



**Jean-Luc Stanislas,**  
Cadre supérieur de santé,  
EPS Santé mentale (93), master  
en économie, gestion et management  
de la santé, Paris Dauphine,  
membre du groupe  
cadres-chercheurs

La question des risques psychosociaux est souvent évoquée comme un écho à une préoccupation institutionnelle "requis" pour faire bonne figure dans les références prescrites des autorités de tutelles (DGOS, ARS, HAS, Anact, Anap...)<sup>(1)</sup>. Comment appréhender cette nouvelle problématique de plus en plus prégnante ?

## Risques psychosociaux : le rôle du cadre

Le contexte hospitalier actuel, composé de multiples enjeux, à la fois économiques, juridiques et stratégiques, impacte de plus en plus la pratique managériale au quotidien. Comment le cadre de santé peut-il apporter sa contribution dans la prévention des risques psychosociaux (RPS), sachant que lui-même y est exposé ? A-t-il encore la possibilité de s'inscrire dans une démarche de prévention tout en préservant une relation de proximité auprès de ses équipes, mobiliser sa réflexivité, interroger ses représentations, sur son rapport au travail et sur celui des soignants, dans la tourmente actuelle de l'organisation hospitalière ?

### UN PHÉNOMÈNE RÉCENT

Les risques psychosociaux sont apparus assez récemment dans nos organisations hospitalières, notamment à travers les transformations importantes des restructurations, fusions, réorganisations des services de soins, dans le contexte des réformes (nouvelle gouvernance, pôles d'activités, tarification à l'activité, coopérations interprofessionnelles, loi Hôpital, patients, santé et territoires, HPST)... Cette prise de conscience s'est accentuée également grâce à l'actualité juridique et réglementaire foisonnante à l'échelle européenne depuis 1989, et nationale plus récemment faisant suite au rapport Nasse/Legeron<sup>(2)</sup>.

Cette préoccupation s'est accrue dans le milieu hospitalier dès 2005 par l'ex-SNCH<sup>(3)</sup> devenue SMPS<sup>(4)</sup> qui a souhaité porter son inquiétude suite à la détérioration constatée des conditions de travail des professionnels de santé, en réclamant des mesures d'urgences préventives. En 2009, un projet de loi de modernisation au Parlement pour le secteur de la fonction publique apporte une nouvelle pierre à l'édifice : il propose de porter les efforts de la puissance publique sur l'évaluation et la prévention des problèmes de santé liés aux RPS, en renforçant notamment le rôle des CHSCT<sup>(5)</sup>. L'actualité est tellement imminente que les mesures d'incitations aux démarches prophylactiques à l'hôpital se poursuivent cette année, avec la très récente circulaire du 8 juin 2012 (relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements publics de santé – à travers notamment des CLACT<sup>(6)</sup> et l'Instruction du 31 juillet 2012 (pour mieux accompagner financièrement les hôpitaux et cliniques souhaitant améliorer leurs politiques de prévention des RPS). Mais pourquoi cette forte mobilisation autour des RPS à l'hôpital sur le sujet de la "souffrance au travail" ? Une mobilisation en apparence inévitable, du fait de son objet d'investigation : la prise en charge de la personne soignée en souffrance somatique et psychosociale risque-t-elle de modifier l'équilibre physique et mental des personnels ? Pour quelles raisons profondes cette question semble être devenue le cœur des discussions au sein des collectifs de travail, des politiques institutionnelles et des enjeux stratégiques de nos dirigeants hospitaliers et, par voie de consé-

quence, une sérieuse préoccupation de l'encadrement intermédiaire (cadres supérieurs de santé et cadres de santé) ?

### UN CONTEXTE HOSPITALIER DIFFICILE

Le paysage de notre système hospitalier traverse des turbulences. Elles se traduisent par de nombreuses réorganisations importantes : restructurations, délocalisations, réorganisations du périmètre des territoires de santé... Ces réorganisations touchent l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou du secteur privé, tant sanitaire que médico-social. Les réformes de 2005 et surtout les effets de la loi HPST de 2009 ont profondément modifié la gouvernance hospitalière. Ces changements ont implicitement impacté les conditions de travail des professionnels de santé, représentés majoritairement par les équipes médico-soignantes. De nombreuses études sociologiques mettent en évidence ce phénomène qui ne concerne pas uniquement le secteur de la santé, mais bien toutes les formes d'organisations actuelles, tous secteurs confondus (secteur des télécommunications, de l'industrie automobile, services publics...).

### Surcharge de travail

Dans le dernier ouvrage de Gilles Herreros<sup>(7)</sup>, l'aspect quotidien des situations tendues dans les milieux de travail, notamment celle liée aux conditions de travail particulièrement pénibles, est mis en avant. D'autant plus que l'intensification du rythme de ces transformations organisationnelles, à l'échelle des services de soins, suscite une perte de repères

auprès des équipes soignantes par le renforcement des logiques :

- **médico-économiques** depuis 2005 (les effets de la tarification à l'activité, entre autres),
- **administratives** (l'informatisation des modes opératoires par l'introduction des nombreux logiciels métiers),
- **procédurales** (les démarches de certifications et d'audits réguliers des organismes de tutelles), exigeant une amélioration continue de la qualité des soins et de la performance des prises en charge des patients.

Ce contexte de surcharge de travail au quotidien favorise un climat de tensions dans les relations interprofessionnelles, et notamment entre le responsable d'unité (ou de secteur) et les personnels de soins. La jurisprudence administrative tend, d'ailleurs, à protéger de plus en plus les soignants sur des risques liés aux conditions difficiles de travail, lorsque les relations hiérarchiques ne sont pas à la hauteur des attentes exprimées. Pour illustrer ce propos, nous pouvons évoquer les changements au cours de ces dernières années sur les représentations du rapport au travail des jeunes professionnels exerçant à l'hôpital. Leur comportement pourrait se comprendre en miroir des transformations sociétales des générations actuelles (appelées Y au sens sociologique du terme).

Leurs attentes, en matière de satisfaction au travail, sont plus tournées vers la qualité de vie et l'équilibre entre le temps de travail et le temps consacré à leur vie personnelle. Cette réalité, bien perçue par les responsables d'encadrement de proximité, peut entraîner un affaiblissement de la notion de collectif de travail, pouvant, dans certaines situations,



#### NOTES

(1) DGOS : Direction générale de l'offre de soins, ARS : Agence régionale de l'hospitalisation, HAS : Haute Autorité de santé, Anact : Agence nationale d'amélioration des conditions de travail, Anap : Agence nationale d'appui à la performance.

(2) Rapport Nasse/Legeron rendu public en mars 2008 sur le "stress au travail et sur la détermination, la mesure et le suivi des RPS au travail".

#### NOTES

(3) SNCH : Syndicat national des cadres hospitaliers.

(4) SMPS : Syndicat des managers publics de santé.

(5) CHSCT : Commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

(6) CLACT : Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (Instruction DGOS n°2010-248 du 6 juillet 2010).

(7) Herreros Gilles, *La violence ordinaire dans les organisations, plaidoyer pour des organisations réflexives*, éditions Érès, Villematier, mars 2012.

éloigner des valeurs, comme l'entraide ou la convivialité.

### Épuisement

L'augmentation de l'activité clinique dans les services de soins, quels que soient les secteurs d'ac-

tionnement des équipes peuvent être réglés rapidement.

Le rôle des managers est donc de plus en plus sollicité pour contribuer activement à la mise en œuvre des stratégies préventives des risques psychosociaux.

**“ Le cadre de santé est un membre de l'organisation hospitalière ayant une lecture fine de l'activité et des préoccupations quotidiennes ”**

tivités (médecine, chirurgie, psychiatrie, réanimation, etc.) peut donc entraîner des situations d'épuisement professionnel. Ces situations touchent en particulier les professionnels les plus impliqués dans leur travail.

De nombreux témoignages sont illustrés à travers des faits dramatiques, aujourd'hui médiatisés, sur le fonctionnement de certaines organisations publiques et privées (cliniques, hôpital, entreprises...). Il est devenu essentiel, dans ces conditions, que le rôle de l'encadrement puisse apporter le soutien nécessaire auprès des soignants pour assurer une juste régulation des conditions d'exercices sur leur lieu de travail, en tenant compte des ressources disponibles pour y parvenir.

Pour prendre la mesure de ce problème prégnant, il est cependant nécessaire de promouvoir l'encadrement de proximité à taille humaine. Ainsi, les micro-dysfonctionnements quotidiens faisant obstacle au bon déroulement des activités de soins et augmentant le niveau d'appré-

hension des équipes peuvent être réglés rapidement.

### RPS, UNE LECTURE À MULTIPLES FACETTES

Pour tenter de mieux comprendre les risques psychosociaux, il est nécessaire d'interroger plusieurs acceptions apportant une vision panoramique plus pertinente.

#### Conditions techniques de travail

Il est possible d'évoquer les RPS sur des questions se rapportant aux facteurs de risques liés aux conditions techniques de travail (utilisation des machines, des produits, des process de travail, etc.).

#### Facteur humain

Le facteur humain est évidemment un élément clé dans l'identification des risques dans le rapport de l'homme au travail, dans la manière dont chaque individu comprend la nature de l'activité qui lui est dévolue.

Les RPS peuvent être également abordés du point de vue de l'état de santé de la personne (mentale,

psychique, somatique) dans son rapport à la pénibilité du travail. Une lecture psychosociologique compréhensive est précieuse pour mieux comprendre ce qui se joue dans l'interactivité des individus (les aspects sociaux du travail, le fonctionnement des collectifs de proximité et de métiers...).

#### Organisation du travail

Il est intéressant de regarder aussi du côté de l'organisation du travail, à travers les choix des modes opératoires individuels et collectifs pour mieux comprendre les dysfonctionnements générateurs de RPS.

#### Contraintes de performances

La lecture réglementaire et gestionnaire peut montrer les failles d'un système, à travers des indicateurs de performances, des critères d'évaluations pouvant engendrer une pression sur les professionnels en situation de devoir atteindre un ou plusieurs objectifs prescrits, sans en avoir les ressources au moment de les réaliser.

C'est souvent le cas des personnels d'encadrements soumis à des injonctions paradoxales pour atteindre un niveau de performance sans avoir les moyens nécessaires pour les atteindre. C'est malheureusement une situation habituelle, classique, retrouvée dans toutes les organisations hospitalières, à laquelle le cadre de santé doit faire face.

A-t-il pour autant la motivation et l'énergie nécessaire pour réaliser sa mission dans des conditions "normales" dans le contexte actuel, au risque de présenter lui aussi des facteurs de risques psychosociaux ? De quoi s'agit-il exactement ?

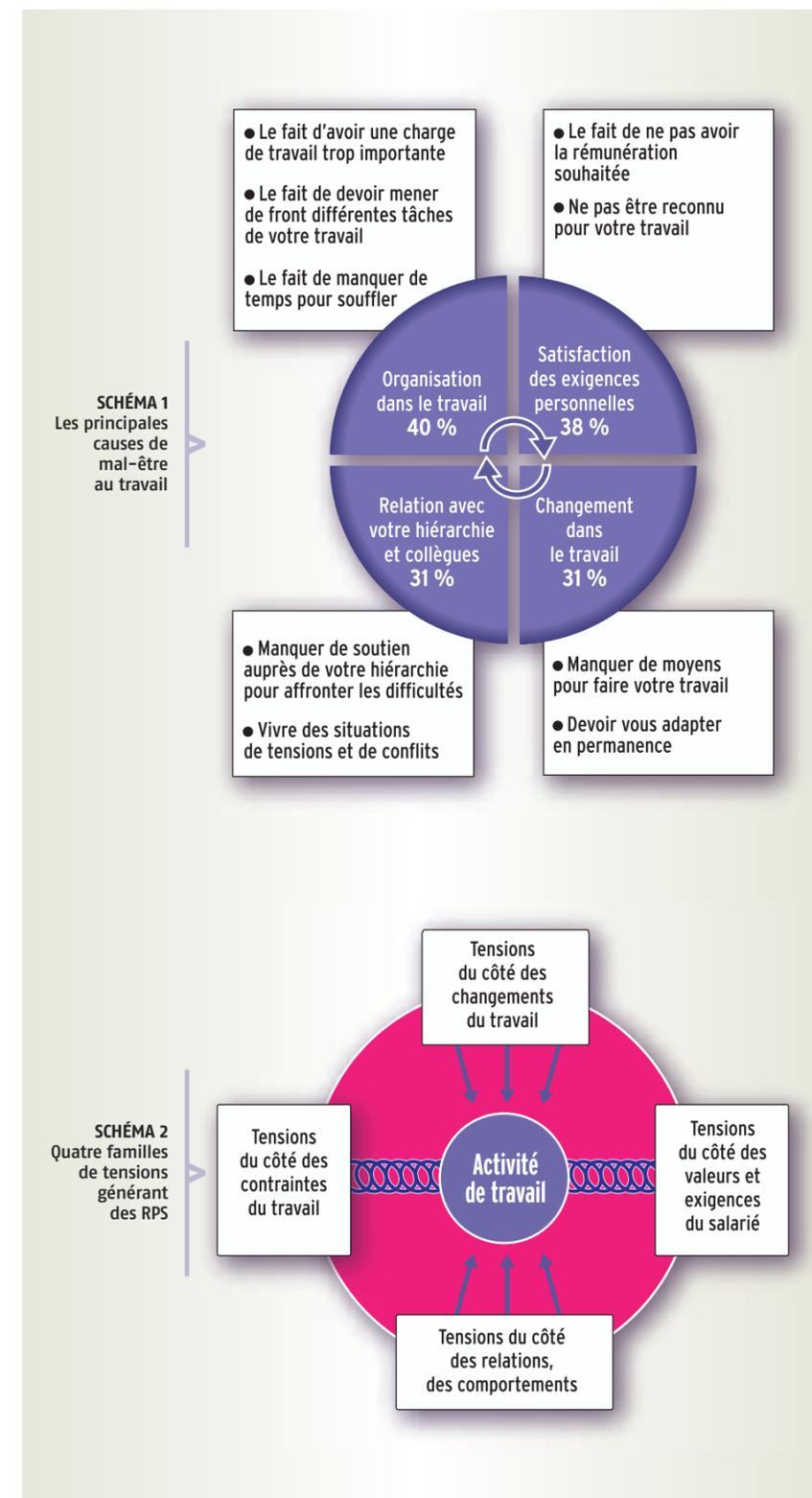
### RPS, UN PROBLÈME DE DÉFINITION !

Il existe plusieurs définitions que l'on peut retrouver dans les références sociologiques, rapports et études de recherche scientifique traitant du sujet. Mais l'Anact recommande la définition suivante pour bien circonscrire ce phénomène des RPS : « Les RPS sont le résultat de tensions excessives ou de tensions non régulées par l'organisation du travail et le système de relations sociales que l'on peut caractériser en quatre grandes familles. » (cf. schémas 1 et 2 ci-contre)

De manière plus courante, parmi les RPS, le stress et le harcèlement moral, sexuel, les différentes formes de violences, les conduites addictives et suicidaires sont souvent cités pour décrire les caractéristiques du mal-être au travail, comme symptômes majeurs pouvant traduire un sentiment de « souffrance au travail », comme le décrit Christophe Dejourns<sup>(8)</sup>.

#### Stress au travail

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (Bilbao, en Espagne) donne une définition du stress : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a des ressources pour y faire face. » Une étude internationale récente précise que « la prise en compte du fonctionnement du cerveau et des comportements humains dans la sphère professionnelle permet de mieux définir les conditions structurelles, individuelles et relationnelles nécessaires à l'engagement au travail : besoin d'agir au sein d'une structure fluide ; trouver du sens au travail ;



#### NOTES

(8) Dejourns Christophe, psychanalyste et grand spécialiste en sociologie du travail auteur de nombreux ouvrages et conférences.

s'appuyer sur des sources durables de motivation ; évoluer dans un esprit d'équipe constructif ; entretenir une relation managériale "adaptative" (intelligence adaptative) »<sup>(9)</sup>.

Une autre étude publiée en 2007<sup>(10)</sup> montre que le stress est de loin le problème le plus ressenti dans tous les pays, avec une moyenne de 22,3% pour les 12 pays (11,8% pour le Royaume-Uni, et 37,7% en Suède). Ces précisions donnent matière à mieux repérer le rôle de l'encadrement dans l'accompagnement des collectifs de travail au quotidien, ce qui implique d'avoir une bonne connaissance du fonctionnement des équipes, à l'échelle groupale, et individuelle dans le champ des relations interpersonnelles. Le cadre de santé peut donc avoir une influence sur la gestion du stress des équipes selon trois dimensions :

- **individuelle** (adaptabilité, motivations, confiance en soi et en autrui, hyper-investissement émotionnel...),
- **managérial** (communication managériale, sens du travail, esprit d'équipe),
- **organisationnelle** (pouvoirs : décisionnels/responsabilités, circulation de l'information, centrage sur le cœur de métier).

Ce symptôme est à prendre en compte dans l'accompagnement des équipes soignantes dans les services de soins, même si la part de subjectivité est éminemment présente dans l'appréciation du niveau réel de stress individuel. À ce titre, le Conseil national infirmier a publié en 2012 les résultats d'une enquête réalisée entre la mi-août et la fin septembre 2011 sur la base de 1884 questionnaires exploitables sur les conditions de travail des IDE : elle montre que

le stress au travail reste plus élevé que le stress personnel, tout secteur d'activité confondu.

### Harcèlement moral

Il n'existe pas de définition précise et générale pour définir ce problème de comportement au travail. Cependant, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail indique, pour mieux repérer les caractéristiques de cette problématique, que le harcèlement au travail relève d'un « comportement répété et anormal dirigé contre un employé ou un groupe d'employés et générant un risque pour la santé et la sécurité ».

Le Code du Travail, dans son article L.1152-1, rappelle les règles de bonne conduite professionnelle sur le lieu de travail dans les relations interpersonnelles. Le rôle du responsable d'encadrement est particulièrement alerté sur ses méthodes managériales qui sont soumises à des règles éthiques et déontologiques que la jurisprudence n'a pas hésité à rappeler dans un arrêt de 2009 sur une affaire de " harcèlement managérial " en considérant que : « *Peuvent caractériser un harcèlement moral des méthodes de gestion mises en œuvre par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet d'entraîner une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* » (arrêt de la jurisprudence de la CC, 10/11/2009, chambre sociale Grenoble).

### Harcèlement sexuel

La garde des Sceaux, ministre actuelle de la Justice, vient tout juste de publier une circulaire

du 7 août 2012 rappelant la définition de ce délit dans l'article 222-33 du Code pénal en deux points distincts :

- **le I de l'article 222-33** dispose que « *le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante* » ;

- **le II de l'article 222-33** dispose « *qu'est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers* ».

### COMMENT L'HÔPITAL GÈRE LES RPS ?

S'il est coutumier de citer les instances hospitalières pour évoquer les risques se rapportant à la sécurité et aux conditions de travail à l'hôpital, la responsabilité du directeur et les missions du CHSCT sont particulièrement bien encadrées. Le Code du Travail, dans son article 4121.1, définit les « obligations de l'employeur en matière de protection de la santé physique comme mentale des travailleurs, avec une obligation de rédiger un document unique d'évaluation des risques à l'hôpital, intégrant de fait les RPS ». Le rapport Nasse/Légeron a renforcé l'obligation des établissements de mesurer et d'assurer un suivi des RPS. Le programme d'actions prévu par l'article 53 de la loi du 3 août 2009 de programmation relative au Grenelle de l'environnement consacré à la gouvernance

a fait émerger la démarche de responsabilité sociétale de l'entreprise, associant logique économique, responsabilité sociale et d'éco-responsabilité, pour accentuer encore le rôle des organisations publiques et entreprises privées sur la prévention des RPS. Pour illustrer cette obligation, notons un cas de jurisprudence rendu en mai 2010 de la 5<sup>e</sup> chambre de la cour d'appel de Versailles ayant reconnu une « *faute inexcusable* » d'une entreprise de l'industrie automobile suite à un cas de suicide d'un salarié en 2007 : elle a considéré que le constructeur n'avait pris aucune mesure préventive pour préserver la sécurité de son employé sur le danger auquel il était exposé en raison de « *la pénibilité de ses conditions de travail, et de la pression qu'il subissait* », et ce, même s'il avait été placé à un autre poste considéré comme moins stressant. Les juges ont pointé l'indifférence de la hiérarchie, le manque de contrôle des horaires de travail et l'absence de formation indispensable dans sa nouvelle affectation.

Ce cas de jurisprudence fait écho au rôle important du CHSCT dans les organisations : contribuer à la protection de la santé physique et mentale ainsi qu'à la sécurité des travailleurs. Cette instance est d'ailleurs renforcée dans ses missions depuis le projet de loi 2009 de modernisation au Parlement pour le secteur de la fonction publique, puisque le CHSCT dispose d'une responsabilité en matière d'évaluation et de prévention des problèmes de santé liés aux RPS.

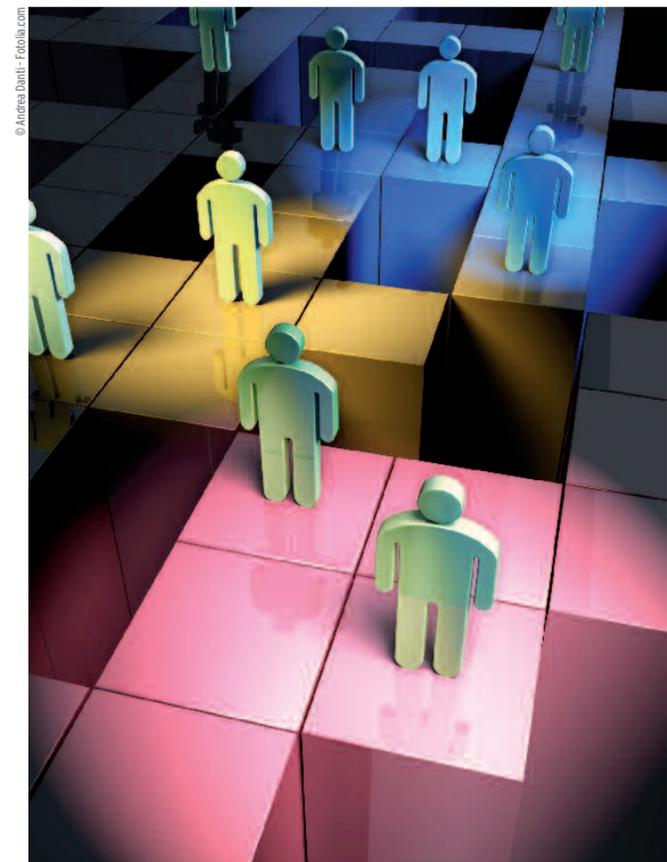
Enfin, une enquête CFTD Santé Sociaux publiée en juin 2011, concernant les Hospices civils de Lyon (HCL) a identifié « *la charge,*

*le rythme, l'intensité de travail comme des facteurs de dégradation des conditions de travail dans des proportions supérieures à la moyenne nationale* ». On comprend alors pourquoi cette préoccupation suscite tant de questionnements pour l'ensemble des acteurs de nos organisations hospitalières, et notamment pour le cadre de santé qui a besoin de mieux identifier les signes avant-coureurs pour prévenir les risques. Mais il ne peut agir seul, car les mesures préventives et curatives se mettent en œuvre en collaboration avec les acteurs décisionnaires, les instances, et les structures d'aide et d'accompagnement des personnels en souffrance au travail.

### PEUT-ON IDENTIFIER LES RISQUES DES RPS ?

Plusieurs études récentes ont permis de mieux cerner les signes avant-coureurs des RPS, en prenant en compte les organisations et les conditions de travail des collectifs au sein des institutions de santé. L'Anact a réalisé une étude sur les conséquences visibles des RPS pour la santé et la performance des entreprises en listant les risques suivants : fatigue, épuisement jusqu'au burn-out, troubles du sommeil, maladies psychiques, dépression, troubles du comportement, addictions, suicide dans les cas les plus graves, maladies cardiaques, troubles musculo-squelettiques (TMS).

Quant aux conditions de travail des professionnels soignants, une autre étude d'envergure<sup>(11)</sup> a pu dresser une cartographie sur les expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France, en s'intéressant particulièrement aux infirmières et



© Andrea Danti - Fotolia.com

**À chaque cadre de santé de préserver son équilibre et de contribuer sereinement à accomplir sa mission dans cet environnement turbulent.**

aides-soignants. Les facteurs de risques sont tout à fait intéressants à repérer pour que le cadre de santé puisse avoir une juste évaluation des leviers d'actions possibles en fonction des ressources dont il dispose en collaboration avec l'institution dans laquelle il exerce.

Les organisations contraignantes à l'hôpital sont devenues presque une pratique courante et intégrées dans les discours et habitudes de travail. Au point que les professionnels ressentent un sentiment de résignation. Sans pourtant y trouver des solutions réalistes pour améliorer sensiblement leurs conditions d'exercice au quotidien : compte tenu des contraintes médico-écono-

#### NOTE

(11) Enquête SUMER 2003 "Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003", (en collaboration avec la Direction générale du travail, DARES), DARES, octobre 2009, n° 414.

#### NOTES

(9) Enquête Estime 2011 (Étude sur le stress au travail, Institut de médecine environnementale) en partenariat avec l'INC et TNS Sofres.

(10) OCDE, étude publiée en 2007 auprès de 12 pays les plus développés en Europe.

miques drastiques actuelles, l'intensification et la variabilité des activités soignantes sont dominantes, et leur rythme s'accélère d'années en années.

Le cadre de santé est-il épargné par les risques psychosociaux ? Évidemment non, dans la mesure où il constitue un acteur majeur de régulation des tensions dans les services de soins. Il est donc particulièrement exposé à développer aussi des symptômes

*professions intermédiaires [dont les cadres, ndlr]. De même, la "latitude décisionnelle" évaluée à partir du questionnaire de Karasek baisse globalement de 1% entre 2003 et 2010, mais surtout pour les cadres et les professions intermédiaires (-3%) [...]. Ce constat rejoint les études de terrain sur le travail des cadres, montrant qu'il est de plus en plus soumis à des normes et des prescriptions strictes.»*

**“Le cadre de proximité est un partenaire privilégié de l'institution car il représente le système d'articulation relationnel le plus puissant”**

pouvant évoluer vers un risque de burn-out ou épuisement professionnel.

Dans son ouvrage traitant du stress des cadres<sup>(12)</sup>, Bernard Salengro, médecin du travail, mettait déjà à l'époque en évidence un ensemble de facteurs de risques liés à la spécificité du métier d'encadrement.

Une étude, rendue publique en mars 2012<sup>(13)</sup>, s'intéressant particulièrement aux conditions de travail des cadres et professions intermédiaires, relève que : « *Les cadres et les professions intermédiaires connaissent un recul de leurs marges de manœuvre, au contraire des ouvriers qui progressent en autonomie. Ainsi la proportion des salariés qui règlent la plupart du temps personnellement les incidents [...] recule de quatre points pour les*

Compte tenu des considérations illustrées par ces études et analyses récentes des facteurs de risques psychosociaux à l'hôpital, il devient urgent de croiser les déterminants de la souffrance au travail, en prenant en compte trois niveaux de compréhension :

- les facteurs structurels et institutionnels,
- les facteurs organisationnels et dysfonctionnements d'équipe,
- les facteurs individuels et capacités d'adaptation personnelles (individualisation du rapport au travail).

Ce constat est également établi par le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles<sup>(14)</sup> constatant « *une constante augmentation [des RPS] chez les hommes et les femmes tout secteur professionnel confondu* ».

## ÉVALUER LES RÉPERCUSSIONS DES RPS À L'HÔPITAL ?

La variabilité des modes d'apparition des RPS rend plus difficile la manière d'évaluer et de comprendre les comportements individuels et collectifs en situation d'éprouver un mal-être au travail.

### Sources

L'Anact et l'Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) participent activement à proposer des outils de mesure des RPS. On y trouve les questionnaires, les échelles visuelles analogiques, les indicateurs chiffrés, les grilles d'entretiens et d'observation du travail, l'analyse documentaire provenant des établissements (bilans sociaux, rapports de la médecine de santé au travail, documents RH, référentiels de compétences des managers...). De nombreux cabinets de consultants proposent également des investigations sur le terrain pour mesurer les RPS et proposer des axes de prévention.

### Recommandations générales

La part de subjectivité individuelle subsiste dans l'expression de la douleur morale et des manifestations psychocorporelles. Un rapport récent de Brindeau P.<sup>(15)</sup> propose un certain nombre de recommandations, notamment « *repenser, tout au long de la carrière, la prévention des risques psychosociaux* ». Les DRH hospitalières tentent de mobiliser quelques outils rudimentaires pour mieux cerner l'impact des RPS à l'hôpital. Ce travail est fait sous l'impulsion des tutelles, comme l'ARS de la région Île-de-France qui souhaite, en 2012/2013, développer dans les établisse-

ments de santé de son territoire un axe prioritaire sur « *la qualité de vie au travail et les conditions de travail et le pilotage des ressources humaines* ».

### Impact financier des indicateurs

Pour se représenter l'impact financier de certains indicateurs du RPS, Victor Wagnine, directeur du cabinet Mozard Consulting, propose une évaluation récente en 2011 sur le coût de l'absentéisme en France à 3 500 euros par salarié et par an. Une autre étude de la Sofcah montre que les absences pour raison de santé ont augmenté en 2010 de 8 % dans les établissements de santé. Même si cet indicateur est utile, il ne peut pour autant expliquer à lui seul l'importance des RPS à l'hôpital. Cependant, la DGOS s'est emparée de cet enjeu en matière de santé et bien-être au travail en proposant la mise en lumière du projet "Clarté 2010-2012" sur les indicateurs de qualité de vie au travail et de sécurité du patient. Il propose d'étudier un certain nombre d'indicateurs comme l'absentéisme, le turn-over, la satisfaction des personnels au travail, expérimentés par une centaine d'établissements des régions Loire-Atlantique, Aquitaine, Rhône-Alpes, dans la perspective d'une généralisation fin 2013.

### Violences en milieu hospitalier

Un autre indicateur clé sur les RPS concerne les situations de violences en milieu hospitalier. L'Observatoire national des violences hospitalières (ONVH) a recensé 5 760 faits déclarés en 2010 (+13,2 % par rapport à 2009) : coups (55 %), insultes et injures, menaces, crimes (1 %). Cette situa-

tion est particulièrement préoccupante pour la sécurité des personnels de santé à l'hôpital, au point même que l'Ordre national infirmier vient de mettre en place son observatoire des violences subies par les professionnels, suite à une agression d'une infirmière et d'un médecin anesthésiste le 21 juillet 2012 à la clinique Bouchard à Marseille.

Plus marquant et particulièrement dramatique ces derniers mois, la recrudescence de comportements à risque auprès de certaines catégories professionnelles à l'hôpital met en exergue le paroxysme de la souffrance au travail, à travers des conduites suicidaires sur le lieu de travail. L'actualité en 2012 a particulièrement médiatisé des événements graves de professionnels en situation de grande détresse psychologique liée aux conditions très éprouvantes de travail pour des raisons faisant souvent appel à des problèmes de réorganisations, fusions, charge de travail... Pas moins d'une dizaine d'événements dramatiques de cette nature sont survenues dans plusieurs établissements publics de santé, ayant fait l'objet d'une médiatisation et d'une sensibilisation des dirigeants hospitaliers concernés pour engager des actions de prévention, en partenariat avec leur CHSCT.

### Prévention

Le phénomène des RPS est à prendre avec considération et gravité, compte tenu des conséquences pouvant générer des tensions collectives et individuelles au sein d'une institution. Un observatoire national des suicides fait actuellement l'objet de discussions au sein de plusieurs établissements de santé. Les CHSCT sont aussi particulièrement sollicités (enquête

interne, réunion extraordinaire, audit) pour mettre en œuvre des actions préventives et à visée diagnostique, en étroite collaboration avec des auditeurs externes, afin de mieux comprendre les faits et proposer des axes de prévention primaire, secondaire et tertiaire. À titre d'exemple, au CHU de Clermont-Ferrand, un audit est piloté par le CHSCT, en collaboration avec un cabinet, en janvier 2012, à la demande du tribunal de grande instance de Clermont, suite à une succession de suicides et de tentatives de suicides. Plus récemment, le CHSCT du CHU de Nantes a sollicité un rapport d'audit en juin 2012 proposant dix recommandations pour la prévention des RPS et l'amélioration des conditions de travail et le manque d'effectif.

### QUELS SERAIENT LES AXES DE PRÉVENTION ?

#### Les acteurs clés

Compte tenu de la complexité du sujet à traiter et des répercussions peu maîtrisables sur le terrain, du fait de la singularité des situations, de la spécificité des organisations hospitalières, des modes de management des responsables et de la culture des services, il est indispensable de mobiliser, en premier lieu, les acteurs clés ayant un impact sur les collectifs de travail : service de santé au travail, DRH, CHSCT, CTE, Service social du personnel, médecin généraliste, consultations de pathologies professionnelles, inspecteurs du travail, médecins agréés, médecin-conseil de la Sécurité sociale, experts extérieurs (organismes de prévention, cabinets de consultants...) et bien évidemment l'encadrement intermédiaire et de proximité. Toutes les études et recomman-

#### NOTES

(12) Bernard Salengro (2005), *Stress des cadres*, éditions l'Harmattan, novembre 2005.

(13) Enquête SUMER 2010 et publiée par la DARES en mars 2012.

(14) Rapport publié en 2012 sur "les consultations de pathologies professionnelles en France sur une rétrospective de 9 ans (2001-2009)".

(15) Rapport remis au Premier ministre en février 2012, sur "la gestion des âges dans la fonction publique".

datations faites par les organismes officiels et études sociologiques sont convaincues du rôle majeur de la direction générale de chaque établissement de santé, devant se traduire par un engagement fort constituant la première démarche de prévention. Partant

**“La part de subjectivité individuelle subsiste dans l’expression de la douleur morale et des manifestations psychocorporelles”**

de ce principe et mesurant la difficulté pour prendre à bras-le-corps cette démarche préventive, il est recommandé aux dirigeants de clarifier leur intention, de définir les moyens concrets et d'alimenter les valeurs, renforcer la culture d'entreprise.

### Trois axes préventifs

Les démarches préventives et outils de prévention des RPS sur le plan individuel couvrent trois axes, selon la grille d'analyse proposée par l'Anact :

- **prévention primaire** (très peu utilisée). Actions ciblées sur les causes dans l'organisation : anticipation d'une fusion, création d'un observatoire du stress, définition et suivi d'indicateurs d'alerte...;
- **prévention secondaire** (moyennement utilisée). Actions à destination des salariés pour gérer les situations stressantes : stades

de gestion du stress, gestion de la violence externe, coaching, relaxation ;

• **prévention tertiaire** (beaucoup trop privilégiée). Actions pour accompagner les salariés en difficulté : cellule d'écoute, prise en charge médicale, numéro vert... Même si les axes préventifs semblent bien clarifiés, il est regrettable, dans les faits, que seule la prévention tertiaire fasse l'objet d'une mobilisation au sein de la plupart des institutions, hormis quelques exceptions. La prévention primaire est davantage salutaire dans le contexte actuel des nombreux changements organisationnels et des restructurations hospitalières (pôles d'activités, fusions, création de services ou d'établissements...). À ce titre, la Commission européenne<sup>(16)</sup> confirme la nécessité de mobiliser le premier niveau de prévention primaire.

Ses recommandations sur la prévention des RPS s'articulent autour de cinq bonnes pratiques : « *Le suivi et l'évaluation, le dialogue social et la communication, la cohérence et l'équité, la formation et l'éducation, le soutien et la promotion de la santé.* »

Les axes de prévention sont nombreux et mobilisent l'ensemble des acteurs clés d'une organisation, à commencer par les dirigeants hospitaliers, jusqu'aux responsables des unités de soins, représentés par les cadres de santé, dits de proximité. Il ne faudrait donc pas stigmatiser cette dernière ligne hiérarchique, car les compétences mobilisées par l'encadrement de proximité sont précieuses et garantes de l'équilibre des collectifs de travail. Mais quel rôle pourrait-il jouer au quotidien auprès de ses équipes ?

### RÔLE DU CADRE DE SANTÉ DANS LA PRÉVENTION DES RPS

Devant la multiplication des rapports et travaux d'étude sur la souffrance au travail qui pointent les tensions inhérentes au travail et les liens avec le management (vecteur des RPS, mais aussi acteur de prévention du "bien-être au travail"), tous les auteurs s'accordent à considérer le rôle de l'encadrement intermédiaire et de proximité essentiel pour participer à la prévention des RPS. Depuis Gollac<sup>(17)</sup>, en passant par Detchessahar<sup>(18)</sup>, le rapport de Lachmann-Larose-Penichaud<sup>(19)</sup>, les recommandations du rapport Astrees<sup>(20)</sup> sur la "Crise du travail pour un changement des modes de gestion" ou encore l'ouvrage de référence de Desmarais-Abord de Chatillon<sup>(21)</sup>, tous considèrent que l'encadrement intermédiaire et de proximité est important.

Mais, concrètement, en quoi son action peut-elle être particulièrement précieuse au contact des équipes soignantes ? D'autant que, comme indiqué plus haut, le cadre de santé est pris dans un imbroglio organisationnel teinté d'injonctions paradoxales et se trouve confronté aux multiples enjeux hospitaliers à travers les réformes récentes et les restrictions budgétaires. Existe-t-il alors un paradoxe entre la prévention des RPS impliquant un travail de lien et la recherche de la performance consistant à produire les résultats attendus, à moyens constants, voire inférieurs ? Le cadre de santé est un membre de l'organisation hospitalière ayant une lecture fine de l'activité et des préoccupations quotidiennes de son personnel relatif aux conditions de travail. Son action ne pourra être effective que s'il est associé régulièrement aux orien-

tations, décisions stratégiques et organisationnelles de la direction. À ce titre, la dernière version relative à la procédure de certification des établissements de santé, HAS V2010, s'intéresse en 2012 à la rédaction d'un référentiel sur la thématique "qualité de vie au travail"<sup>(22)</sup>, dans une démarche non normative, avec la mise à disposition prochaine d'une boîte à outils sur certains critères définis dans le manuel (collaboration entre la HAS et l'Anact en cours 2012). Elle souhaite développer une démarche de promotion de la qualité de vie au travail dans les services de soins, considérant que les progrès en matière de qualité et de sécurité sont obtenus en agissant prioritairement sur les facteurs humains et les organisations en mobilisant trois acteurs clés : les établissements de santé et leurs fédérations (dont les cadres de santé), les organisations syndicales et les experts visiteurs.

Le cadre de proximité est un partenaire privilégié de l'institution car il représente le système d'articulation relationnelle le plus puissant. Par ailleurs, si le cadre de santé a un rôle important à jouer vis-à-vis de la santé mentale de ses subordonnés, il est toutefois dépendant d'une organisation et de modes de gestion d'où découlent ses propres marges de manœuvre lui permettant de jouer ou non son rôle efficacement<sup>(23)</sup>. Le rôle du cadre de santé consiste également à contribuer à l'identification des déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail, à travers un certain nombre de critères d'évaluation :

- évaluation du degré d'autonomie du salarié ;
- niveau de mise à disposition

des ressources nécessaires au professionnel pour faire face aux contraintes organisationnelles ;

- favoriser des espaces de discussions pour permettre aux professionnels de se sentir reconnus dans leur pouvoir d'agir sur leur rapport au travail ;
- promouvoir le management de proximité ;
- optimiser l'organisation du travail et les arbitrages entre les acteurs, la coordination de leur intelligence quotidienne du travail entre le prescrit, les contraintes et le réel. Contribuer à bien faire son travail dans une perspective managériale auprès des équipes soignantes nécessite d'être en situation de "bien-être" au travail dans sa fonction, et surtout de bénéficier d'un soutien important des lignes hiérarchiques et fonctionnelles de l'institution. Cette considération est nécessaire pour avoir le sentiment éprouvé d'être un "bon" manager, aux qualités pouvant se traduire par ces quelques aptitudes :

- ouvert (à l'écoute) et "ouvrant" (susceptible à l'ouverture d'esprit chez leurs collaborateurs), gérant la motivation des passionnés comme celle des personnes qui ont besoin de reconnaissance ;
- favorisant l'implication durable et tempérer "l'hyper-investissement émotionnel" ;
- cultivant des relations de confiance et désamorçant les rapports de force et de mauvaise foi. L'exercice de la fonction d'encadrement sur la prévention des RPS et l'accompagnement des équipes soignantes consiste à travailler surtout autour des facteurs de régulations (régulation des tensions, adaptation des ressources, expression des soignants, soutien, relais de l'institution, valorisation

des compétences) permettant à l'organisation de fonctionner avec un engagement des soignants, tout en intégrant un volet éthique, à travers l'analyse réflexive des pratiques. C'est une tâche délicate à accomplir dans le contexte actuel du fonctionnement hospitalier, car, comme l'indique F. Mispelblom-Beyer<sup>(24)</sup>, il met bien en évidence qu'il est « *difficile d'y voir clair dans l'activité d'encadrement, d'autant que la succession des modes managériaux brouille les cartes.* »

### CONCLUSION

À chaque cadre de santé de préserver son équilibre et de contribuer sereinement à accomplir sa mission dans cet environnement turbulent, tout en y posant les limites, au-delà desquelles il lui faudra adopter d'autres stratégies d'adaptation ou de prendre de nouvelles dispositions distancées... en prévention de son propre risque psychosocial, comme le précise bien l'une des recommandations du rapport sur le "Bien-être et efficacité au travail"<sup>(25)</sup> : « *L'amélioration de la santé psychologique au travail ne doit pas se limiter à la gestion du stress professionnel. Le vrai enjeu est le bien-être des salariés et leur valorisation comme principale ressource de [l'hôpital].* »

Un vaste sujet inépuisable, tant il passionne les débats, tant la tâche est grande à accomplir, mais pas impossible à réaliser, à condition que chacun y apporte sa modeste contribution dans l'intérêt collectif et en bonne intelligence. ■

Jean-Luc Stanislas interviendra lors de la prochaine Université des cadres sur les risques psychosociaux en décembre 2012, organisée par les éditions Wolters Kluwer France.

### NOTES

- (16) Rapport de la Commission européenne "Investir dans le bien-être au travail : aborder les RPS en période de changement", Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances, Unité F3, octobre 2010.
- (17) Gollac, "Indicateurs de facteurs de RPS au travail", Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.
- (18) Étude Sorg : "Santé, organisation et gestion des ressources humaines" pour l'Agence nationale de la recherche (Programme SEST Santé-environnement santé-travail) 2006-2008.
- (19) Lachmann H., Larose C. and Penicaud M. (2010). "Bien-être et efficacité au travail". Dix propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, rapport fait à la demande du Premier ministre.
- (20) Astrees (2010). Crise du travail : pour un changement des modes de gestion, www.astrees.org/crise-du-travail.
- (21) Revue française de gestion, IREG, université de Savoie, juin 2010, n° 205.
- (22) HAS, "Actes du séminaire : qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé", octobre 2010, Saint-Denis.
- (23) S. Journoud & S. Peze, "La formation des managers à la prévention des RPS est-elle sur la bonne voie ?" (juin 2011, Journée de recherche du L@rem), 15 pages.
- (24) F. Mispelblombeyer *Encadrer, un métier impossible*, 2<sup>e</sup> édition Armand Colin, Paris, août 2010.
- (25) Lachmann H., Larose C. et Penicaud M. (2010). "Bien-être et efficacité au travail". Dix propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, Rapport fait à la demande du Premier ministre.