement pour un repositionnement professionnel interne ou externe, soutien et étayage externes spécialisés (psychologue, services sociaux, associations, ...), etc. ;

- ➔ l'aménagement des conditions matérielles périphériques à l'activité (salle de pause, cafétéria, ...).

3.3.2. Illustrations de situations à risques et mesures de prévention

Toutes les illustrations présentées dans cette section s'inspirent de situations réelles de travail rencontrées au sein d'établissements du secteur social et médico-social.

Situation 1 : Violence dans la relation à l'utilisateur

Exemple d'une Maison d'Enfants à Caractère Social ayant la mission d'accueil d'urgence : Deux éducateurs encadrent sept adolescents en grande difficulté. Ils sont fréquemment confrontés à des crises d'une violence inconnue jusqu'alors de la part de certains jeunes : agressions physiques, automutilations, etc. Un jeune fait une crise et frappe l'éducateur, la tension monte dans le groupe et certains commencent à se disputer. Les éducateurs se sentent en danger et exaspérés, ils ont du mal à contenir la violence du jeune tout en calmant les autres. Dans les périodes d'accalmie, ils sont anxieux de la survenue d'une nouvelle crise.

Peut-on supprimer la source du risque ?

L'établissement n'a pas la possibilité de sélectionner ses admissions, sa mission consiste en effet à accueillir en urgence et provisoirement tous les jeunes en situation à risque dans l'attente d'une orientation.

De manière plus générale, l'accueil d'utilisateurs en grande difficulté sociale ou souffrant de troubles psychiatriques expose les professionnels à des risques d'agressions psychologiques et/ou physiques. Cette évolution des publics est aujourd'hui un fait pour l'ensemble du secteur social et médico-social. Les missions des établissements évoluent progressivement vers ce type de prises en charge. Il est par conséquent peu probable que l'on puisse éliminer cette source de risque.

On peut cependant identifier différents niveaux d'action de prévention :

1 Atténuation du risque par le renforcement des équipes

La direction alerte son organisme de tutelle que les comportements de certains utilisateurs constituent un danger grave et imminent pour les membres de l'équipe. Elle demande des moyens supplémentaires pour renforcer le taux d'encadrement de ces jeunes dont certains requièrent par moment toute l'attention d'un ou deux adultes.

Il s'agit en fait d'adapter l'organisation à ces nouveaux publics en diminuant la taille des unités et/ou en renforçant les taux d'encadrement et l'effectif des personnels soignants.

L'aboutissement ou non de la demande ne peut être qu'à moyen-long terme.

2 Atténuation du risque par la mise en place de dispositifs de traitement des situations de crise

- Intervention d'un tiers (chef de service, professionnel d'astreinte, etc.) en soutien et/ou relais du professionnel confronté à une situation de crise
- Débriefing post-crise systématique en équipe : débriefing émotionnel ; analyse de l'évènement (arbre des causes + mode de gestion de la crise) ; décision de mesures à court terme (recadrage, etc.) ; conception de postures préventives d'équipes, etc.

3 Atténuation du risque par le développement des pratiques professionnelles

Formation des membres de l'équipe éducative à la gestion des situations de violence et

d'agression : connaissance des pathologies psychiatriques, analyse des mécanismes de déclenchement des crises et d'escalade de la violence, apprentissage des postures de désamorçage des situations.

Cette solution à elle-seule n'est pas suffisante, elle constitue un complément utile à l'une des deux précédentes

Situation 2 : Une équipe pluridisciplinaire non régulée

Exemple dans une unité d'une pouponnière départementale :

L'unité fonctionne avec une auxiliaire de puéricultures (parfois 2) pour cinq bébés avec trois rotations/24h (une le matin, une l'après midi, une le soir).

Les auxiliaires constatent que l'un des 5 bébés accueillis dans l'unité souffre de manière anormale : hurlements continus et pleurs inconsolables sur des journées entières, hypersensibilité/douleur au toucher corporel, sudation excessive, corps très raide comme un bout de bois qui se «vrille» ou se met en arc de cercle. Elles supposent un syndrome de sevrage toxique et font remonter leurs observations à l'équipe de médecins de la pouponnière. Aucun retour n'est fait par l'équipe médicale, aucun traitement de substitution n'est préconisé.

L'enfant reste six mois dans cet état au sein de l'unité 24H/24H, les auxiliaires sont excédées et désemparées, les quatre autres bébés de l'unité sont stressés. Il y a de la tension entre les auxiliaires, un conflit polarisé et des remises en cause importantes entre les auxiliaires et les cadres (médecins et hiérarchie).

Analyse : À première vue on pourrait supposer une absence de diagnostic et une défaillance de soins médicaux. C'est exactement ce que pensent les auxiliaires et ce qui les révolte.

Dans les faits, les médecins de l'équipe ont bien identifié le sevrage toxique mais le consensus médical sur le sujet ne préconise pas systématiquement la substitution chimique mais plutôt le maternage. C'est donc cette option qui est retenue par les médecins.

Par ailleurs, les auxiliaires ne peuvent pas se soustraire à la surveillance des 5 bébés en même temps, ni soustraire les autres enfants à la situation.

Diagnostic : Partage d'informations insuffisant avec l'équipe pluridisciplinaire sur la nature du diagnostic médical et les décisions de prise en charge.

Isolement du professionnel sur son unité en cas de problème avec un enfant. Le professionnel gère tout en s'occupant des 4 autres petits.

Comment prévenir ? Peut-on supprimer le risque en orientant cet enfant ailleurs ?

Si l'institution trouve une structure d'accueil, pourquoi pas. Cependant, l'hospitalisation n'est probablement pas la meilleure solution pour cet enfant, surtout s'il n'y a pas de traitement de substitution qui le justifierait.

Autres pistes :

- 1 Animation de la pluridisciplinarité par le hiérarchique : directeur ou chef de service
 - Organisation systématique de la remontée et de la prise en compte des observations des professionnels de terrain
 - Organisation systématique du partage des informations en équipe pluridisciplinaire des diagnostics médicaux et des décisions médicales de traitement.
 - Validation par le hiérarchique et arbitrages autant que nécessaire sur les contenus de la prise en charge globale qui est à la fois médicale, sociale, éducative/maternage (il s'agit d'une institution sociale mais pas d'une institution sanitaire. Autrement dit ce n'est pas le médecin qui arbitre l'ensemble de la prise charge, il ne décide que du volet médical).

- ② Mise en place d'un système de relais, soutien ponctuel à la prise en charge en cas de difficultés : possibilité d'une prise en charge individuelle ponctuelle de l'enfant hors de l'unité lorsqu'il est en crise, afin d'une part d'accentuer le maternage et d'autre part de limiter les atteintes au bien-être des autres enfants de l'unité.

Situation 3 : Organisation du travail et conflit interpersonnel

Exemple dans un foyer de vie pour adultes handicapés :

Il y a des deux unités de vie de 18 résidents encadrées chacune par un chef de service. Les deux maîtresses de maison (MM) sont chacune rattachées à une unité sous la responsabilité du chef de service de celle-ci. Cependant, elles interviennent toutes deux sur les deux unités. Elles ont des activités de ménage des parties collectives et des activités d'accompagnement socio-éducatif en renfort des équipes éducatives.

L'équipe de l'unité 1 se plaint que le ménage n'est pas bien fait lorsque c'est la MM de l'unité 2 qui le fait. Les MM se reprochent mutuellement de laisser du travail non fini et de devoir suppléer au manque de travail de l'autre. Elles se plaignent toutes deux que tous les professionnels éducatifs (AMP, ME, ES) leur demandent de s'occuper des résidents quand ils ont besoin et que ça les empêche d'assurer le ménage. La gestion des congés et plannings pose des problèmes. Les chefs de service se plaignent auprès de la direction que le ménage est mal fait lorsque c'est la MM de l'autre équipe qui intervient. Ils demandent un rattachement exclusif et un renfort d'effectif pour chaque unité. Les deux MM sont en conflit : agressions verbales quotidiennes, une bagarre a eu lieu entre elles.

Pistes de prévention :

Option 1 : Les MM sont dédiées à chaque service.

- ➔ Inconvénient : le rattachement des postes ne permettrait pas forcément de résoudre le problème et ne permet pas de mutualiser le temps de travail. La décision de recruter un poste ou 2 demi-postes supplémentaires nécessite des arbitrages au-delà du directeur et le taux d'encadrement global est déjà jugé très favorable.
- ➔ Déqualifier plusieurs postes pourrait être une solution s'il s'avérait qu'il y a un problème réel d'effectif sur la prise en charge éducative ou sur le ménage (exemple : un seul chef de service pour les 2 unités et renfort d'effectif éducatif avec des AMP et/ou renfort sur le ménage par des agents d'entretien).
- ➔ Mise en œuvre : moyen-long terme

Option 2 : Un pilotage coordonné des activités des maîtresses de maison par les deux chefs de service. Veille et arbitrage par le directeur en cas de besoin.

- ➔ Formaliser le référentiel d'activité avec les maîtresses de maison : mesurer avec elles le temps réel nécessaire à la réalisation de chacune des tâches ménagères. Redéfinir le référentiel de tâches minimales de ménage à effectuer lorsqu'il n'y a qu'une maîtresse de maison présente sur les services. Préciser les activités incontournables selon qu'elles sont seules ou à 2 sur les unités. Définir et formaliser les activités éducatives en soutien de l'équipe et le temps mobilisable pour cela (en déduction des activités de ménage).
- ➔ Co-piloter l'élaboration des plannings d'activités et de congés (et éventuellement désigner l'un des chefs de service comme référent unique des maîtresses de maison). Instaurer une réunion mensuelle entre les maîtresses de maison et les chefs de service.
- ➔ Pour les demandes quotidiennes de renfort éducatif : c'est le chef de service de chaque unité qui est désigné comme le donneur d'ordre unique aux maîtresses de maison pour son unité, les autres membres de l'équipe doivent passer par lui pour toute demande de renfort.
- ➔ Mise en œuvre : court terme

3.4. Quelle démarche pour évaluer les risques et concevoir la prévention dans mon établissement ?

Il y a de multiples manières de promouvoir les questions de santé au travail dans les organisations : la sensibilisation et la formation des acteurs, l'accueil de stagiaires pour mener une étude sur le sujet, la participation à une enquête, etc.

Mais nous allons plutôt centrer notre propos sur une démarche opérationnelle d'évaluation des risques psychosociaux et de prévention.

On distinguera trois types de démarches possibles que nous allons présenter de manière détaillée :

- ➡ l'intervention d'un tiers externe spécialiste/expert ;
- ➡ une démarche interne d'élaboration du Document Unique ;
- ➡ une démarche interne rapide et ciblée sur les RPS.

On verra également comment intégrer la prévention des risques aux démarches d'évaluation interne et de projet d'établissement.

Le choix de l'une ou l'autre de ces démarches dépend de la situation de l'établissement, c'est-à-dire de l'état du climat et du dialogue social d'une part, et de la ressource que le décideur peut et souhaite mobiliser sur le sujet d'autre part.

L'institution peut être dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ➡ L'établissement est déjà engagé dans une démarche de prévention des risques, le débat est constructif, des mesures de prévention sont en cours (on peut donc mettre en œuvre une démarche intra de type Document Unique ou bien rapide ciblée)
- ➡ Le climat et le dialogue social sont possibles, plutôt constructifs. Aucun travail n'a encore été effectué sur les risques professionnels (plutôt une démarche intra de type rapide ciblée).
- ➡ Le manager est en difficulté avec ses équipes et/ou avec l'association, le dialogue social est tendu, voire l'établissement est en crise. Le manager ne conçoit pas de mettre en débat avec ses équipes ce sujet sensible compte tenu du climat (plutôt expertise externe).

En outre l'établissement est peut être déjà engagé dans de multiples démarches (évaluation interne, projet d'établissement, accréditation, etc.) qui mobilisent déjà plusieurs commissions de travail et groupes de réflexions.

3.4.1. L'intervention d'un tiers externe «spécialiste/expert»

C'est l'option qui s'impose **lorsque le climat social est trop tendu - voire en crise** - pour permettre aux acteurs d'aborder ce type de sujet et a fortiori, d'aboutir à un consensus sur l'acceptabilité sociale des situations de travail.

C'est parfois aussi la réponse lorsqu'un groupe social a depuis longtemps perdu la mesure de l'acceptable, c'est-à-dire que ses normes de fonctionnement sont très éloignées de l'admissible.

Exemple : un collectif dont les passages à l'acte de violence sont fréquents et graves ; ou encore un collectif dont les habitudes en matière de prise de risque et de mise en danger vont bien au-delà de la norme.

Elle peut être commanditée par le directeur pour l'aider dans sa mission de protection de la santé des salariés.

Elle peut également être sollicitée par le CHSCT au titre de ses prérogatives. Elle s'impose alors à l'employeur qui la finance. En cas de litige, c'est le juge du Tribunal de grande instance qui décide ou non de l'expertise.

L'idéal étant, bien sûr, que le cahier des charges soit conçu d'un commun accord entre la direction et les IRP. De cela dépend en effet le bon déroulement de l'étude, l'acceptation des résultats et, à terme, la mise en œuvre de mesures préventives.

Objectifs et modalités :

L'intervention doit poursuivre les deux objectifs suivants :

- ➔ clarifier les mécanismes qui détermineraient au plan général les difficultés de vie et de santé au travail, formuler le diagnostic des risques psychosociaux ;
- ➔ proposer des pistes d'action de prévention pour permettre l'amélioration des conditions de vie au travail.

Il est important d'indiquer au départ dans le cahier des charges la période totale sur laquelle s'étale la démarche : de 30 à 45 jours (durée réglementaire) à 6 mois ou plus en fonction de la taille des établissements. Le volume de journées de mobilisation des salariés sur le terrain est fonction de la taille de l'institution (entretiens individuels, mises en débat collectives, réunions de restitution, etc.)

3.4.2. Démarche interne d'élaboration du Document Unique

L'élaboration du Document Unique des risques professionnels et du plan de prévention est obligatoire⁹⁹. Sur le terrain, on constate que :

- ➔ beaucoup d'établissements n'ont pas mis en œuvre de démarche d'évaluation des risques et n'ont pas formalisé ce document ;
- ➔ Certains ont un document unique mais son existence est parfois ignorée par une partie des salariés ;
- ➔ Quelques-uns ont réalisé le document unique et le plan de prévention mais il porte essentiellement sur les risques hygiène et sécurité (RHS). Lorsque le risque psychosocial (RPS) est abordé, il se limite souvent à quelques lignes évoquant le stress ou la charge de travail ;
- ➔ Enfin, une petite minorité a mis en œuvre une véritable démarche de prévention des risques psychosociaux souvent couplée à une démarche de développement de la bien-être des usagers.

La mise en œuvre d'une démarche d'élaboration du document unique et du plan de prévention des risques – lorsqu'elle ne poursuit pas le seul objectif de la conformité réglementaire – suppose en fait la formulation d'une véritable politique de prévention, coordonnée et suivie.

C'est le véritable sens du document unique voulu par le législateur. Celui-ci signifie qu'il faut rompre avec la logique de saupoudrage d'actions éparses pour regrouper dans une seule démarche et un seul document actualisé régulièrement, l'évaluation de tous les risques professionnels et la planification pluriannuelle de la prévention.

Actuellement, le nouvel enjeu consiste à intégrer les risques psychosociaux dans ce document unique qui, jusqu'à présent, se cantonnait majoritairement aux risques hygiène et sécurité.

Si les outils d'évaluation et de cotation des RHS ainsi que les trames possibles de formalisation sont actuellement répandus et stabilisés, la grande difficulté que rencontrent les acteurs – professionnels ou non de la prévention – c'est qu'ils ne sont pas transposables en l'état ni pour mesurer, ni pour formaliser les RPS.

19 Depuis 1991, le chef d'entreprise a une obligation générale de sécurité. Cette disposition du Code du travail se fonde sur des principes généraux de prévention qui commencent par l'Évaluation des Risques Professionnels (EvRP).

Deux textes viennent apporter des précisions sur l'obligation d'évaluer les risques :

- le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001,
- la circulaire n° 6 de la Direction des Relations du Travail du 18 avril 2002.

La brochure pratique éditée en 2004 par l'INRS "EvRP : Questions réponses sur le document unique", réf. ED 887 apporte également des repères utiles.

Objectifs et modalités :

Les objectifs de la démarche d'élaboration du document unique sont :

- ➔ Identifier et analyser l'ensemble des risques professionnels : RHS et RPS
- ➔ Élaborer un plan pluriannuel de prévention

Les modalités de cette démarche se réfèrent typiquement à tous les principes d'une démarche classique de projet avec quelques spécificités liées à l'objet même de ce projet:

- ➔ Constitution d'une structure de pilotage et de différentes commissions de travail pluridisciplinaires et pluripartites. Mise en place des articulations avec le CHSCT.
- ➔ Détermination des «unités» d'évaluation des risques : choix d'une approche par poste de travail ou par métier, par fonction, par service, par situation de travail, etc.
- ➔ Planification de la démarche, organisation du «qui fait quoi ?», détermination des ressources nécessaires.
- ➔ Mise en œuvre de la phase d'évaluation, élaboration des mesures de prévention et validation par le décideur. Formalisation du document unique et du plan de prévention des risques.
- ➔ Mise en œuvre et suivi du plan pluriannuel de prévention et révisions.
- ➔ Durée de la démarche : en général minimum 1 an et demi et plus, en fonction de la taille de l'institution et du degré de mobilisation des acteurs.

Cette démarche constitue une analyse exhaustive de l'ensemble des risques professionnels et concerne tous les professionnels intervenant dans l'institution.

3.4.3. Démarche interne « rapide-ciblée » sur les RPS

C'est la démarche qui a été mise en œuvre par plus de la moitié des établissements (environ 60%) qui ont participé à l'APR d'Unifaf Rhône-Alpes.

À l'inverse de la précédente démarche, l'enjeu n'est pas ici de procéder à l'analyse exhaustive de tous les risques pour chaque unité.

Il s'agit ici, par une approche clinique plutôt qu'analytique, d'identifier à la fois des symptômes de souffrance, de tensions ou encore de bonne santé au travail et d'en rechercher les mécanismes sous-jacents.

Cela débouche sur la formulation d'un diagnostic global des principaux risques d'ordre psychosocial dans l'établissement ainsi que des facteurs favorables à la santé s'ils sont remarquables. In fine, il s'agit de concevoir quelques mesures de prévention permettant de réduire les risques les plus importants ou les plus graves.

Il faut donc concevoir un dispositif de travail qui permettra de faire ressortir les éléments remarquables, majeurs, principaux.

C'est ici que la notion de «groupe pluridisciplinaire» prend une fois de plus tout son sens.

Cette démarche nécessite en effet la constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire représentatif de l'ensemble des acteurs de l'établissement. C'est-à-dire que l'on va mettre autour d'une même table des personnels de chaque métier, service, fonction, des cadres, un décideur, des représentants du personnel et/ou élus au CHSCT (le médecin du travail s'il est disponible, éventuellement un administrateur si c'est une personne mobilisée sur ce sujet).

La taille idéale du groupe est 8 à 12 personnes environ, chaque membre pouvant appartenir à la fois à un corps de métier, un service, voire remplir une fonction syndicale, etc.

Nous partons du postulat que les connaissances, réunies par les membres du groupe sur l'institution et sur ses réalités quotidiennes de travail, sont suffisantes pour formuler le diagnostic des principaux risques psychosociaux.

C'est également ce groupe qui permettra - du fait du croisement des points de vue différents, parfois divergents - d'objectiver les situations de travail et d'en déterminer, si nécessaire, le caractère plus ou moins « acceptable ». (Cf. notion « d'acceptabilité sociale » développée précédemment).

Nous attachons une importance particulière à la présence à la fois de représentants du personnel (RP) et d'un décideur dans cette instance (même si la présence de ce dernier n'est pas forcément requise pour chacune des réunions de travail).

L'absence des RP serait en effet un frein à l'appropriation et à la reconnaissance de la légitimité de la démarche du côté des salariés.

D'autre part, l'absence du décideur dans la démarche serait un véritable obstacle à la mise en œuvre par la suite ces mesures. En effet, bien que les mesures de prévention doivent être conçues par ce collectif pluridisciplinaire, c'est bien l'employeur in fine qui approuve ou non ces dispositions et décide de leur mise en œuvre.

Objectifs et modalités

Les objectifs de la démarche sont les suivants :

- ➔ amorcer le développement d'une culture de prévention des RPS ;
- ➔ développer une compétence en interne ;
- ➔ identifier les risques principaux et concevoir des actions de prévention ciblées.

Ce petit groupe peut formuler le diagnostic et le plan de prévention pour l'établissement sur 5 à 8 séances de travail (de 2h30 à 3h), étalées sur 9 mois à 1 an.

Cette démarche peut être plus ou moins accompagnée (en totalité ou lors des étapes clés) par un spécialiste externe.

À titre indicatif, dans le cadre de l'APR, un jour et demi d'accompagnement intra, financé par Unifaf, était prévu pour chaque établissement participant à la formation.

Cas particulier :

Si la taille du groupe pluridisciplinaire ne permet pas de rassembler des représentants de chaque métier, de chaque service et de chaque fonction de l'établissement, il convient d'adapter les modalités. Ainsi, un groupe pluridisciplinaire peut être relayé par de petites sous-commissions de travail.

Ceci est valable pour les établissements de grande taille ou dont les réalités professionnelles peuvent être très diverses du fait de la multiplicité des lieux, des services ou des missions (exemple : un établissement regroupant 17 structures d'accueil de publics différents sur un territoire géographique étendu).

D'une manière générale, il y a deux grandes conditions de réussite à cette démarche :

- ➔ un engagement fort et un portage par la direction de l'établissement en association avec les représentants du personnel et/ou du CHSCT s'il existe ;
- ➔ que le climat social soit plutôt apaisé (cela ne signifie pas exempt de tensions inhérentes à tout collectif) et que les acteurs internes aient un tant soit peu la capacité à se mettre autour d'une table pour construire collectivement. Il s'agit de préconisations valables pour un établissement hors crise. En effet, en cas de crise interne, c'est plutôt l'intervention d'un tiers externe spécialiste/expert qui conviendra.

3.4.4. Intégrer l'analyse et la prévention des risques à l'évaluation interne et au Projet d'établissement

Quelle que soit la démarche retenue pour analyser les risques, il est évident que les mesures de prévention des risques psychosociaux devront s'articuler - a minima en aval - avec les dispositions du projet d'établissement.

En effet, certaines mesures de prévention peuvent directement porter sur l'organisation du travail, sur la redéfinition de missions, sur des modalités de prise en charge de l'utilisateur ou encore sur la coordination interne et externe.

Il n'est donc pas concevable de juxtaposer et d'empiler des dispositifs sans chercher à assurer la cohérence entre eux, au risque sinon de voir s'inscrire dans le plan de prévention des mesures totalement contradictoires avec celles prévues dans le projet d'établissement.

Il est également possible d'assurer la cohérence entre les dispositifs dès l'amont. Pour cela, il convient d'intégrer la prévention des risques tout d'abord comme l'un des axes de l'évaluation interne¹⁶, puis, dans le projet d'établissement.

Ce qui donne tout son sens au fait que la problématique des risques professionnels soit intégrée au projet d'établissement c'est que la qualité de la prise en charge et la bientraitance des usagers dépendent fondamentalement du bien-être des professionnels, et inversement, puisque l'état des usagers influe sur celui des professionnels.

Il est donc tout à fait pertinent d'intégrer à l'évaluation interne et au projet d'établissement ces deux axes indissociables.

On peut alors parler «d'évaluation des risques psychosociaux pour les professionnels et les usagers», ou encore de «[Bientraitance institutionnelle des professionnels et des usagers](#)».

¹⁶ En effet, parmi les quatre domaines incontournables d'évaluation tels que préconisés par l'ANESMS l'un d'entre eux est l'organisation de l'établissement qui comprend entre autres la dimension RH et le cadre de vie (cf. «L'évaluation interne : guide pour l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux» publié par l'ANESMS en 2006.

4. Retours de terrain

4.1. Rappels concernant la formation-action

L'Action Prioritaire Régionale «Comprendre et prendre en compte les phénomènes de souffrance au travail» a été lancée fin 2008. Cette action était cofinancée par Unifaf Rhône-Alpes et le Fonds pour l'Amélioration des Conditions de Travail (FACT) qui est géré par l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT).

Il s'agissait d'une formation-action qui poursuivait deux grands objectifs :

- ➔ un objectif pédagogique : fournir aux professionnels l'ensemble des éléments conceptuels et méthodologiques leur permettant d'identifier et de prévenir les situations à risque psychosocial dans leurs établissements ;
- ➔ un objectif opérationnel : impulser une culture de prévention dans chaque institution par la mise en œuvre d'une démarche interne d'évaluation des risques et la construction de mesures de prévention appropriées.

La réussite d'une démarche de prévention dans une institution nécessite d'une part, un engagement des décideurs, sans lesquels rien ne peut être envisagé et d'autre part, une appropriation par les équipes et les instances représentatives du personnel, sans lesquelles rien ne sera réellement mis en œuvre.

C'est la raison pour laquelle les administrateurs d'Unifaf Rhône-Alpes avaient décidé que la participation à cette APR se ferait sous la forme de binômes. Chaque établissement participant devait être représenté par le directeur, ou un cadre, et un représentant élu du personnel qui pouvait être aussi membre du CHSCT.

Commentaires de participants :

“En tant que directeur j'ai pu construire, au cours de cette formation, une relation de confiance avec mon DP.”

Un directeur

“Le binôme cadre/DP est très intéressant et ouvre des perspectives de travail. Je viens d'être élue au CHSCT, je ne connaissais rien et cela m'a permis très vite de mettre en lien ma formation obligatoire liée au CHSCT et la prévention des risques psychosociaux. Cette formation permet une autre lecture de l'institution qui contribue à se dégager des postures habituelles de conflit pour trouver d'autres solutions.”

Une éducatrice, élue au CHSCT

“Deux personnes différentes (cadre/DP), pas une opposition mais une complémentarité. Des milieux distincts, pas un contraste, mais une complémentarité. Une direction qui s'implique, pas un rêve, mais une dynamique de groupe. À deux, on se sent quand même moins seul !”

Une responsable unité des soins

« On peut parler de notre travail librement sans les enjeux habituels en interne. Cela donne d'autres grilles de lecture que les statuts plaqués pyramidaux et pourtant, les points de vue des différentes fonctions direction/RP ont été exprimés et partagés. Cela ouvre sur la possibilité qu'il peut y avoir des diagnostics et des solutions véritablement partagés. C'est un gros apport de la formation. Cela redonne du sens ainsi que « l'utopie » nécessaire pour retrouver l'envie de faire. »

Une représentante du personnel, élue au CHSCT

Cette formation-action s'est déroulée en articulant deux modalités :

- ➔ Le stage inter : dix jours de formation répartis en quatre modules sur six mois et un jour de capitalisation au bout d'un an.
 - Module 1 : Comprendre et analyser les risques psychosociaux au travail et les risques de maltraitance institutionnelle.
 - Module 2 : Méthodologie d'évaluation des risques.
 - Module 3 : Formuler le diagnostic des risques.
 - Module 4 : Concevoir la prévention.
 - Journée de capitalisation un an après.
- Chacune des inter-sessions devait permettre aux établissements de concevoir, organiser et mettre en œuvre la démarche. La matière recueillie était ensuite exploitée au cours des modules suivants.

- ➔ Un accompagnement intra, de 1,5 jour par établissement, utilisable sur environ un an à partir du second module de formation.

« L'outil apporté par la formation m'a apporté des réponses pour faire le lien entre la santé des salariés et la qualité de la prise en charge des usagers. C'est un sacré outil de management pour moi en tant que directeur car on peut travailler le sujet de manière partagée avec l'équipe. De plus, j'ai pris plaisir à revenir sur les modules et à retrouver cet espace de parole. »

Un directeur

« J'ai apprécié de pouvoir retirer ma casquette de cadre et de me mettre à nu dans les difficultés et questionnements que je rencontre avec un sentiment de grande sécurité. Ce que j'ai pu dire ici, jamais je n'aurais pu le dire ailleurs, la confiance du groupe était très forte. »

Un chef de service

« La formation est claire et les outils sont utilisables de suite. On ressort avec vraiment des choses utilisables, la méthode a du sens, elle est respectueuse. L'appropriation est aisée. »

Un élu au CHSCT

« Je ne savais pas en m'inscrivant qu'il y avait un accompagnement interne. Lorsque j'ai compris cela, j'ai été soulagée de savoir que nous ne serions pas seuls pour présenter tout ça aux collègues et pour animer le groupe pluridisciplinaire. C'était une aide inespérée et indispensable. »

Un représentant du personnel

Sept groupes ont participé à l'action totalisant une centaine de participants appartenant à 47 établissements, sur une période allant de novembre 2008 jusqu'à la fin du premier semestre 2011.

4.2. Transferts sur le terrain, les réussites et les difficultés rencontrées

4.2.1. Les résultats

70% des institutions participant à l'APR ont impulsé une démarche en interne ou ont poursuivi une démarche déjà en cours avant l'action de formation. Soit 33 établissements sur 47.

Plusieurs ont abouti, dans l'année, à la formulation d'un diagnostic partagé des risques et à la conception de mesures de prévention pour y répondre.

Les retours sont aujourd'hui de deux types :

- ➔ plusieurs ont déjà mis en œuvre des mesures d'amélioration de la vie au travail ;
- ➔ pour ceux qui sont en cours de diagnostic, la dynamique de mise en débat officielle sur des sujets aussi sensibles est souvent une nouveauté. Cette dynamique constitue déjà en soi une grande avancée dans la construction d'une culture de prévention. Quelquefois, c'est la première occasion pour certains professionnels d'aborder publiquement certains sujets.

“ La question de la santé au travail doit être, me semble-t-il, au cœur des préoccupations des établissements sociaux et médico-sociaux parce qu'elle impacte directement la qualité du service rendu aux personnes accueillies.

Avant d'entamer la démarche de formation, nous avons fait une sensibilisation importante du personnel aux questions de maltraitance, ce qui avait abouti à la création de personnes référentes pour la prévention de la maltraitance et le développement de la bientraitance.

Cependant, des situations de tension en certains lieux de l'établissement et à certains moments, nous ont alertés (le CHSCT et la direction) sur des situations de mal-être, voire de souffrance psychique de professionnels dans un service ou un autre.

La formation initiée par Unifaf a permis à l'établissement de focaliser son énergie un temps donné pour interroger ces situations et prendre un peu de recul en nous appuyant sur la méthodologie de travail proposée par le formateur.

Les causes à l'origine des situations de tension sont multiples et exigent une analyse dans un cadre serein avec des personnes qui ont appris à travailler dans la confiance, les unes avec les autres.

Aujourd'hui les choses ont évolué positivement et ces mêmes groupes, en souffrance à l'époque, ont pu exprimer à nouveau leur plaisir de travailler ensemble.

Nous avons réuni récemment tout le groupe de salariés qui a participé en interne à la réflexion dans le cadre de la formation «Souffrance au travail» depuis maintenant deux ans. Nous avons décidé de scinder ce groupe en deux pour continuer au quotidien le travail de vigilance et d'interpellation :

- ➔ un groupe est plus orienté sur la prévention de la maltraitance et le développement de la bientraitance des résidents ;
- ➔ l'autre groupe continuera à mener une réflexion sur les risques professionnels.

Nous croyons qu'un salarié «en bonne santé» contribue de fait à la bientraitance des résidents. Aussi, mettrons-nous régulièrement en commun la démarche initiée par chacun des deux groupes.

Aujourd'hui, nous pensons avoir fait un pas de plus dans la prévention dans la mesure où chacun est convaincu que la santé au travail est de la responsabilité tant de la direction que des salariés et qu'ensemble nous devons rester vigilants pour agir. À suivre... ”

Un directeur

Certains établissements ne sont pas parvenus à s'engager dans la démarche. On peut identifier deux types de situation :

- ➔ le manager était en difficulté avec ses équipes et/ou avec l'association, le dialogue social était tendu, voire, l'établissement était en crise. Le manager ne concevait pas de mettre en débat avec ses équipes ce sujet sensible compte tenu du climat ;
- ➔ il n'y avait pas de membre de la direction (directeur ou directeur adjoint) inscrit à l'action de formation et la décision de mise en œuvre ne s'est pas prise. Les salariés inscrits, DP ou représentants ou cadres, se sont retrouvés démunis sans possibilité d'impulser une démarche en interne.

“ Je déplore que nous n'ayons pas eu de hiérarchique dans notre binôme. Au début, cela a été difficile, je ne me sentais pas à ma place dans le stage et ressentais un complexe d'infériorité. Mais j'ai finalement trouvé ma place dans ce groupe et je me sens mieux armée dans ma nouvelle fonction d'élue. ”

Une élue au CHSCT

4.2.2. Exemples d'outils élaborés par les participants à l'APR

Lors de la formation, plusieurs séquences ont été consacrées à la production d'outils de recueil d'informations et d'analyse des situations de travail (guides d'évaluation, questionnaires, guides d'entretiens, etc.).

Ce travail d'élaboration d'outils avait trois objectifs :

- ➔ permettre aux participants de s'approprier les contenus théoriques et méthodologiques de la formation en les restituant et en les formalisant collectivement. Cela a permis de capitaliser plus d'informations que ce que chacun avait retenu individuellement, mais aussi, d'améliorer la compréhension des problématiques abordées. L'échange confortait ou venait questionner les points de vue et la compréhension, contribuant ainsi à l'enrichir ;
- ➔ permettre aux participants de passer du stade du savoir théorique à celui d'un début d'« expertise », par la construction d'un support permettant de transférer ces savoirs à d'autres, c'est-à-dire à leurs collègues de travail en interne ;
- ➔ concevoir un outil opérationnel suffisamment pédagogique, afin que leurs collègues de travail puissent se l'approprier et l'utiliser pour analyser les situations de travail sans avoir suivi le stage. Chaque groupe formé a donc produit un outil. Les participants l'ont ensuite présenté dans leurs établissements respectifs à leurs collègues de travail, qui l'ont enrichi et complété lorsque c'était nécessaire, ou simplement utilisé en l'état.

Voici un exemple de guide de questionnement élaboré par un groupe de participants à la formation. Il est destiné à des groupes de travail pluridisciplinaires internes aux établissements, chargés d'évaluer les risques dans l'institution.

Champ des questionnements pour l'analyse des risques psychosociaux

Analyse des données inertes

- ➔ synthèse des travaux existants : résultats d'enquêtes, synthèse des travaux réalisés par le CHSCT, constats de la médecine du travail, etc. ;
- ➔ synthèse des risques déjà identifiés et des mesures de prévention existantes ou en cours ;
- ➔ données RH : taux d'absentéisme, turn-over, accidents du travail, incidents...

Les champs de causalité des RPS

L'activité

- ➔ charge mentale et émotionnelle liée à l'évolution (alourdissement) des pathologies et des situations des usagers ;
- ➔ charge mentale : empilement de tâches, multiplication des informations à traiter, complexité, variation de charges, etc. ;
- ➔ adaptation des pratiques professionnelles, maîtrise des outils ou enjeux, etc. ;
- ➔ charge de travail quantitative : tâches administratives et/ou amplitudes horaires, etc. ;
- ➔ évolutions du métier, glissement de tâches et de responsabilités (entre soin et éducatif : AMP, ES, ME, ASH, MM, etc.) ;
- ➔ marge de manœuvre, autonomie, contrôle sur son activité. Excès ou insuffisance du prescrit ;
- ➔ passage d'une culture orale à plus de formalisme ;
- ➔ disponibilité des ressources (infos, matériel...) pour agir ;
- ➔ dissonance des valeurs professionnelles (éthique) ;
- ➔ aboutissement du travail, sentiment de qualité du travail.

Le lien social

- ➔ appartenance au groupe, à l'équipe, à l'association/exclusion de personnes d'un collectif, clans, etc. ;
- ➔ rencontres et échanges/isolement (postes isolés, ...) ;
- ➔ temps de rencontre informels et formels et de coordination ;
- ➔ aide et soutien : matériel et technique ou écoute et soutien émotionnel ;
- ➔ reconnaissance par ses pairs ;
- ➔ conflit de culture et inter-métiers, hiérarchies informelles entre métiers ;
- ➔ accueil, intégration des nouveaux professionnels ou stagiaires, en termes de dynamique de groupe et de transmission des savoirs.

Le lien managérial

- ➔ lien de confiance avec sa hiérarchie. Capacité d'écoute et soutien ;
- ➔ possibilité d'expression, prise en compte des avis, connaissance des décisions ;
- ➔ lisibilité des processus de décision, clarté des délégations et responsabilités ;
- ➔ absence ou insuffisance d'arbitrages, de régulation (sur les champs technique, organisationnel, conflits) ;
- ➔ culture différente des cadres : approches différentes de l'application, problème de cohésion et de formation des cadres, évolution du métier de cadre, des fonctions et des styles managériaux, culture managériale peu partagée ;
- ➔ dislocation des appartenances-métier, expertises et management : valeurs et légitimité du cadre.

L'organisation du travail

- ➔ transmission des pratiques, consignes... intra-équipe, inter-équipe ou d'une équipe à un intervenant ponctuel, inter-service, inter-métier ;
- ➔ planification des activités et des temps de réunion. Gestion des temps de travail, congés, repos, absences, remplacements ;
- ➔ lisibilité formelle de l'organisation du travail (organigramme, procédures) ;
- ➔ rythme des changements et pertinence des modes d'accompagnement ;
- ➔ problème de collision et des incohérences entre demandes fonctionnelles et hiérarchiques ;
- ➔ conflit des acteurs dans l'utilisation de la ressource (transport, remplacement) ;
- ➔ lisibilité et visibilité du projet de service.

Le lien à l'emploi et les perspectives de carrière

- ➔ lisibilité des évolutions et des changements (insuffisance des accompagnements et/ou des pertes d'emploi) ;
- ➔ lisibilité du projet associatif, du projet d'établissement ;
- ➔ cohérence entre les responsabilités et les statuts ;
- ➔ perspectives de carrière et d'évolution, possibilités de formation... ;
- ➔ équilibre vie privée/vie professionnelle : distances et transport, envahissement de la sphère privée par la vie professionnelle, altération du rôle parental.

“En fait, c'est un peu révolutionnaire d'avoir ainsi pu s'autoriser à regarder autrement les problèmes avec cette grille de lecture des risques psychosociaux. En effet, contre toute idée reçue, cette approche met les gens en sécurité - tant du côté des managers que des personnels - et par conséquent, cela facilite l'expression des véritables problèmes de fond et des difficultés de chacune des parties. ”

Un directeur

“Nous avons co-animé en binôme (RP/directeur) une réunion de crise avec une équipe en grande difficulté. Dans les moments les plus difficiles de la réunion où les professionnels dérapaient en agressions et accusations mutuelles, cette grille a été notre garde-fou pour tout de même garder le cap, calmer le jeu et recentrer le débat sur les problèmes de travail. ”

Un représentant du personnel, élu au CHSCT

“On a présenté l'outil d'analyse des risques à notre directeur qui a compris que l'on n'était pas dans l'accusation du management et ça l'a soulagé. ”

Un chef de service

Guide d'enquête sur les conditions de la bientraitance

Les questionnements des professionnels du groupe pluridisciplinaire concernant la bientraitance :

- ➔ Identification des situations où les conditions de la bientraitance ne sont pas réunies. Exemples concrets.
- ➔ Y a-t-il un lieu où l'on puisse parler des situations et où on les régule ? Quel résultat cela donne-t-il ? Est-ce satisfaisant ?
- ➔ L'individualisation de la prise en charge est-elle satisfaisante ? Est-ce que les différents intervenants se coordonnent autour du projet individualisé ?
- ➔ L'information, le consentement éclairé, la participation des usagers et des familles.
- ➔ Comment sont gérés et débriefés les situations difficiles, de crise ou de violence et les incidents avec les professionnels ? Avec les usagers ?

Les modalités de recueil d'informations auprès des usagers et de leurs représentants :

- ➔ Synthèse des enquêtes déjà réalisées auprès des usagers s'il en existe dans l'institution.
- ➔ Un recueil d'informations qualitatif par entretiens individuels (sur un échantillon, interview neutre par un professionnel qui n'est pas en contact avec l'utilisateur ou par un externe) ou entretiens collectifs (réunion d'expression).
Contenu des questions possibles : 3 à 7 questions maximum à élaborer avec le groupe pluridisciplinaire

4.3. Illustrations : trois exemples de diagnostics de situations à risques et de mesures de prévention

Les deux premières illustrations présentées ci-dessous sont des situations à risques extraites des diagnostics réalisés dans des institutions par des groupes de travail pluridisciplinaires sur les RPS.

La troisième illustration a trait à la conception du volet risques psychosociaux du Document Unique d'évaluation des risques professionnels dans un foyer pour personnes handicapées.

4.3.1. Prise en charge difficile, dispersion des postures professionnelles et tensions dans l'équipe - Foyer d'accueil médicalisé

Situation dans un service

Des professionnels débordés par la pathologie d'un usager (urine dans ses vêtements plusieurs fois par jour, ne supporte pas les vêtements, nécessité d'un corps à corps pour s'en occuper alors qu'il est couvert d'urine, agressivité, automutilation, envahissement du groupe des autres résidents ...).

Un sentiment d'impuissance de la part des professionnels et le sentiment de ne pas être soutenus ou entendus dans leurs difficultés émergent. Les écarts de posture professionnelle se marquent entre les différents membres de l'équipe. La tension entre les membres du groupe se développe avec remise en cause mutuelle des pratiques des uns et des autres, sentiment d'isolement par rapport aux autres groupes et rancœurs, difficulté de se coordonner pour les membres de l'équipe de nuit, isolement du professionnel lors de son intervention.

Diagnostic

La capacité des professionnels à accepter et à supporter une activité à forte pénibilité ou à forte sollicitation émotionnelle dépend du degré de soutien et de coordination du collectif notamment par l'élaboration d'une stratégie de prise en charge concertée en équipe.

Ceci implique également qu'en cas de désaccord au sein de l'équipe, il y ait un arbitrage sur la position éducative, au risque sinon que le désaccord persiste.

Tant que cette coordination n'est pas assurée, la responsabilité des causes de souffrance est alors attribuée à un individu ou un autre qui incarne alors les souffrances vécues jusqu'à la stigmatisation et son exclusion du groupe. Exemple : la pathologie de l'utilisateur, ou encore l'incompétence de tel ou tel professionnel...

Perspectives

Une issue positive de cette situation : un partenariat a été mis en œuvre avec un psychiatre (quelques entretiens avec l'utilisateur seul et entre l'utilisateur, le référent et les parents). Cela a permis aux professionnels de comprendre le sens du comportement de l'utilisateur, de concevoir en équipe une stratégie commune de prise en charge et de la tester avec succès dès la 1^{ère} semaine. Les remises en cause mutuelles ont cessé et chacun a pris conscience que l'éviction de l'utilisateur aurait été une erreur et un échec éducatif.

Perspectives de prévention et plan d'actions

Dès lors qu'une crise avec l'utilisateur survient, réunir dans un délai court l'ensemble des membres concernés par la prise en charge (équipe d'accompagnement, service de nuit, soin, maîtresse de maison...), en partenariat avec un psychiatre (dans la mesure du possible), afin :

- ➡ d'analyser la situation : repérer l'ensemble des causes qui ont précédé la crise liées aux événements de vie de l'utilisateur, à l'organisation du groupe, aux postures professionnelles, etc. ;
- ➡ de concevoir et décider d'une posture de prise en charge commune avec une phase de test et un bilan ;
- ➡ de mettre en place des critères d'observation pour définir les crises ou le niveau de crise (angoisse, ...), et convenir d'une procédure d'alerte.

Ce système pourrait être mis en place et piloté par la hiérarchie.

Les outils à mettre en place

Détermination de critères d'observation des situations et de déclenchement de :

- ➡ séances de régulation de crise dans les 48h maximum ;
- ➡ ou réunions de prévention (ex : réunion hebdomadaire du jeudi).

Réflexion sur l'optimisation des temps de réunions et comment dégager un temps de gestion de crise ou de régulation préventive des situations qui montent.

Qui élabore ce dispositif et les outils ?

Les membres du groupe pluridisciplinaire, les 2 chefs de services, le psychiatre. En réunion de travail.

Calendrier

Echéance de conception du dispositif fin mars 2010.

Présentation aux équipes dans la foulée

Mise en place en septembre 2010.

4.3.2. Des plannings variables à l'internat d'une Maison d'Enfants à Caractère Social

Diagnostic initial

Les plannings de l'internat varient d'un jour à l'autre. Ils sont organisés par cycle de 4 semaines, le tout planifié sur l'année. Les horaires sont coupés. Exemple : 7h30-9h30, puis 11h30 -13h30 (les enfants rentrent pour le repas de midi, c'est un choix institutionnel qui a déjà fait l'objet d'un débat il y a 10 ans).

Il y a des variations du planning en fonction des imprévus : audiences, arrêts de travail, ... Il y a une remplaçante en cas d'arrêt de travail d'un membre de l'équipe. Cependant, cela ne suffit pas et les plannings varient environ une fois par semaine en fonction des événements, en particulier en avril, mai et juin.

À cela s'ajoute le travail à faire hors présence des enfants. Parfois, certains travaillent en dehors de leurs heures pour faire ce complément.

Il existe deux grilles d'activités où le nombre d'heures effectuées par type d'activité est noté :

- ➔ éducatif : le lever, la soirée, etc. ... ;
- ➔ les autres activités dites «administratives».

Les congés sont rarement planifiés sur l'année. Les professionnels ne le font pas et ils posent parfois leurs congés de manière tardive, d'un mois pour l'autre. Cela génère soit des refus, soit des modifications de planning pour tous les autres.

On pourrait améliorer cela avec une planification des congés de chacun au moins à 6 mois et ceci uniquement pour les services qui sont le plus en difficultés par rapport aux variations de planning.

Le chef de service travaille à l'amélioration des plannings.

Impacts sur la vie personnelle et le confort de travail

Les variations de planning interfèrent quelquefois avec l'organisation de la vie familiale (rendez-vous personnels à modifier, etc.). Les horaires coupés également.

Les évolutions positives depuis la rentrée (3 mois après le diagnostic initial)

Les variations de planning sont moins fréquentes que sur les 2 années précédentes. Depuis la rentrée, chaque salarié de l'internat pose ses souhaits de congés pour 3 mois à l'avance sur une grille commune interne à chaque groupe d'internat. Cependant, il n'y a aucune connaissance des plannings des 3 autres groupes d'internat et de ceux de la remplaçante qui intervient sur les 4 groupes d'internats. Le planning de chaque groupe est validé par le chef de service mais pas toujours de manière coordonnée avec les plannings de la remplaçante et des 3 autres groupes. Ceci produit encore des variations.

Pour les groupes 1, 2 et «chalet», les variations de planning sont supportables ; les professionnels s'organisent entre eux au sein des équipes et cela fonctionne bien. En effet, il n'y a eu que 3 gros changements de planning cette année alors que l'année précédente il y en avait eu 8. (Pour le moment il n'y a eu qu'1 changement entre septembre et novembre).

Dernières résolutions concernant les horaires coupés

Un vote a eu lieu pour l'adoption des horaires continus au lieu des horaires coupés. En revanche, ces horaires générant des heures supplémentaires, on ne va pas passer en horaires continus pour tout le monde et tout le temps. De plus, les équipes fonctionnaient avec un quota d'heures volantes (environ 6h par semaine) qui permettaient une souplesse qui n'existera plus. Il faudra que chacun planifie plus rigoureusement son activité (ex : rendez-vous extérieurs, réunions...).

Le groupe pluridisciplinaire et la direction devront rester vigilants à ce que cette réorganisation ne soit pas génératrice de risques pour la santé et d'abaissement de la qualité de la prise en charge.

Perspectives de prévention

- ➔ poursuivre l'amélioration de l'anticipation sur les prises de congés à 6 mois. En cas de non-transmission de dates de congés par des professionnels dans les délais, c'est le chef de service qui posera leurs congés dans le planning ;
- ➔ organiser les récupérations horaires sur des cycles plus longs ;
- ➔ améliorer individuellement et collectivement la planification des réunions et rendez-vous professionnels (audiences, consultations, rendez-vous, formations, réunions, etc.) et les intégrer autant que possible en amont dans les plannings d'équipe ;
- ➔ points de vigilance sur les effets de la réorganisation du temps de travail.

Point de vigilance en matière de bientraitance des enfants

Veiller à ce que les nouveaux horaires de travail des personnels ne s'accompagnent pas d'une réduction du taux d'encadrement sur les temps forts de la journée (matin, midi et soir) et n'altèrent pas la qualité de la prise en charge.

4.3.3. Conception et mise en oeuvre du volet risques psychosociaux du DUERP dans un foyer pour personnes handicapées (suite en annexe p. 63)

Origines du projet

En conformité avec le Code du travail en ces articles R4121-1 et R4121-4, le foyer dispose d'un DUERP. Lors d'une visite d'un inspecteur de la CRAM en 2008, venu consulter ce document, le foyer a été invité à réfléchir sur un risque nouveau : les risques psychosociaux. L'inspecteur de la CRAM a repéré des actions existantes sur ce risque mais non identifiées en tant que telles et surtout non formalisées dans le DUERP.

Méthodologie adoptée

Un groupe de travail a été mis en place de février 2009 à juin 2010 (1 réunion par mois), afin d'élaborer cette partie du DUERP. Ce groupe est constitué de la direction, de représentants du personnel, de salariés, de cadres, des psychologues et du binôme qui a participé à l'APR mise en place par Unifaf en 2009 (une élue au CHSCT, la responsable du Pôle Emploi/ Formation/ Développement RH). Selon la méthodologie proposée dans le cadre de l'APR, un consultant extérieur a guidé le groupe de travail dans la réflexion et l'élaboration du volet risques psychosociaux du DUERP. Ce groupe a évolué au fil des mois dans sa composition et dans sa réflexion. La démarche consistait à formuler une analyse et une évaluation à partir de situations réelles de travail, puis à concevoir des mesures préventives, enfin, à formaliser l'ensemble.

Analyse, diagnostic et cotation

L'analyse des risques psychosociaux a été menée grâce à des situations diverses de terrain ramenées par les professionnels lors des réunions (une écrite et une orale). Ce matériau a permis de dégager des champs de causalité au nombre de 4 :

- ➔ l'activité ;
- ➔ Le lien social ;
- ➔ Le lien managérial ;
- ➔ l'organisation (du travail et structurelle).

Dans un premier temps, à partir de ces 4 champs, des facteurs de risques ont été identifiés

et illustrés avec des exemples pour faciliter la compréhension (des tableaux d'analyse détaillée sur chaque champ ont été élaborés mais ils ne sont pas présentés ici, seul le diagnostic synthétique est présenté en annexe).

Puis, dans un second temps, chaque risque a fait l'objet d'une cotation, selon l'échelle suivante :

- ① Situation favorable à l'épanouissement de l'agent. **Niveau 1** ;
- ② Difficultés de faible intensité passagères, ponctuelles ou isolées (ou potentielles). **Niveau 2** ;
- ③ Manifestations de santé physique ou morale préoccupantes et/ou taux d'absence un peu plus élevé que la normale et/ou intensité des tensions et conflits un peu plus élevée que la normale. **Niveau 3** ;
- ④ Plusieurs manifestations préoccupantes de santé et/ou un taux d'absence élevé et/ou une intensité des tensions et conflits anormalement élevée et/ou une manifestation isolée d'une rare intensité traumatique (crise). **Niveau 4**.

Nb : aucune situation professionnelle relevant d'un risque de niveau 4 n'a été identifiée à ce jour dans l'établissement.

4.4. Conclusion : synthèse des risques identifiés dans les établissements et des actions de prévention

Les éléments présentés dans cette section peuvent être considérés comme les résultats d'une recherche-action.

Cette présentation n'est en rien exhaustive, elle est une synthèse de ce qui a été identifié de manière assez transverse aux différents établissements qui se sont engagés dans la démarche. Les risques particuliers à chacune des structures ainsi que les mesures de prévention très spécifiques voire individuelles, ne sont pas présentés.

4.4.1. Les principaux risques psychosociaux identifiés dans les établissements engagés dans la démarche

L'ensemble des situations à risque s'inscrit dans un contexte de profondes mutations du secteur, à savoir :

- ➔ apparition d'une logique de prescription : schémas départementaux, régionaux. Passage d'une logique d'initiative associative à une logique de prestation de services ;
- ➔ disparition des petites entités au profit de grosses structures par l'effet des regroupements associatifs ;
- ➔ passage d'organisations traditionnelles à des logiques matricielles plus complexes ;
- ➔ contrôles et réductions budgétaires accrus ;
- ➔ mutation des rôles des directeurs, chefs de services, éducateurs avec glissement des responsabilités.

① Des restructurations qui se déroulent dans l'incertitude

- ➔ changements institutionnels fréquemment pilotés dans l'incertitude des arbitrages et négociations avec les financeurs ;
- ➔ difficultés d'anticipation sur des changements importants: déménagements, fusions de services,...

Conséquences : incertitude et grande détresse chez les professionnels de terrain. Tensions accrues dans les relations hiérarchiques.

2 Direction et encadrement technique parfois en grande difficulté

⇒ passage d'une logique de pilotage par les cadres techniques (niveau directeur d'établissement) à un pilotage institutionnel et gestionnaire niveau Direction générale.

Conséquences : réduction de l'autonomie et des marges de manœuvre des cadres de direction, voire disparition progressive de la fonction.

3 Tensions entre ressource allouée et exigence de prestation

⇒ une augmentation progressive de la performance souvent nécessaire mais qui s'exerce quelquefois au-delà de seuils réalistes ;

⇒ un décalage entre une diminution progressive du financement et une exigence de prestation constante, quelquefois en hausse.

Conséquences : atteintes possibles à la santé si ce décalage s'impose réellement comme une injonction paradoxale à laquelle le professionnel ne peut pas se soustraire (par exemple lorsqu'il n'a pas la possibilité de prioriser son activité et de réduire l'exigence à son niveau, au moins de manière informelle).

4 Charge émotionnelle, voire violence accrues dans la relation aux usagers

⇒ alourdissement des situations des personnes accueillies.

Cela s'accompagne : d'une augmentation des situations de violence, de professionnels déroutés et débordés, d'atteintes à la santé physique (coups et blessures) et morale des professionnels.

5 Dislocation de l'identité de certains métiers

⇒ effacement des frontières entre les activités éducatives et les activités de soin ou de prise en charge psychiatrique ;

⇒ la dimension soin et le rapport au corps sont de plus en plus nécessaires dans la prise en charge.

Conséquences : métiers éducatifs en difficulté car cette dimension est peu développée dans leur formation initiale et dans leurs pratiques.

6 Carences des mécanismes de coordination

⇒ passage d'une culture orale, coordination horizontale et fondée sur l'expertise métier à une culture du formalisme, coordination verticale et pilotage gestionnaire ;

⇒ carences d'arbitrages hiérarchiques concernant le contenu des prises en charges.

Cela s'accompagne : d'une dispersion des pratiques avec remises en cause mutuelles, persistance des désaccords, pourrissement des conflits.

7 Des aménagements de « confort » érodés par les impératifs de performance

⇒ des impératifs de planification du travail qui heurtent les usages ;

⇒ ou une prise en compte excessive des besoins individuels d'aménagement de plannings ;

⇒ des taux d'absentéisme élevés.

Conséquences :

• Variations incessantes de plannings et d'emplois du temps individuels (plusieurs fois par semaine).

• L'organisation des plannings et des remplacements peut représenter jusqu'à 80% du temps de travail d'un chef de service, au détriment d'une disponibilité auprès des équipes sur le soutien à la prise en charge, etc.

4.4.2. Les mesures de prévention prévues par les établissements

1 Niveau institutionnel et stratégique

Amélioration des processus d'accompagnement du changement (méthodologie de projet):

- Information sur les niveaux de décisions (externe/ institutionnel/établissement).
- Prise en compte et accompagnement des individus dont les postes sont directement impactés par un changement.
- Anticipation des réorganisations prévisibles.
- Information/participation des professionnels sur les modalités de mise en œuvre des changements: élaboration de projets d'unités, élaboration de processus de coordination, achat de matériel, réaménagement de locaux de travail, etc.
- Au-delà d'un certain seuil réaliste de performance, révision des missions, des exigences et des priorités en cohérence avec les ressources allouées.

2 Niveau managérial et organisationnel

- Mise en place de régulations et d'arbitrages pilotés par l'encadrement pour l'adoption de postures professionnelles communes notamment sur les prises en charge difficiles.
- Révision des modes de conception/modification des plannings en améliorant l'anticipation des activités planifiables (congés, rendez vous...).
- Repositionnement de la fonction hiérarchique et/ou fonctionnelle d'un cadre de proximité.
- Amélioration de la coordination par la mise en place d'un projet individualisé unique partagé entre les services intra-établissement, voire inter-établissements sur certains volets.

3 Niveau de l'étayage des pratiques et du soutien

- Mise en place d'un système de soutien, passage de relais en cas de difficulté avec un usager.
- Mise en place d'un système de débriefing systématique des situations de crise avec un usager : analyse des causes, des mesures ou actions mises en œuvre, les améliorations à apporter.
- Mise en place de mesures de soutien à la pratique (formations, analyse de pratiques, formalisation de référentiel de pratiques...) sur :
 - le rapport au corps et le soin ;
 - les pathologies psychiatriques ;
 - la prévention de la violence et des agressions.

4 Traitement des situations de personnes en souffrance

Création d'un groupe de veille et de traitement des situations de souffrance de professionnels ou d'usagers.

5 Suivi des risques et du plan de prévention

Création d'une instance pérenne de suivi des risques et de la mise en œuvre du plan de prévention.

5. Conclusion

Comme le montrent ces travaux, les acteurs de notre OPCA n'ont pas attendu que le sujet de la «souffrance au travail» et des risques psychosociaux soit sur le devant de la scène et fasse l'objet d'une législation pour en faire une véritable préoccupation. Ainsi, nous ne pouvons que nous féliciter de l'adhésion des établissements ayant participé à l'APR, des démarches proposées et de l'engagement de la très grande majorité dans un travail de fond en la matière.

Nous tenons également à souligner la qualité des travaux et le professionnalisme des intervenants du cabinet AFCOR qui ont animé la formation-action et assuré la rédaction de ce cahier. Félicitations à toutes et à tous.

À travers cette contribution, la Délégation Régionale Paritaire espère avoir concouru :

- ➡ à enrichir la problématique ;
- ➡ à répondre à certaines de vos questions ;
- ➡ à ouvrir des pistes de réflexion...

Se recentrer sur le métier, valoriser dans l'organisation le plaisir de travailler ensemble et le goût des responsabilités, comprendre ce qui se produit, sont autant de facteurs/indicateurs de résistance aux risques psychosociaux, mais aussi des critères de qualité de la prestation pour ce qui concerne le «travail sur autrui».

Que l'innovation mise en œuvre à travers ces sessions d'APR aboutisse à un tel résultat est une vraie satisfaction pour les administrateurs d'Unifaf et le service technique régional.

Dans un environnement où le travail partenarial devient indispensable, pour trouver notamment des cofinancements permettant de garder un haut niveau d'intervention, Unifaf Rhône-Alpes n'a pas hésité à aller solliciter l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), qui nous a soutenus dès le début de ce projet ; qu'elle en soit ici remerciée.

Enfin, si cette parution permet à l'avenir de prévenir et traiter, même modestement, les risques liés à la souffrance au travail des professionnels de nos institutions, alors notre objectif aura été atteint.

Annick PRIGENT et Daniel ROSSI
Présidents de la Délégation Régionale Paritaire Unifaf Rhône-Alpes

Annexe

Extraits du Document Unique sur le volet Risques psychosociaux et plan de prévention des foyers Nord Isère (octobre 2010)

L'afipaeim est une association du secteur médico-social qui accueille, dans ses 35 établissements et services implantés sur tout le département de l'Isère, des enfants et adultes porteurs d'un handicap intellectuel. Elle emploie près de 2000 salariés.

L'afipaeim connaît, particulièrement depuis ces dernières années, des changements majeurs liés à l'évolution des exigences politiques, législatives, règlementaires et conventionnelles (loi du 02 janvier 2002, loi HPST, création de l'Agence Régionale de Santé, ...), à l'évolution des personnes accueillies (vieillesse de la population, part plus importante de personnes présentant des troubles associés notamment des troubles psychiques, ...), à l'adaptation de son offre aux besoins des personnes handicapées et de leurs familles (agrèments élargis), à la recherche d'efficacité (constitution de pôles Enfance, regroupement de structures, développement de nouvelles activités et apparition de nouveaux métiers, ...).

Ces changements ne sont pas sans impact sur la culture, l'organisation interne et le fonctionnement de l'association, sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives. Autant de facteurs qui, ajoutés aux spécificités de l'activité médico-sociale, peuvent être générateurs de risques psychosociaux (RPS) : perte de repères, conflit de valeurs, anxiété, stress, dépression, violences, ...

Pour prévenir ces risques mais aussi traiter des situations existantes et en limiter les incidences (augmentation des arrêts de travail, des maladies professionnelles et de l'absentéisme, démotivation, baisse de la qualité de l'accompagnement, dégradation des relations, ...), des établissements de l'afipaeim ont souhaité bénéficier de l'Action Prioritaire Régionale «Connaître, prévenir et prendre en compte les situations de souffrance au travail» proposée par Unifaf et animée par le cabinet Afcor sous forme de formation-action.

Cette formation a été bénéfique à plusieurs titres. La participation conjointe et pré-requis d'un cadre opérationnel et d'un représentant du personnel d'un même établissement, a permis d'instaurer des échanges employeur/IRP sur la base d'un cadre de référence commun et de créer ainsi les conditions d'un dialogue ouvert sur la question sensible et complexe des RPS. Le suivi du cabinet Afcor en établissement a permis d'étayer l'analyse de situations de RPS et d'imaginer des pistes d'action ad hoc. Certains établissements ont pu élaborer le volet

RPS de leur Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels et établir le plan d'action associé. À un niveau plus général, cette action a apporté des repères pour mettre en place une démarche structurée et pérenne de gestion et de suivi des RPS, à savoir : la nécessité de constituer un groupe pluridisciplinaire pour permettre d'analyser des situations de RPS à travers des angles de vue différents (employeur, IRP, psychologue, médecin du travail, salarié, ...) et rendre cette analyse la plus objective et la plus juste possible, d'explorer des champs de causalité autres que la composante individuelle en interrogeant la charge mentale liée à l'activité professionnelle, la relation personne / environnement, l'organisation du travail...

C'est dans ce cadre et par la prise en compte de ces points de vigilance que l'un de nos établissements «Les Foyers Nord Isère» a récemment mené ses travaux qui vous sont présentés ci-après.

La Direction des Ressources Humaines Afipaeim Isère

I / Diagnostic synthétique des risques

CHAMP 1 : L'activité

- ➔ Evolution des types de publics accueillis et alourdissement des pathologies : Situations plus lourdes et plus complexes qui sollicitent davantage les équipes (charge émotionnelle) – Niveau 2 ;
- ➔ Métiers de l'éducatif qui évoluent vers plus de soin ou de prise en charge psychiatrique. Cœur de métier qui nécessite d'être réinterrogé, réactualisé et étayage des pratiques professionnelles. (référentiel métier, soutien à la pratique, référentiel de pratiques) – Niveau 2 ;
 - Indicateurs chiffrés : agression verbale, physique de type auto-agression et par type de structures ;
 - Régression physique, décès résidents : 2 en 2 ans ;
 - Alourdissement des pathologies caractérisé par un ratio (pathologie lourde/pathologie légère sur 3 ans par service et par taux d'encadrement), augmentation du niveau de dépendance des personnes accueillies + temps de prise en charge de ces résidents.
- ➔ Usure par routine et insuffisance d'interrogation des pratiques professionnelles. Conséquences possibles : altération de la qualité de la prise en compte/ écoute des besoins des usagers – Niveau 1.

Détail de l'analyse du champ 1 : L'activité

Champs de causalité	Facteurs de risques	Illustrations de situations
<ul style="list-style-type: none"> ➔ accompagnement de personnes dépendantes et présentant des troubles psychiques (déficiences intellectuelles, psychoses déficitaires, troubles du comportement...); ➔ la problématique de la population accueillie croit, et induit une forme de chronicisation, accentuée par le vieillissement ; ➔ complexité des prises en charge et des pathologies ; ➔ inadéquation entre certaines pathologies et l'agrément historique de l'établissement ; ➔ limites des prises en charge en lien avec l'agrément. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ répétition des consignes, des gestes ; ➔ agressivité des personnes accueillies (vis-à-vis d'autrui et auto-agressivité) ; ➔ chronicisation des pratiques, forte incapacité à prendre du recul vis-à-vis des situations, d'où risque de maltraitance passive (non respect des projets personnalisés, difficulté à adapter les actions aux besoins et aux attentes du public ; ➔ absence de dynamisme et de créativité ; ➔ taille et composition des groupes (groupes trop importants, grande hétérogénéité) ; ➔ confrontation aux souffrances psychiques des personnes accueillies. 	<ul style="list-style-type: none"> ❶ des prises en charge difficiles liées aux manifestations de tensions, d'agressivité vis-à-vis d'autres résidents, parfois à l'égard des professionnels ; ❷ des comportements avec des facteurs déstabilisants pour les autres résidents et pour les professionnels supposent : <ul style="list-style-type: none"> ➔ une vigilance extrême de la part des professionnels ; ➔ et il découle parfois : <ul style="list-style-type: none"> • une ambiguïté du positionnement éducatif (ambivalence et clivage) ; • beaucoup d'émotion à gérer et à contrôler par les professionnels ; • beaucoup d'attentes perçues vis-à-vis des partenaires extérieurs (secteur psychiatrique, MDPH, ESAT...); • le sentiment d'impuissance ressentie par le professionnel par rapport aux situations vécues, lors des accompagnements de l'utilisateur mais aussi au moment de sa sortie brutale et rapide de l'établissement ; • une attaque de la notion de continuité du parcours de vie.

CHAMP 2 : Le lien social

- ⇒ Insuffisance de coordination autour des projets de prise en charge : multiplicité des intervenants en partie du fait des remplacements fréquents pour absentéisme normal (taux absentéisme 6 %) par des personnes non formées – Niveau 2

- ⇒ Intégration des nouveaux professionnels (provisoires ou permanents) insuffisante – Niveau 2
 - *Indicateurs : taux et fréquence des remplaçants sur chaque structure*

- ⇒ Coordination inter-métiers parfois insatisfaisante : entre éducatif et services généraux (maitresses de maison) ; entre personnels de nuit (veilleurs) et de jour pour les internats et entre SAJ et foyers d'hébergement; entre éducatif et cadres techniques (psychologues médecins) ; entre sites – Niveau 2
 - *fréquence des révisions des PI et quelle participation des métiers ?*

- ⇒ Isolement de certains métiers (maitresses de maison, veilleurs, agents d'entretien) – Niveau 2 avec une attention particulière afin de ne pas basculer dans un risque Niveau 3.
 - *Indicateurs : nombres de réunions où participent les salariés dits isolés, fréquence des réunions qui réunissent tout le monde. Nombre de réunions, temps d'échanges entre services et nombre de transferts.*

Détail de l'analyse du champ 2 : Le lien social (relations interprofessionnelles)

Champs de causalité	Facteurs de risques	Illustrations de situations
<ul style="list-style-type: none"> ➔ l'accueil de nouveaux professionnels (remplaçants, stagiaires, nouveaux recrutés...); ➔ la transmission des savoirs, des savoir-faire, des savoir-être; ➔ le partage des informations sur le projet de la structure, sur les projets des résidents (articulation autour du projet personnalisé); ➔ la complémentarité et la reconnaissance entre les différents corps de métiers intervenant dans le champ de l'accompagnement. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ turn-over au sein de l'équipe qui génère une perte de repères et une usure; ➔ déficit de communication entre les membres de l'équipe; ➔ dévalorisation du professionnel, remise en question négative, par lui-même ou par l'équipe, du travail réalisé; ➔ manque de reconnaissance des compétences des différents membres de l'équipe; ➔ méconnaissance des procédures et/ou mauvaise appropriation des procédures existantes; ➔ manque de clarification des rôles et des tâches de chaque acteur; ➔ multiplicité d'intervenants internes et ou externes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ un absentéisme structurel (congés maternité, congés parentaux); ➔ un absentéisme conjoncturel (maladies avant maternité et maladies autres); ➔ les informations concernant les personnes accueillies ne sont pas toujours rendues accessibles aux remplaçants et aux nouveaux arrivants titulaires. Ce déficit peut mettre en difficulté ces professionnels; ➔ les sollicitations trop nombreuses dans les transmissions d'information et la lassitude générée par le turn-over de remplaçants accentue une forme de défiance vis-à-vis des autres professionnels invalidant ainsi la richesse de complémentarité introduite par la diversité des intervenants.

CHAMP 3 : Le lien managerial

⇒ La dispersion géographique des structures et l'individualisation des accompagnements des équipes et parfois l'insuffisance d'arbitrage sur le contenu des prises en charge par la hiérarchie génèrent des tensions intra et inter-équipes, et inter-métier. Cela peut être la conséquence des postures managériales, soit liées au turn-over des services, soit liées à la remise en cause de la légitimité à arbitrer des tensions – Niveau 2

- *Indicateurs : turn-over des chefs de service et ancienneté, taux d'absentéisme par métier et par service (non présenté dans cet extrait).*
- *2 chefs de service en moyenne qui partent et arrivent chaque année. Depuis 2001, chaque chef de service reste en poste en moyenne 3,5 ans.*

⇒ Evolution des missions des chefs de service (le temps consacré à l'administratif prend le pas sur le temps qui devrait être consacré à l'accompagnement des équipes)

⇒ Le rôle du chef de service, qui conduit à apporter des éléments de changement et des directives auprès des équipes, l'amène à se confronter à des manifestations d'insatisfaction de ces dernières – Niveau 2 avec une attention particulière pour ne pas basculer dans un niveau 3

⇒ Une direction qui absorbe une partie des pressions et directives externes (par ex : pilotage de nouveaux projets dans un contexte trop paradoxal) afin de préserver ses équipes – Niveau 2

Détail de l'analyse du champ 3 : Le lien managerial

Champs de causalité	Facteurs de risques	Illustrations de situations
<ul style="list-style-type: none"> ➔ communication avec : <ul style="list-style-type: none"> • terrain ; • direction FNI ; • direction Afipaem. ➔ sens donné aux actions ; ➔ positionnement inter-individuel ; ➔ représentation des missions de chacun ; ➔ déficit managérial qui peut, en fonction de certaines équipes qui accueillent un public plus ou moins autonome, générer des risques psychosociaux : attentes des équipes différentes, positionnement du cadre différent, suppose un étayage technique plus ou moins fort : un questionnement d'équipe régulier et une interrogation du sens des pratiques (dynamique d'équipe à interroger, gestion des paradoxes) pour des structures qui accueillent un public plus autonome ; ➔ évolution législative et réglementaire liée au secteur médico-social (loi 2002-02 et 2005-02) . Exigences administratives liées aux droits des usagers ; ➔ manque de clarté sur les rôles et les missions des différents professionnels : <ul style="list-style-type: none"> • problèmes d'identité professionnelle ; • évolution des problématiques des publics accueillis qui réinterrogent les pratiques professionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ un déficit de communication à différents niveaux (Afipaem, FNI, équipe) ; ➔ déficit de sens donné aux actions ; ➔ absence d'étayage technique adapté en fonction des publics accueillis (questionnement d'équipe et sens des pratiques) ; ➔ absence de lien établi entre les contraintes et/ou exigences administratives et le sens de la mission : <ul style="list-style-type: none"> • dysfonctionnements possibles si refus de répondre à ces exigences ; • dysfonctionnements au sein de l'équipe avec la personne accueillie et les autres partenaires (famille...) ; • dysfonctionnements pouvant générer des situations de maltraitance. ➔ confusion des rôles et des missions qui va favoriser des conflits d'équipes et/ou des situations de maltraitance, de harcèlement : <ul style="list-style-type: none"> • absence de reconnaissance ; • défaut de remise en question des pratiques d'où risques de maltraitance et service rendu inadéquat par rapport aux attentes et aux besoins des usagers. 	<p>Le déficit de communication génère ou peut générer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ la perte de repères associatifs institutionnels ; ➔ la perte du sens du travail réalisé d'où un manque de reconnaissance ressenti induisant : <ul style="list-style-type: none"> • démotivation ; • incompréhension. ➔ l'absence d'engagement dans les projets (structure, personnes accueillies...) ; ➔ une série d'injonctions pouvant devenir paradoxales : <ul style="list-style-type: none"> • conflits d'équipe voire interpersonnels ; • harcèlement moral : <ul style="list-style-type: none"> - rumeur ; - invalidation et/ou déni des procédures existantes ; - remise en cause systématique du cadre institutionnel ; - volonté de maîtrise totale par certains professionnels des projets des personnes accueillies Dérive du rôle et de la fonction de "Réfèrent" ; - non-reconnaissance des spécificités professionnelles de chacun (formation, compétences) ; - disparition de créativité, de dynamisme de l'équipe ; installation d'une routine, d'un travail vide de sens ; - non-reconnaissance des besoins et attentes des personnes accueillies ; - forme de maltraitance dans la non-reconnaissance du projet de chacun. <p>Absences de fiches de poste</p> <p>L'évolution des problématiques des nouveaux publics interroge plusieurs professionnels quant à la limite de l'agrément de l'établissement et des notions telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ leur formation ; ➔ l'accompagnement spécifique auprès de ces publics ; ➔ les différents modes d'accueil ; ➔ les partenariats.

CHAMP 4 : L'organisation

- ⇒ Une prise en charge des usagers malades restant au foyer la journée, qui a représenté 1300 heures en 2008 en garde malade, au détriment des activités planifiées de prise en charge quotidienne. Le temps consacré à l'accompagnement en soirée et en week-end est utilisé pour faire face aux temps de garde malade et aux accompagnements médicaux. Le nombre de personnels présents en soirée s'en trouve réduit et accroît ainsi la charge de travail du personnel présent. – Niveau 2 [Préoccupation de plus en plus forte répercutée au niveau associatif.](#)
- ⇒ Les remplacements assurés par le personnel non formé engendrent une charge supplémentaire pour les professionnels titulaires. Le souci d'informer et de former le remplaçant s'ajoute à l'accompagnement des personnes accueillies qui sollicitent d'autant plus dans ces moments-là, les titulaires. [Niveau 2 Cf. notion monitorat accueil des nouveaux arrivants.](#)
- ⇒ La réalisation des plannings prévisionnels se fait entre juillet et octobre. Elle sollicite le chef de service à hauteur de 60 à 75% de son temps de travail et 25% concerne les modifications mensuelles (paie et GTA). Cela réinterroge sur la disponibilité du chef de service sur ces périodes – Niveau 2
- ⇒ Le planning prévisionnel est ensuite modifié régulièrement pour faire face aux impondérables et aux besoins des personnes accueillies. Cela génère de l'instabilité sur les équipes et une irrégularité plus importante du rythme et du temps de travail pour le personnel éducatif – Niveau 2
- ⇒ Les règles relatives aux différents accords sur le temps de travail génèrent une discontinuité de présence éducative obligeant une vigilance plus accrue dans la transmission des informations et du relais. Cette discontinuité est parfois source d'insatisfaction pour les professionnels – Niveau 2
- ⇒ L'organisation spatiale de certaines structures et la dispersion géographique des sites en décalage avec les besoins nouveaux des usagers (pathologies plus lourdes, troubles associés) ne facilitent pas toujours le travail de proximité et la coordination entre professionnels. – Niveau 2
- ⇒ L'éloignement de certains sites des services administratifs rend plus difficile la notion d'appartenance institutionnelle pour certains professionnels. – Niveau 2

Détail de l'analyse du champ 4 : L'organisation

Champs de causalité	Facteurs de risques	Illustrations de situations
<ul style="list-style-type: none"> ➔ organisation du travail : Ⓐ répartition du temps de travail inégale sur des périodes de l'année : Fractionnement du type de travail ; Ⓑ isolement de certains métiers : maîtresses de maison, surveillants de nuit et homme d'entretien ; Ⓒ outil de gestion du temps de travail exigeant pour les cadres-chefs de service : <ul style="list-style-type: none"> • détournement de l'organisation de son sens premier qui est de rester un outil au service du projet ; • règles d'accord d'entreprise donnant lieu à des interprétations. ➔ Organisation structurelle : organisation des espaces et lieux de vie : <ul style="list-style-type: none"> • dimension architecturale des lieux d'accueil ; • dispersion géographique des sites d'accueil. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ discontinuité du travail donc de la prise en charge, insatisfaction du personnel par rapport au travail fourni d'où : <ul style="list-style-type: none"> • absentéisme ; • épuisement lié au recueil et à la transmission trop fréquente des informations ; • perte de temps ce qui génère moins de présence auprès des personnes accueillies ; • suivi des projets des personnes accueillies plus difficile dans leur globalité, d'où une perte de sens du travail d'accompagnement. ➔ l'isolement relié à ces situations de travail génère un sentiment de non-reconnaissance et d'absence d'appartenance à une équipe, à un groupe ; ➔ épuisement psychique lié à la perte de sens du travail en lien avec le cœur de métier : <ul style="list-style-type: none"> • insatisfaction du travail fourni auprès des équipes du fait du manque de temps à consacrer au soutien et à l'étayage de ces mêmes équipes ; • règles nombreuses et inter-prétables qui peuvent générer des conflits d'équipe ; • gestion de paradoxes accrue rendant le management difficile. ➔ fatigabilité, épuisement psychique lié à une inadéquation des lieux, eu égard aux problématiques des personnes accueillies. La dispersion et l'éloignement des lieux d'accueil renvoient à un sentiment d'abandon et rend plus difficile la notion d'appartenance institutionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ même situation illustrant le champ de causalité "relations professionnelles et d'équipe" : plusieurs absences structurales sur une même équipe ont eu un impact sur l'absentéisme conjoncturel. Cet absentéisme a lui-même accru la discontinuité du travail d'accompagnement et généré un épuisement psychique des titulaires restants. Dans le cadre d'une rencontre traitant de la conception de l'accueil des remplaçants, les professionnels ont clairement formulé la perte de sens de leur travail dans ce contexte ; ➔ une personne, maîtresse de maison, membre du groupe de travail fait part du souhait de plusieurs professionnels de ce corps de métier d'avoir des réunions communes afin de retrouver une notion d'appartenance et de reconnaissance de leur spécificité ; ➔ Pas de situation traitée dans le groupe de travail ; ➔ champ de causalité illustré à partir de déclarations des chefs de service et d'après "l'étude sur le temps passé par les chefs de service à la gestion des plannings" : 25 % du temps de travail par mois voire jusqu'à 75 % de leur temps sur le dernier trimestre de l'année ; ➔ retour des équipes sur le manque de présence des chefs de service ; ➔ pas de situation traitée dans le groupe de travail illustrant la problématique d'éloignement. Illustrations à partir de déclarations récurrentes faites par des professionnels des équipes travaillant sur les sites de Bourgoin Jallieu. Elles sont mises en exergue dans le cadre de la démarche d'évaluation interne.

II / Synthèse du plan d'actions

Quatre axes majeurs de prévention sont repérés :

Proposition A **Intégration des nouveaux remplaçants et coordination des différents professionnels** (isolement de certains métiers) : posture éducative, fiche des habitudes des résidents et axe du projet individualisé et mise à jour (outils à mettre en place).

Proposition B **Professionnalisation par rapport à la lourdeur du handicap + soutien des professionnels dans les situations difficiles** : mettre en place des systèmes de soutien : gestion immédiate (entretien individuel) + gestion différée (débriefing systématique multi-causal, clinique, posture professionnelle et organisation) + adoption d'une posture d'équipe (suivi et bilan) + bilan annuel de la gestion des avant-crisis, suivi et compte-rendu aux équipes.

Proposition C **Redéfinition des attendus en matière de prise en charge et repenser le travail social** : organisation des plannings, prise en charge en journée et ses effets : soit optimiser les ressources et supprimer le risque, soit redéfinir les attendus en matière de prise en charge.

Gestion de l'écart paradoxal (économie/évolution des exigences et du niveau de qualité), accompagnement au changement (formation, réduire le déficit de communication) et renvoi à l'association pour certains points quand manque d'espace pour les gérer. Prise en charge du week-end, garde malade ...)

Proposition D **Rôle du cadre** : redéfinir sa mission, accompagnement des cadres dans la prise en compte des risques psychosociaux.

Une cellule de veille sera mise en place suite à cette analyse et au diagnostic de ces 4 champs. Elle sera composée de représentants de la direction, cadres (RH et chef de service) et du personnel (DP, CE et CHSCT). Elle se réunira 2 fois par an sur invitation du CHSCT dans le cadre de la révision du DUERP. L'objectif de cette cellule est de s'assurer du suivi des actions proposées, de leur opérationnalité et du respect des échéances posées.

III / Plan d'actions de prévention détaillé

Actions existantes

1 Mise en place du travail de référence et

co-référence, et les liens entre le personnel éducatif :

- support de communication et transmission d'information (cahier de liaison, réunions, nuit, synthèse, compte-rendu réunions externes ...) et réunions d'équipe, de fonctionnement, clinique tous les 15 jours avec la psychologue référente, réunions résidents, réunions d'encadrement ;
- démarche qualité : réunions d'information, séance de travail, lettre de démarche d'évaluation ;
- informations associatives par le biais des réunions de direction et de secteurs, d'activité, la lettre du DG mensuelle, compte rendu du CCE ;
- les relais inter-professionnels sont encouragés avec un vecteur central qui reste le chef de service ;
- la fidélisation des remplaçants est recherchée ;
- la formalisation des projets personnalisés, les rencontres annuelles des avenants au contrat, les bilans d'activité... les entretiens individuels avec les résidents contribuent à réduire la chronicisation des pratiques, les risques de maltraitance et l'absence de dynamisme et de créativité.

2 Orientations de formations collectives

et individuelles retravaillées tous les ans :

- actions de formation continue sur les notions de handicap (budget établissement) et formations collectives (PAUF) sur des sujets liés à l'accompagnement et à des problématiques spécifiques ;
- possibilité de soutien psychologique pour les équipes et pour les professionnels avec les psychologues de l'établissement ou d'un intervenant extérieur selon les cas.

3 Projet d'établissement :

- projet d'établissement formalisé, dans lequel sont énoncés des plans d'action.

4 Le lien managérial :

- le rôle central du chef de service ;
- dysfonctionnements avec des partenaires (familles, personnes accueillies ...), possibilité de rencontres avec présence d'un tiers (direction, psychologue, représentants associatifs) pour réguler la situation ;
- rappel des règles de base de fonctionnement connues ;
- les roulements horaires des structures sont adaptés au projet d'accompagnement développé par les structures en lien avec les projets individualisés ;
- prise en compte de l'arythmie du temps de travail pour réduire la discontinuité des interventions posées par le cadre réglementaire en vigueur ;
- participation des salariés dits plus «isolés» à des réunions d'équipes et à des réunions «métier» (surveillants de nuit, maîtresses de maison) ;
- assistance donnée par le RH : contrats, recherche remplaçants ...

5 Les conditions de travail :

- vigilance quant à la fatigabilité, épuisement psychique lié à une inadéquation des lieux, eu égard aux problématiques des personnes accueillies.

Acteurs

- ➡ la direction ;
- ➡ l'encadrement.

Échéancier

- ➡ fin décembre 2010 ;
- ➡ réactualisation du projet d'établissement pour 2011 ;
- ➡ projet de regroupement de structures fin 2012.

Actions à mettre en œuvre

1 Information/communication :

- cahier de compte rendu de réunions externes à développer sur toutes les structures ;
- développer l'existence d'un support rassemblant les habitudes des résidents pour les personnes nouvelles et formaliser un accueil des nouveaux embauchés et remplaçants ;
- élaboration d'un livret d'accueil du nouvel embauché ;
- réactivation du journal d'entreprise ;
- instaurer des réunions destinées à l'ensemble des salariés une fois par an pour des informations et rencontre annuelle.

2 Formalisation/outils :

- développer la formalisation des projets personnalisés et des journées bilan de ces projets où l'ensemble de l'équipe est présente ;
- les entretiens individuels avec les résidents traitant du projet individualisé sont à systématiser ;
- poursuivre les réunions cliniques et garantir leur contenu (projet et situations des personnes accueillies et situations d'urgence) ;
- encourager la participation des professionnels à l'analyse de la pratique (horaire, jour ...) ;
- l'appropriation et le suivi du projet d'établissement permettront aux professionnels d'être reconnus et de se sentir valorisés dans leur travail tout en développant leurs compétences ;
- un support spécifique dédié sur chacune des structures permettra de regrouper l'ensemble des procédures (en cours) ;
- des fiches de postes sont à réactualiser et à développer. Le rôle et les missions des fonctions sont à préciser et à mettre en lien avec les spécificités des sites.

3 Formations :

- favoriser la mise en place de formations collectives pour l'ensemble des catégories de professionnels par le biais du plan de formation et sur le budget de l'établissement ;

- maintenir cette possibilité de soutien psychologique et rappeler la faisabilité d'une telle opportunité auprès des équipes ;
- se former et former l'encadrement à s'approprier les dispositifs législatifs de telle sorte que leurs applications n'entravent pas le sens donné aux actions entreprises ;
- mettre en place des actions de formation sur la conduite du changement de l'encadrement puis des professionnels ;
- l'accompagnement (formation, analyse de la pratique, rencontre avec d'autres chefs de service d'un même secteur mais d'activités différentes) des chefs de service dans le travail sur le positionnement institutionnel, l'animation d'équipe ;
- formation GTA, simplification des règles pour les chefs de service ;
- gestion des paradoxes : formation à l'accompagnement du changement, information sur l'environnement économique.

4 Vigilance/Amélioration :

- veiller à respecter les projets de service ;
- veiller à ce que les règles législatives soient appliquées de la même façon sur chaque structure et qu'elles soient équitables ;
- développer la participation aux réunions d'équipe des personnels dont le travail est isolé et mettre en place une réunion « métier » pour les agents de service, maîtresses de maison ;
- développer la participation du personnel autre qu'éducatif aux formations collectives ;
- veiller dans les futurs projets à penser le travail en binôme a minima sur les structures.

5 Projet :

- projet de construction à St Victor de Cessieu : regroupement des SAJ, Etissey, Charpenay. L'aménagement des espaces et la taille des groupes (maximum 12 personnes) sont à penser afin de répondre aux problématiques des personnes accueillies et réduire la fatigabilité des professionnels ;
- recherche de solutions pour Funas.

Bibliographie

ADAMS, J. S. (1965).

Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2, pp. 267-299). New York: Academic Press.

AMIEL, R., SIVADON, P. (1969).

Psychopathologie du travail. Editions sociales françaises.

ANDERSON, S., COFFEY, B., & BYERLY, R. (2002).

Formal organizational initiatives and informal workplace practices: links to work-family conflict and job-related outcomes. *Journal of Management*, vol.28, n°6, pp.787-810.

APPOURCHEAUX, M. BARBERY, J. JAYET, C. MIGNACCA,

G. ROUSSEL-MONFAJON, C. (2008).

Pourquoi se sont-ils suicidés ?. Intervention à la 3^e conférence internationale ICOH-WOPS septembre, Québec.

BATESON, G. (1971).

Communication. In textes recueillis par Y. Winkin, (1981). *La nouvelle communication*, Seuil.

BEAUVOIS, J.L. (1984).

La psychologie quotidienne, Paris : PUF.

BERGSON, F.H. (1907).

L'évolution créatrice, Presses universitaires de France.

BIESOK, M. (2005).

Harcèlement moral et actualités jurisprudentielles, Intervention juridique réunion plénière groupe de travail national «risques psychosociaux».

BRUCHON-SCHWEITZER, M., DANTZER, R. (1994/2e. 1998).

Introduction à la psychologie de la santé. Paris: PUF.

BRUCHON-SCHWEITZER, M., (2002).

Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes. Paris : Dunod.

BRUN, J.-M. (2003).

La santé psychologique au travail... de la définition du problème aux solutions (fascicule 1). Université Laval, Québec : Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail.

BUZZI, S., J.-C. DEVINCK, et P.-A. ROSENTHAL. (2006).

La santé au travail 1880-2006, Paris: La Découverte.

CLOT, Y., (2010).

Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, La découverte, Paris.

COLQUITT, J. (2001).

On the dimensionality of organizational justice : a construct validation of a measure, *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.

CÔTE, N., BELANGER, L., JACQUES, J. (1998).

La dimension humaine des organisations. Gaëtan Morin, Quebec.

CÔTE, L. (1996).

Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post traumatiques, santé mentale au Québec, vol 21, N°1.

DEJOURS, C. (1998).

Souffrance en France – Banalisation de l'injustice sociale.

DEJOURS, C. (2000).

Travail: usure mentale, Paris, Bayard.

FESTINGER, L. (1957).

A theory of cognitive dissonance, Stanford, CA : Stanford University Press.

FREUDENBERGER, H. J., (1987).

L'épuisement professionnel : la brûlure interne, Gaëtan Morin, Quebec.

GIRARD, R. (1982).

Le bouc émissaire, Grasset, Paris.

HIRIGOYEN, M.F., (1998).

Le harcèlement moral,
la violence perverse au quotidien,
La Découverte & Syros et poche.

HIRIGOYEN, M.F., (2001).

Malaise au travail. Harcèlement moral :
démêler le vrai du faux,
La Découverte & Syros et poche.

**KAHN, R. L., WOLFE, D. M., QUINN, R. P.,
SNOEK, J. D., & ROSENTHAL, R. A. (1964).**

Organizational stress : Studies
in role conflict and ambiguity.
New York : John Wiley & Sons.

KARASEK, R. A. (1979).

Job demands, job decision latitude, and
mental strain : Implications for job redesign.
Administrative Science Quarterly, 24, 285 - 308.

KARASEK, R. A., THEORELL, T. (1990).

Healthy work. Stress, productivity,
and the reconstruction of working life.
Basic Book. New York.

LABORIT, H., (1980).

L'inhibition de l'Action, biologie
comportementale et de physio-pathologie,
Editions Masson, Presses Universitaires de
Montréal.

LE GUILLANT, L., BEGOIN, J. (1957).

Quelques remarques méthodologiques
à propos de la névrose des téléphonistes,
Les conditions de vie et la santé, n° 1,
octobre 1956, n°2.

**LÉGER, S., Analyse des
signalements DGAS 2001 et 2002**

in P. BLANC, J.M. JUILHARD, Maltraitance
envers les personnes handicapées : briser la
loi du silence, Les rapports du Sénat 2002-
2003, n° 339, T. I, 72-73 et T. II, 24-26.

MINTZBERG, H. (1982).

Structure et Dynamique des Organisations.
Les Éditions d'Organisation, Paris.

ROUSSEL-MONFAJON, C., (2004).

Influence du soutien social sur
les mécanismes d'ajustement en situation
de stress professionnel, Mémoire de DEA en
psychologie sociale, université Montpellier III.

ROSA, R. R., COLLIGAN, M. J., LEWIS, P. (1989).

Extended workdays: effects of 8-hour and
12-hour rotating shift schedules on
performance, subjective alertness, sleep
patterns, and psychological variables.
Work and Stress, vol. 3, no. 1, pp. 21-32.

ST-ARNAUD, L. et VEZINA, M. (1993).

Santé mentale et organisation du travail.
Le médecin du Québec, décembre.

SIEGRIST J. (1996).

Adverse Health Effects of High-effort/Low-
Reward Conditions. Journal of Occupational
Health Psychology, vol 1, no 1, pp. 27-41.

THIBAUT, J., WALKER, L. (1975).

Procedural justice: a psychological analysis.
Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

TOMKIEWICZ, S., VIVET, P. (1982).

Aimer mal, châtier bien. Enquêtes sur les
violences dans les institutions pour enfants
et adolescents,
Le seuil, Paris.

**VEZINA, M., COUSINEAU, M., MERGLER, D.,
VINET, A. et LAURENDEAU, M.-C. (1992).**

Pour donner un sens au travail : Bilan et
orientations du Québec en santé mentale
au travail, CSMQ, Montréal, Gaëtan Morin.

Rapport du collègue d'expertise sur le suivi
statistique des risques psychosociaux «indi-
cateurs provisoires de risques psychosociaux
au travail», DARE, DRESS, Paris, octobre 2009.

Rapport de la 4^e enquête européenne sur les
conditions de travail, Fondation Européenne
pour l'Amélioration des Conditions de Vie et
de Travail, Dublin, 2007.

Glossaire

AMP : Aide médico-psychologique

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

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

DP : Délégué du Personnel

DU ou DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

ES : Éducateur spécialisé

FACT : Fonds pour l'Amélioration des Conditions de Travail

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

IRP : Instances Représentatives du Personnel

HPST : Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

ME : Moniteur Éducateur

MM : Maîtresse de Maison

RHS : Risques Hygiène et Sécurité

RP : Représentant du Personnel

RPS : Risque psychosocial

Alsace	Espace Européen de l'Entreprise • 19, avenue de l'Europe • 67300 Schiltigheim		
	Adresse postale : BP 80018 • 67013 Strasbourg cedex	Tél. : 03 90 22 22 30 • Fax : 03 88 83 29 19	alsace@unifaf.fr
Aquitaine	22, rue Ferrère • 33000 Bordeaux	Tél. : 05 56 00 85 10 • Fax : 05 56 79 03 71	aquitaine@unifaf.fr
Auvergne	Immeuble@number one • Parc Technologique de la Pardieu • 9, allée Evariste Galois • BP 20233 • 63174 Aubière cedex		
	Tél. : 04 73 28 57 40 • Fax : 04 73 28 57 45	auvergne@unifaf.fr	
Basse-Normandie	36, av. de l'Hippodrome • 14052 Caen cedex 4	Tél. : 02 31 15 65 00 • Fax : 02 31 15 65 09	basse-normandie@unifaf.fr
Bourgogne	59, av. Roland Carraz • CS 70141 • 21304 Chenove cedex	Tél. : 03 80 30 84 46 • Fax : 03 80 58 90 28	bourgogne@unifaf.fr
Bretagne	39, rue du capitaine Maignan CS 64 436 35044 Rennes Cedex	Tél. : 02 23 44 04 40 • Fax : 02 23 44 04 49	bretagne@unifaf.fr
Centre	3/5, bd de Verdun • BP 11704 • 45007 Orléans cedex 1	Tél. : 02 38 42 08 44 • Fax : 02 38 62 06 08	centre@unifaf.fr
Champagne-Ardenne	8, rue du Port de Marne • 51000 Chalons en Champagne	Tél. : 03 26 65 81 49 • Fax : 03 26 64 53 02	champagne-ardenne@unifaf.fr
Franche-Comté	5, rue Albert Thomas • Le Forum • 25000 Besançon	Tél. : 03 81 88 21 40 • Fax : 03 81 53 40 22	franche-comte@unifaf.fr
Haute-Normandie	1, rue du jardin Botanique • 27000 Evreux	Tél. : 02 32 31 25 23 • Fax : 02 32 33 70 59	haute-normandie@unifaf.fr
Île-de-France	11, rue Carrier Belleuse • 75015 Paris	Tél. : 01 44 38 58 00 • Fax : 01 44 38 58 19	ile-de-france@unifaf.fr
Île de la Réunion	5, rue André Lardy • Centre d'affaires de la Mare • Bâtiment C • 2 ^e étage • 97438 Sainte -Marie		
	Tél. : 02 62 90 23 59 • Fax : 02 62 41 35 32	ile.reunion@unifaf.fr	
Languedoc-Roussillon	420, allée Henry II de Montmorency • 34000 Montpellier	Tél. : 04 67 92 07 64 • Fax : 04 67 58 35 29	languedoc-roussillon@unifaf.fr
Limousin	25, boulevard Victor Hugo • 87000 Limoges	Tél. : 05 55 10 32 00 • Fax : 05 55 10 32 09	limousin@unifaf.fr
Lorraine	2/4 rue Jacques Villermaux • Médiaparc • 54000 Nancy	Tél. : 03 83 57 63 27 • Fax : 03 83 57 59 40	lorraine@unifaf.fr
Midi-Pyrénées	Les Berges du Lac • Bât. B Rue du Colombier BP 47694 31676 Labège Cedex	Tél. : 05 34 40 11 12 • Fax : 05 61 13 16 33	midi-pyrenees@unifaf.fr
Nord-Pas-de-Calais	22, rue du Quai • 59043 Lille cedex	Tél. : 03 20 30 36 90 • Fax : 03 20 30 36 99	nord-pas-de-calais@unifaf.fr
P.A.C.A.C.	Tour Méditerranée • 65 avenue Jules Cantini • 13298 Marseille	Tél. : 04 91 14 05 40 • Fax : 04 91 91 93 38	pacac@unifaf.fr
Pays de la Loire	12, bd François Blancho • BP 30225 • 44202 Nantes Cedex 2	Tél. : 02 40 89 03 43 • Fax : 02 40 89 97 50	pays-de-la-loire@unifaf.fr
Picardie	11, rue Vanmarcke • 80000 Amiens	Tél. : 03 22 22 34 90 • Fax : 03 22 22 34 99	picardie@unifaf.fr
Poitou-Charentes	Parc de L'Ébaupin, 3 rue de L'Angélique • BP98311 Bessines • 79043 Niort cedex 9	Tél. : 05 49 77 11 33 • Fax : 05 49 77 11 39	poitou-charentes@unifaf.fr
Rhône-Alpes	1, rue de Mailly • Immeuble l'Apogée • CS 20172 • 69643 Caluire cedex	Tél. : 04 72 07 45 30 • Fax : 04 78 28 63 84	rhone-alpes@unifaf.fr
Siège national	31, rue Anatole France • 92309 Levallois-Perret cedex	Tél. : 01 49 68 10 10 • Fax : 01 49 68 10 39	unifaf@unifaf.fr