Agir contre les risques psychosociaux : proposition d'une démarche de prévention

F. Michiels[a], S. Danet[b]

a Centre de médecine de prévention des armées, DRSSA Bordeaux, caserne Nansouty, CS 21152 – 33068 Bordeaux Cedex.
b 35e antenne de médecine de prévention, CC 92 – 29240 Brest Cedex 09.

Résumé

Bien que de nombreux organismes, sous l'impulsion de la réglementation, mettent progressivement en place des dispositifs dédiés à la gestion des risques psychosociaux, rares sont ceux aboutissant à la mise en œuvre de mesures concrètes de prévention primaire. Après un rappel sur les écueils et erreurs conceptuelles à l'origine de ces difficultés, nous présentons une démarche globale de prise en compte de la problématique psychosociale, inspirée de pratiques de terrain. Nous expliquerons notamment les raisons pour lesquelles il paraît souhaitable d'adapter les préconisations issues des textes en vigueur au ministère afin de tendre vers une meilleure efficacité. Nous proposons en particulier de dissocier les intervenants en charge de l'évaluation et de la prévention primaire des risques de ceux traitant les troubles avérés. Il semble enfin nécessaire d'identifier un référent psychosocial, point de convergence et pivot de la démarche.

Mots-clés : Facteurs psychosociaux. Prévention des risques professionnels. Santé mentale au travail.

Abstract

MANAGING PSYCHOSOCIAL RISKS: PROPOSITION FOR A PREVENTION APPROACH.

Although many organizations, driven by regulations, have set up provisions to manage psychosocial risks, the implementation of measures for primary prevention is rare. In this article, we shall first focus on the pitfalls and conceptual mistakes, and then present a global approach to care for psychosocial problems, based on practical experience. We shall mainly explain the reasons why it seems necessary to adapt the recommendations from the legislation in force released by the Ministry of Defense. We propose to separate the actors involved in risk evaluation and primary prevention from the leaders in charge of actual disorders. Finally, it seems necessary to identify a psychosocial referent, pivotal to the endeavor.

Keywords: Mental health at work. Occupational risks prevention. Psychosocial factors.

Préambule

Les Risques psychosociaux (RPS) occupent, au sein du ministère de la Défense comme dans tous les secteurs professionnels, une place croissante dans le quotidien de l'ensemble des professionnels impliqués dans la santé au travail, depuis les services de médecine de prévention jusqu'aux cadres ou agents du ministère. Loin d'être un effet de mode, il s'agit d'un risque professionnel émergeant dont les effets sur la santé sont avérés (1). Sous l'impulsion d'une réglementation de plus en plus incitative, voire contraignante, et du fait de l'apparition d'outils et de guides multiples, permettant d'aborder de manière plus concrète et objective un domaine jusqu'alors considéré comme trop subjectif pour être pris en compte au même titre que les autres risques professionnels, de nombreux organismes mettent officiellement en place des dispositifs de prévention des RPS. Force est néanmoins de constater que beaucoup peinent en pratique à conduire une authentique démarche de prévention primaire, conduisant à la mise en œuvre de mesures concrètes.

Ce document propose un dispositif pragmatique de prévention des RPS, fruit de l'expérience de terrain. Il a pour ambition :

– d'aider les acteurs impliqués à éviter les écueils récurrents dans l'approche de prévention des RPS ;

– de mieux identifier le rôle respectif des différents acteurs ;

– de proposer, à titre indicatif, un dispositif et une démarche pratiques permettant d'aboutir à des propositions d'actions concrètes et adaptées à chaque organisme.

Le cadre réglementaire

Réglementation nationale

Depuis la directive cadre européenne du 12 juin 1989, transposée en droit français par la loi du 31/12/1991, les employeurs ont pour obligation « d'adapter le travail à l'Homme », dans le but général d'éviter toute altération de la santé du fait du travail. Au regard de la définition de la santé par l'OMS, ces textes incluent de fait la santé psychique, morale et sociale des agents. Ceci a

F. MICHIELS, médecin en chef, praticien certifié. S. DANET, ingénieur d'études et de fabrications, ergonome.
Correspondance : Monsieur F. MICHIELS, 23 le Puy long – 19330 Favars.
E-mail : fabrice.michiels@orange.fr

été explicitement précisé dans la loi française par la loi du 9/11/2010, qui modifie en ces termes l'article L4121-1 du Code du travail, que nous retranscrivons intégralement tant il est clair :

« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

1° des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ;

2° des actions d'information et de formation ;

3° la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. »

Il apparaît ainsi que la prévention des risques psychosociaux, paramètre majeur de la santé mentale des salariés, incombe, comme celle de tout risque professionnel, aux employeurs. Les rôles des services de santé au travail en général, et des médecins du travail en particulier, sont précisés respectivement dans les articles L4622-2 et R4623-1 du Code du travail. Ils consistent à prévenir toute altération de la santé du fait du travail notamment en conseillant les employeurs, les travailleurs, les représentants du personnel et des services sociaux « afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ».

Les modalités d'action du médecin du travail sont même précisées par l'article L4624-1 du Code du travail :

« Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. »

La répartition des rôles dans le champ de la protection de la santé mentale des agents ne diffère donc aucunement de celle de tout autre risque professionnel : c'est une obligation du chef d'organisme, le médecin étant un de ses conseillers.

Le cadre au sein du ministère de la Défense

Le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié stipule que les livres I à V de la quatrième partie du Code du travail sont applicables au ministère de la Défense. Si l'article L4121-1 relatif aux obligations de l'employeur s'inscrit dans ce cadre, ce n'est pas le cas des autres articles cités ci-dessus. Néanmoins, le décret du 29/3/12 (2) et l'arrêté du 23/1/13 (3) reprennent intégralement la teneur de ces dispositions. L'ensemble des règles et principes énumérés plus haut est donc transposé au ministère de la Défense.

Dans une note du 9/6/10 (4), le ministère de la Défense, par l'intermédiaire de sa direction des ressources humaines, a fait de la prévention des RPS la priorité du ministère dans le champ de la santé et sécurité au travail. Afin d'aider à la mise en place de la démarche de prévention, il a en outre élaboré un guide de prévention des RPS, diffusé en novembre 2011 et mis à jour en septembre 2016 (5).

Enfin, faisant suite à une circulaire du premier ministre du 20/3/14 (6), cet arsenal réglementaire a été complété et mis en cohérence à une échelle interministérielle le 16/12/14 par une lettre du ministre de la Défense (7), fixant les orientations ministérielles et un plan d'action associé.

L'ensemble de ces dispositions et ressources documentaires constitue non seulement un socle solide pour inciter les employeurs à initier une démarche de prévention, mais fournit également des indications de plus en plus précises sur la méthodologie à mettre en œuvre.

Force est pourtant de constater que, si de nombreux organismes ont officiellement créé un dispositif de prise en compte des risques psychosociaux, l'immense majorité d'entre eux ne parvient pas à franchir le cap de la contemplation des indicateurs pour aboutir à un processus diagnostique étiologique ouvrant sur des mesures correctives concrètes. Cette stagnation a notamment pour origine des erreurs conceptuelles dans l'approche préventive des risques psychosociaux.

Objectifs

Le but ultime de la démarche à mettre en œuvre, quelles qu'en soient les modalités, est bien sûr de prévenir les RPS, ou de manière plus ambitieuse, d'améliorer les conditions de travail pour promouvoir le bien-être des travailleurs. Quelle que soit leur manière de concevoir le travail, les psychopathologistes du travail et tous ceux qui s'intéressent à ses dimensions psychologiques sont en accord sur un point : pour mener à bien cette démarche, qui place le travailleur au centre des préoccupations, il faut replacer le travail et son organisation au centre du questionnement, c'est-à-dire en analyser les rouages individuels et collectifs.

Des freins à lever

La mise en place d'un dispositif de prévention des RPS doit éviter un certain nombre d'écueils, à l'origine des réticences de nombreux chefs d'organisme à se lancer dans une démarche d'analyse et de prévention :

– ne pas ouvrir la « boîte de Pandore ». Pour éviter les dérives, comme un déversement de récriminations incontrôlées peu propices à la recherche de solutions consensuelles, il importe de mettre en place une démarche maîtrisée, conduisant à poser des questions précises et utilisant pour y répondre des outils adaptés ;

– ne pas induire de troubles, en instillant des plaintes dans des groupes ou chez des individus qui n'en avaient pas jusque-là. La réalisation systématique et inaugurale d'un questionnaire, par exemple celui de Karasek (8), le plus couramment utilisé, comporte ce risque, à l'image d'une notice de médicament : tout agent remplissant

cette grille y notera forcément quelques items non optimaux, source potentielle d'insatisfaction du simple fait qu'il ne sera pas à même de les mettre en perspective avec l'ensemble des autres éléments du questionnaire.

Des objectifs erronés

Dans les organismes réfléchissant à la mise en place d'une démarche de prévention des RPS, il est courant d'entendre que celle-ci vise à supprimer le stress au travail. Selon la définition que nous en avons donnée, à savoir l'insuffisance de ressources pour faire face à la contrainte, ce peut être juste. Encore faut-il ne pas réduire la notion de contrainte à la seule charge de travail, ni la ressource aux seuls outils ou au temps donné… Par contre, cet objectif est plus discutable si on entend par stress l'existence d'imprévus, ou plus globalement d'un écart entre ce qui est prescrit et l'activité réelle. Un premier courant de la Clinique du travail estime que la gestion de cet écart constitue une souffrance pour le salarié, qui résiste pour ne pas basculer vers la pathologie (9). Cette vision peut être rapprochée de travaux plus anciens, qui décrivent le travail comme une aliénation, source potentielle de souffrance (10).

Selon nous, cet écart n'est générateur de stress que si l'agent n'a pas la latitude pour le gérer, pour mettre en œuvre sa propre stratégie de contournement. Nous pensons au contraire, à l'instar d'Yves Clot, que si le travailleur dispose des ressources, dont les marges de manœuvre, adaptées, la gestion de cet écart est une source potentielle de développement personnel et professionnel (11).

On pourrait même avancer que l'existence de cet écart entre prescription et réalité est la raison d'être de l'Homme au travail. Un poste où aucun écart n'existerait, où aucun imprévu ne serait possible, peut dans l'absolu être mécanisé, comme le prouve les récentes projections sur l'impact social de la robotisation attendue dans les prochaines décennies (12). L'intérêt de l'Homme est sa capacité d'analyse et d'adaptation, notamment à des situations imprévues, et sa propension naturelle à développer des stratégies correctives. Aussi troublant que cela puisse paraître, l'absence totale d'écart (donc de stress potentiel) aurait pour corollaire une grande monotonie voire une impression d'inutilité, tout aussi délétères psychologiquement.

Enfin, il est utile de préciser ce que ne doit pas être une démarche de prévention des RPS :

– la mise en œuvre d'un dispositif de prévention des RPS ne doit pas être conçue comme un outil d'accompagnement de mesures de réduction d'effectifs quel que soit le vocable utilisé pour les qualifier (rationalisation, restructuration, plan social, etc.). Une réduction d'effectif est un facteur de risque psychosocial parmi d'autres et pose deux questions : comment accompagner les personnels perdant leur poste, et comment réorganiser l'activité des personnels restant en place pour qu'ils puissent remplir une mission souvent à peine moindre avec des moyens sensiblement réduits sans pour autant basculer dans la « souffrance au travail ». Cette seconde question relève bien d'une approche d'ergonome ou de psychologue du travail, la première nécessitant surtout de bonnes pratiques RH voire l'action de psychologues cliniciens ;

– il ne faut pas assimiler la prévention des RPS à la prévention du suicide. Bien que la problématique ait été révélée au public par des « épidémies de suicide » fortement médiatisées, cette préoccupation ne peut évidemment résumer l'objectif de la démarche. Il est d'ailleurs erroné de considérer le travail comme un facteur de risque suicidaire. Au contraire, à l'échelle sociétale, le fait d'avoir une activité professionnelle est plutôt un facteur de protection contre le suicide (13-15). Ceci dit, la préoccupation de tous les acteurs de la santé en entreprise doit être d'éviter que le travail soit un des éléments contributeurs au processus de passage à l'acte, y compris chez un individu fragilisé. Pour reprendre des termes statistiques, le but pourrait être de ramener la fraction de risque suicidaire attribuable au travail à 0 %. Pourrait être, car là encore il nous semble s'agir d'un objectif peu ambitieux. Au contraire, et nous en avons des exemples dans notre expérience personnelle, le travail peut contribuer à éviter le suicide, en constituant pour un individu ayant de multiples facteurs de risque extraprofessionnels de suicide la branche de salut. Ceci peut être rapproché de la notion de « travail – ressource » développée notamment par Yves Clot ;

– enfin, nous attirons l'attention sur la place particulière que tiennent à notre sens les différents types de « harcèlement » dans la problématique psychosociale. Plus clairement, les agissements répondant à la définition d'un harcèlement ne nous semblent plus relever d'une action de prévention des RPS, mais bien d'un cadre juridique : le harcèlement est au travail ce que le viol est à l'amour. Nous recommandons d'ailleurs aux médecins de prévention de cesser leur action préventive ou ergonomique dès lors qu'une plainte officielle est déposée. Le temps juridique et le temps de la prévention nous semblent devoir être séparés, du fait de l'impossibilité de travailler sereinement sur le fond dans un tel contexte, et en raison du risque d'instrumentalisation ou de détournement des éléments ergonomiques à des fins pénales. La note 15 de la circulaire 2114 du 13/12/2012 (16) nous semble à ce sujet inappropriée.

Matériel et méthode

Intervenants

Les préconisations officielles

Mettre en œuvre une démarche de prévention des RPS impose dans un premier temps d'identifier les intervenants, individuels et collectifs. Selon le mémento de prévention des RPS du ministère de la Défense, la démarche s'appuie sur l'action d'un comité pluridisciplinaire composé de nombreux acteurs, depuis le chef d'organisme ou son représentant, jusqu'aux représentants des personnels militaires et civils, en passant par le médecin de prévention, l'assistante sociale, le représentant des ressources humaines, et plus si affinité. Ce comité réalise aussi bien le suivi des indicateurs, l'évaluation des situations, le diagnostic

positif et étiologique, les propositions d'action voire la prise de décision, collective mais éventuellement individuelle. L'expérience nous conduit à émettre des doutes quant à l'efficacité de ce dispositif, pour plusieurs raisons :

– en premier lieu, dans ces commissions de 12 à 20 personnes, la plupart des acteurs s'appuient sur le seul travail effectif de 2 ou 3 membres. Il est beaucoup plus aisé de responsabiliser chaque membre dans des groupes de 5, 6 voire 8 personnes ;

– dans ce domaine, l'inflation des participants est fréquemment source de surenchère, la réunion du groupe pouvant rapidement devenir prétexte à négociation et revendication auprès de l'employeur. Or le « dialogue social » est difficilement compatible avec un processus d'analyse objective des situations et des déterminants psychosociaux ;

– la composition d'un tel comité est peu propice aux confidences. Or de nombreuses problématiques psychosociales trouvent leurs sources dans les non-dits, les zones grises, les sujets qui fâchent. L'écueil est alors de n'avoir qu'une vision partielle des racines d'un risque, voire d'en manquer les principaux déterminants, donc de conduire à des solutions inappropriées. C'est alors toute la démarche qui serait discréditée… ;

– l'approche ergonomique, consistant à analyser l'écart entre le travail prescrit (tâche) et le travail réel (activité), implique une analyse fine de l'organisation du travail afin de le comprendre (17). Cette analyse conduit dans la majorité des cas à s'intéresser à des sous-fractions d'un organisme : section, cellule, bureau, division. Ce grand groupe pluridisciplinaire présente à ce sujet deux limites :

- il ne peut posséder une réelle connaissance de toutes les tâches se déroulant dans toutes les composantes de l'organisme. La solution est alors de compléter un groupe déjà pléthorique par des « experts » des entités étudiées, sous réserve de parvenir alors à conduire une analyse structurée dans des temps d'intervention raisonnable,
- il est illusoire d'espérer réunir le comité suffisamment souvent pour analyser chaque composante de l'organisme ou chaque « alerte psychosociale ».

Approche pragmatique

Nous proposons donc un dispositif légèrement différent, dont l'expérience semble prouver qu'il est sensiblement plus efficient, voire plus efficace, et qui consiste à dissocier ce groupe pluridisciplinaire en deux strates :

– la démarche est placée sous la coordination d'un « comité de pilotage », articulé autour d'un noyau dur de trois membres : chef d'organisme ou son représentant (commandant en second), chef RH et chargé de prévention. Autour de ce trio incompressible s'ajoutent, si l'ordre du jour le justifie (notion de « valeur ajoutée »), le médecin de prévention et l'assistante sociale. Enfin, sont fréquemment adjoint un ou des membres du personnel dont le rôle est de relayer vers le comité les constatations faites sur le terrain. Il peut s'agir de présidents de catégorie ou de délégués du personnel, représentant non plus un syndicat mais bien tous les personnels. Ils sont ici présents non pour négocier mais pour apporter des éléments d'observation, recueillir et remonter des suggestions des agents, donc participer à la démarche ergonomique. Nous recommandons un effectif maximal de huit membres, qu'il est plus facile de responsabiliser quant à leur propre rôle, et de sensibiliser sur la possible discrétion dont les débats devront faire l'objet si l'on souhaite libérer la parole de tous, notamment celle du chef d'organisme ;

– en cas de problématique particulière sur laquelle ce comité estime ne pas avoir tous les éléments, il confie la mission d'analyse à une autre instance :

- *groupe de travail*, composé par exemple d'un membre du comité de pilotage, à titre de rapporteur, d'opérateurs issus du collectif de travail étudié, experts de leur métier, auxquels nous conseillons d'adjoindre un membre d'un autre collectif, exerçant dans un domaine proche mais non identique, jouant le rôle de candide capable de remettre en cause certaines pratiques en posant une question essentielle : « pourquoi cette manière de faire ? »,
- *société prestataire*, sous réserve de financement, en ne perdant pas de vue deux aspects à anticiper : bien choisir l'angle d'approche, ergonomique ou psychologique, beaucoup de cabinets ayant une orientation préférentielle et prévoir le suivi, le risque psychosocial étant par essence évolutif dans le temps. Il est également ardu d'anticiper la qualité de ces prestataires, qui se multiplient sur le marché et se contentent parfois de rapports dont les contenus sont à 80 % standardisés, voire rechignent à trop remettre en question les pratiques de celui qui les paye.

Contrairement aux apparences, ce dispositif est plus simple, chaque groupe de travail étant éphémère et n'ayant à se réunir que pour répondre à la question posée par le comité de pilotage, souvent une à deux fois. Le comité de pilotage, grâce au transfert de tâche vers le groupe de travail ou le prestataire, se réunit quant à lui beaucoup moins souvent, par exemple une à deux fois par an au plus, après la phase initiale de démarrage.

Autres intervenants

Au-delà de ces structures clairement identifiées, la détection des risques et plus encore des troubles psychosociaux relève, comme pour tout autre risque professionnel, de la responsabilité de chacun. De fait, très nombreux sont les acteurs susceptibles d'identifier une situation à risque ou un personnel en souffrance ! Toute la difficulté est de collecter l'ensemble de ces données éparses…

Les outils

Il faut ici distinguer d'une part les outils d'évaluation des risques et de détection des troubles, et d'autre part l'approche purement collective de celle fondée sur la compilation de données individuelles.

Les « indicateurs RPS »

Le choix et la mise en place d'un tableau de bord d'indicateurs est très souvent la première préoccupation des différents groupes ou comités pluridisciplinaires. Ils

sont incités à cela par les différents guides, mémento, orientations officielles, qui énumèrent presque toujours un nombre variable d'indicateurs dont un certain nombre sont imposés. Il est très compréhensible que les organismes aient le souci de se doter d'un outil de détection évitant qu'un RPS ne passe inaperçu. Pourtant, de manière très claire, l'immense majorité des indicateurs couramment recommandés ne détectent pas les risques, mais leurs conséquences : les troubles. Ainsi, l'élévation de l'absentéisme, du turn-over, des violences internes, sont bien la concrétisation des risques, de même qu'un cancer est la concrétisation d'une exposition à un agent cancérogène… Certes, la détection des troubles peut permettre rétrospectivement de remonter aux racines du mal, donc au risque. Mais il ne s'agit alors plus de prévention primaire ! Sans en nier l'utilité, il faut donc avoir conscience que ces indicateurs s'inscrivent avant tout dans une approche curative, et non préventive (ou seulement de prévention secondaire) (tab. I).

Les questionnaires sur les RPS

Il existe des dizaines de questionnaires validés explorant le champ des RPS. Ceux-ci sont d'ailleurs présentés un à un par l'INRS dans sa revue trimestrielle. La majorité de ces questionnaires, individuels, auto-administrés ou non, s'intéressent à tout ou partie des trois dimensions du travail les plus étudiées : la contrainte ou demande psychologique, la ressource ou latitude décisionnelle et la reconnaissance ou soutien social. Le plus utilisé, sans doute parce qu'il explore simultanément ces trois axes, est de loin le questionnaire de Karasek. En étudiant le travail sous ces trois angles il emprunte des éléments à l'ergonomie (écart entre travail prescrit et réel) et à la psychodynamique du travail (mouvements psychologiques accompagnant le fonctionnement de l'individu au travail). Il permet après compilation des données individuelles de positionner l'ensemble des membres d'un groupe professionnel dans des matrices, sous forme d'un nuage de points, et d'identifier notamment les agents en situation de *job strain*. Très visuel, particulièrement adapté aux restitutions informatiques, les résultats de ce questionnaire sont assurément utiles pour réaliser un état des lieux collectif, un « baromètre psychosocial ». Malheureusement, ce questionnaire est souvent exploité à une échelle trop large par rapport aux entités fonctionnelles d'un organisme. En d'autres termes, s'il est performant pour détecter des problématiques transverses, il l'est beaucoup moins pour identifier finement les causes de dysfonctionnement au sein d'un petit collectif, sauf à l'analyser au niveau de chacune de ces sous-entités… Or l'expérience de terrain montre que la majorité des tensions psychosociales relevant du travail se situent à l'échelle des sous-collectifs : bureau, cellule, parfois division. De plus, même si ce questionnaire identifie certains déterminants du mal-être psychosocial, il ne pousse pas à l'action, et nombre de chefs d'organisme ne savent pas quelles suites donner à ces constatations.

Dans cette optique, l'INRS a développé un outil dont la rédaction n'est plus individuelle, mais collective : le RPS-DU (18). Rédigé collégialement au sujet d'un sous-groupe homogène de population professionnelle, il conduit à une analyse des risques psychosociaux selon un périmètre proche de l'analyse conduite pour les autres risques professionnels dans le cadre de l'évaluation des risques insérée dans le Document Unique d'évaluation des risques, d'où son nom : RPS-DU. Il permet à notre sens de bien mieux identifier les déterminants psychosociaux à l'œuvre dans un groupe, donc d'atteindre le réel objectif de la démarche de prévention des RPS : déboucher sur des pistes de solutions concrètes. Il permet surtout d'ouvrir

Tableau I. Liste des indicateurs proposés dans les textes de référence en vigueur au ministère de la Défense.

Dimension explorée	Type d'indicateur	Mémento du guide de prévention des RPS : indicateurs nationaux (octobre 2011)	Orientations ministérielles (16/12/2014)	Cause ou conséquence ?
Fonctionnement de l'organisme	Temps de travail	Absentéisme		Conséquence (mais cercle vicieux)
	Mouvement des agents	Taux de rotation (turn over)		Conséquence (mais cercle vicieux…)
	Relations de l'organisme	Actes de malveillance authentifiés		Conséquence
		Actes de violence au travail		Conséquence (parfois cause)
	Organisation du travail	Gestion de la production		Cause
Santé et sécurité des agents	AT/MP	Nombre, gravité et fréquence des accidents du travail		Conséquence
		Nombre de maladies professionnelles déclarées ou reconnues		Conséquence
	Situations dégradées	Violences physiques d'origine externe		Cause (parfois conséquence)
		Violences physiques d'origine interne		Conséquence (parfois cause)
			Nombre de visites occasionnelles à la demande des agents	Conséquence (le plus souvent)

un espace de parole dans lequel les groupes de salariés analysent leur problématique, discutent de leur travail et de leur organisation, et envisagent des méthodes de régulation collective des écarts entre le prescrit et le réel. D'outil analytique, ce questionnaire devient donc souvent un moyen curatif…

Les entretiens et l'observation

Dans de petits groupes, et même si cela ne permet pas de si belles présentations graphiques que les questionnaires précédents, rien ne vaut selon nous l'analyse au plus près du travail, telle que la conçoivent les ergonomes. C'est la méthode que nous recommandons dès que l'effectif du collectif étudié ne dépasse pas dix agents par exemple.

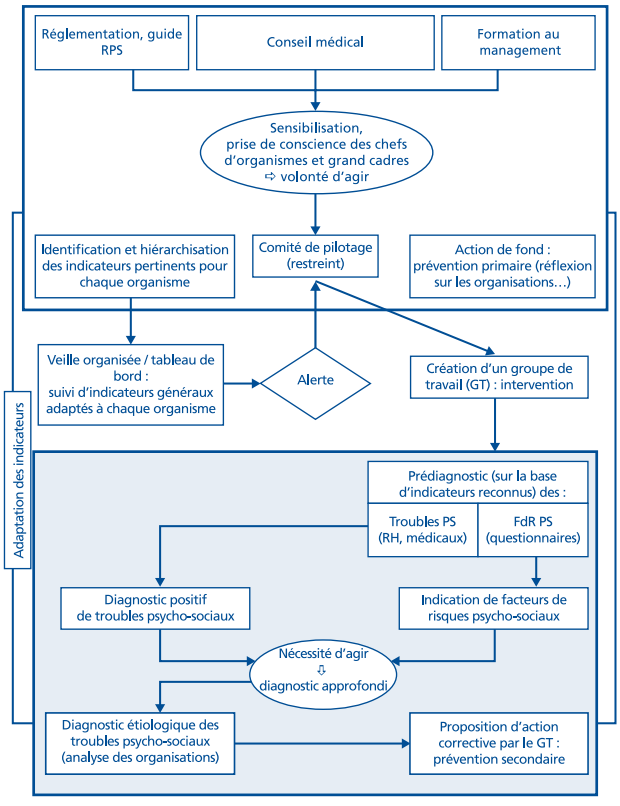
Proposition de dispositif de prévention global

Principes du dispositif

La figure 1 expose les principes de la mise en place d'un dispositif de prévention des RPS, conditionné par la volonté du chef d'organisme, intégrant :

– le Comité de pilotage (COPIL-RPS), analysant d'une part les déterminants psychosociaux dans le cadre d'une réelle prévention primaire, et mettant d'autre part en place une veille organisée selon un tableau de bord constitué d'une sélection d'indicateurs adaptés à l'organisme ;

Figure 1. Principe de la démarche de prévention des risques psychosociaux.



– le(s) groupe(s) de travail, mandatés par le COPIL-RPS, pour répondre à une problématique précise, formulée clairement sous la forme d'une question, point d'entrée du questionnement comme le serait un accident du travail pour un arbre des causes. C'est à son niveau que nous proposons d'utiliser les questionnaires, chaque outil devant être adapté à la question posée, à l'instar d'un examen complémentaire dans le cadre d'une démarche diagnostique.

Concrètement, nous suggérons que le chef d'organisme affiche sa volonté d'action en créant le comité de pilotage par une note similaire à la lettre de cadrage du chargé de prévention des risques professionnels. Cette note permet notamment de situer l'action du comité de pilotage sur le travail (manière de mettre en œuvre les moyens disponibles pour remplir la mission attribuée dans les meilleures conditions possibles pour les agents) et non sur l'emploi (définition de la mission et des moyens de l'organisme, donc « politique de l'entreprise »), c'est-à-dire de s'intéresser aux leviers sur lesquels le chef d'organisme a la main.

Nous proposons également que chaque question formulée par le COPIL-RPS soit inscrite au PV du CHSCT et/ou de la CCHPA, instances évidemment concernées par la gestion des risques professionnels quels qu'ils soient.

Dispositif pratique

Sans remettre en cause ce schéma de principe, la pratique nous en a révélé trois limites :

– d'une part, la quasi-totalité des alertes psychosociales n'émanent pas de la veille organisée mais de la veille diffuse menée par l'ensemble des acteurs de terrain évoqués précédemment : cadre, agent, représentants du personnel, médecin, assistante sociale, etc. ;

– d'autre part, plusieurs organismes que nous soutenons ont tenté de créer leur propre dispositif et de le modéliser sous forme de logigramme. Dans chaque cas, deux questions n'étaient pas résolues :

- « transmission d'une alerte » : certes, mais À QUI ?
- « déclenchement d'une réunion du COPIL-RPS » : oui, mais PAR QUI et en fonction de quels critères ?

Il est en effet irréaliste de réunir le COPIL-RPS chaque fois qu'une « alerte RPS » est lancée vers n'importe quel membre de cette instance. D'ailleurs, malgré toute notre conviction sur l'intérêt d'une approche organisationnelle des situations de RPS, force est de reconnaître que certaines situations conflictuelles interindividuelles ne sont plus accessibles à des actions correctrices collectives, mais relèvent de décisions managériales claires, pour ne pas dire « ancestrales », comme sanction ou mutation en vue de séparer les belligérants !

Ceci amène à la troisième limite de ce premier schéma : quid de la prise en charge de ces situations conflictuelles irréversibles, qui de toute évidence relèvent plutôt d'une structure que beaucoup d'organismes ont d'ailleurs mis en place, sous des intitulés variables dont le plus courant est « cellule de régulation des RPS ». Elle devrait bien sûr être rebaptisée « cellule de régulation des TPS » (Troubles psychosociaux).

L'ensemble de ces constatations nous a conduits à préciser l'organisation globale du dispositif, pour prendre en compte ces réalités de terrain (fig. 2). De toute évidence, il manque aujourd'hui au sein des organismes un maillon essentiel, clé de voûte du dispositif, que nous appellerons « référent psychosocial », qui s'apparente à ce que certains organismes ou entreprises mettent actuellement en place sous l'étiquette de « médiateur RPS ». Cet acteur pivot aurait pour grandes missions :

– drainer les « indices » ou alertes de la veille diffuse (voire de la veille organisée) ;

– analyser ces alertes, et au besoin intervenir pour régler certaines situations « simples » ;

– en fonction de son évaluation de chaque situation, solliciter la structure appropriée, cellule de régulation ou COPIL-RPS, dès que la résolution du problème échappe à sa seule compétence.

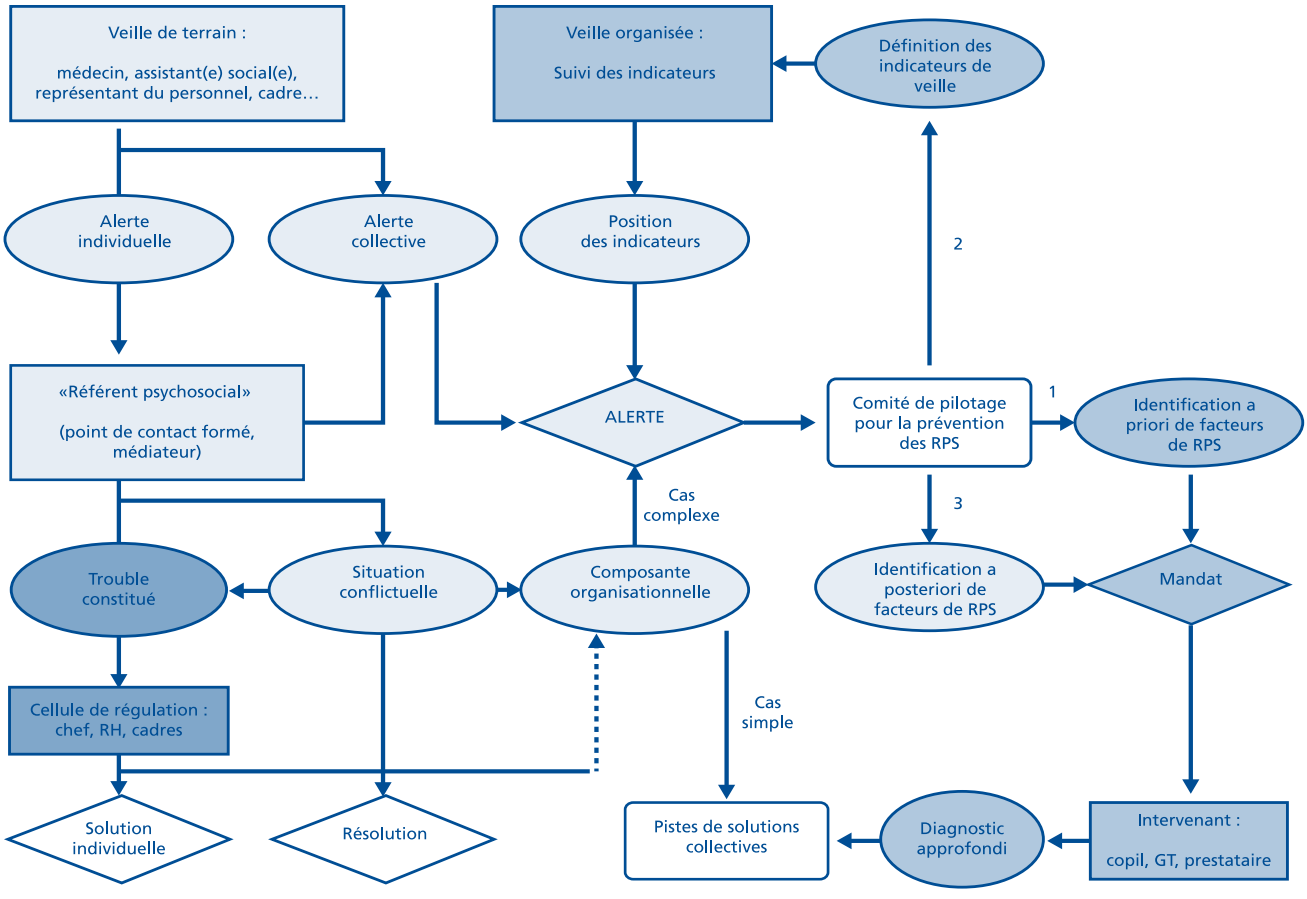
Ce référent n'est à ce jour pas identifié, et il incombe à l'employeur de le faire. Il est évident qu'il doit avoir bénéficié d'une formation spécifique le préparant d'une part à analyser les éléments qui lui sont transmis, mais aussi à intervenir pour réaliser une médiation. Il ne peut en tout cas s'agir du médecin ou de l'assistante sociale, tous deux liés par le secret professionnel qui limite évidemment leurs marges de manœuvre. La possibilité de confier cette mission à l'Officier environnement humain (OEH) mis en place dans certains régiments de l'armée de Terre est une piste intéressante.

Discussion

Si une grande majorité d'organismes s'inscrit aujourd'hui dans une démarche psychosociale, il est évident que c'est avant tout du fait de la pression exercée par les directives ministérielles et les diverses inspections. En effet, les entretiens menés avec la majorité des cadres ainsi qu'avec de nombreux médecins attestent que tous restent focalisés sur la prise en charge des troubles psychosociaux, même si certains admettent que la constatation d'un trouble permet parfois de remonter à des causes managériales ou organisationnelles. Mais au-delà des doutes liés aux convictions sur l'origine individuelle des tensions et sur la difficulté que constitue une démarche d'analyse du travail, vécue comme une mise en cause des pratiques managériales, le concept de prévention primaire des RPS échappe à l'immense majorité des acteurs.

En effet, un des principaux freins à l'adhésion des chefs d'organisme à une démarche de prévention primaire est qu'ils ne parviennent pas à identifier en quoi elle peut consister, à quels types d'actions concrètes elle peut conduire. En réalité, l'analyse des déterminants psychosociaux n'est rien d'autre que la lecture de l'organisation du travail sous un angle de vue différent, ergonomique, centré sur le travail et ce qu'il demande aux opérateurs. De manière simpliste, elle consiste à comprendre l'organisation du travail, à

Figure 2. Dispositif global de prise en compte de la problématique psychosociale dans un organisme.



en décrypter les mécanismes individuels et collectifs. Derrière ces termes ne se cachent que des notions très simples, autour desquelles s'articulent le management et la communication :

– la mission demandée à l'opérateur est-elle claire, en a-t-on bien décortiqué toutes les phases, et qu'implique-t-elle en termes d'exigences psychologiques ?

– l'ensemble des ressources dont dispose l'agent, en termes de moyens matériels, de temps, de connaissances est-elle adaptée et suffisante pour faire face à chacune de ces phases ?

– l'environnement notamment humain, le réseau et son fonctionnement sont-ils à même d'étayer l'agent dans son action ?

Les managers conduisent donc depuis toujours de nombreuses actions qui, sans qu'ils l'aient réalisé, sont des éléments de prévention des RPS. Ainsi, bien accueillir un agent sur son poste, lui décrire sa mission au travers d'une fiche de poste claire, prévoir les formations adaptées à sa mission, tenir des réunions de service comportant un temps d'échange sur les pratiques professionnelles, ne sont que des exemples d'actions présentant un authentique caractère de prévention des RPS. Les acteurs énumérés ci-dessus ont pour mission de compléter ces mesures en s'appuyant sur une méthodologie plus objective.

Conclusion

La santé mentale d'un agent est le résultat d'un équilibre complexe entre des paramètres personnels, le contexte extra-professionnel et l'environnement professionnel. Il convient donc, pour le médecin comme pour l'ergonome ou le psychologue, d'être humble, et il serait illusoire de penser que l'approche ergonomique sera à même de résoudre l'ensemble des situations professionnelles difficiles ou des tensions interpersonnelles. Elle doit être considérée comme un outil supplémentaire, complétant les solutions individuelles, qu'elles soient médicales ou managériales, au seul profit desquelles elle a trop longtemps été omise.

La prise en compte globale de la problématique psychosociale implique de ce fait de bien distinguer les approches collective et individuelle et les démarches de prévention des risques (causes) et de gestion des troubles (conséquences) psychosociaux, en confiant ces deux missions à des entités différentes, dont la saisine pourrait faire appel à un référent psychosocial, point de convergence de l'ensemble des « alertes » individuelles ou collectives.

Dans ce champ, le médecin de prévention a essentiellement un rôle de conseil et d'incitation du chef d'organisme, sans la volonté et la conviction duquel toute amélioration de la situation psychosociale est difficile sinon illusoire. Il participe également à la veille clinique et à la prise en charge médicale des agents victimes de troubles psychosociaux. Mais la propension naturelle du médecin à prendre en charge les troubles individuels ne doit jamais lui faire oublier que, dans ce domaine de risque comme dans les autres, la prévention collective demeure le meilleur moyen de préserver la santé des travailleurs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: office des publications officielles des communautés européennes; 2007.
2. Décret 2012-422 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère de la Défense.
3. Arrêté du 23 janvier 2013 fixant les modalités de nomination des médecins de prévention ainsi que l'organisation et les conditions de fonctionnement du service de médecine de prévention organisé au profit de l'ensemble du personnel civil du ministère de la Défense.
4. Note n°311081/DEF/SGA/DRH-MD du 9 juin 2010 relative à la prévention des risques psychosociaux notamment dans le cadre des restructurations.
5. Guide de prévention et de traitement des risques psychosociaux (consulté le 4 septembre 2017. Disponible : http://portail.sga.defense.gouv.fr/espace-ministeriel-rh/sites/espace-ministeriel-rh/IMG/pdf/Guide_de_prevention_et_de_traitement_des_RPS_2016.pdf
6. Circulaire du premier ministre n°5705/SG du 20 mars 2014 relative à la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques. (consulté le 4 septembre 2017). Disponible : https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/textes_de_reference/2014/C_20140320_PM5705.pdf
7. Lettre n°011748/DEF du 16 décembre 2014 relative aux orientations ministérielles en matière de prévention et de traitement des risques psychosociaux. (Consulté le 4 septembre 2017). Disponible : http://portail.sga.defense.gouv.fr/espace-ministeriel-rh/sites/espace-ministeriel-rh/IMG/pdf/directive_RPS.pdf
8. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Administrative Science Quarterly 1979; 24: 285-308.
9. Dejours C. Travail : usure mentale, de la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Nouvelle édition augmentée. Paris : Bayard ; 1993.
10. Marx K. Les manuscrits de 1844, économie politique et philosophique. Paris : édition sociale ; 1969.
11. Clot Y. Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte ; 2010.
12. Frey CB, Osborne MA. The future of employment: how susceptible are jobs to computerisation. Oxford Martin School, academic publication 2013:17.
13. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, et al. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. Psychol Med 2007;37:1131-40.
14. Blakely TA, Collings SC, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? J Epidemiol Community Health 2003;57:594-600.
15. Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Le Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle premières exploitations de données disponibles. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2010.
16. Circulaire n°2114/DEF/SGA/DRH-MD/SR-HC du 13 décembre 2012, d'application des dispositions du décret n°2012-422 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère de la Défense et de l'arrêté du 9 août 2012 fixant les modalités particulières d'organisation de la prévention des risques professionnels au ministère de la Défense (consulté le 4 septembre 2017. Disponible : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37179.pdf
17. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'egonomie. Lyon : Éditions ANACT ; 2006.
18. Guyot S, Langevin V, Montagnez A. Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU. Paris : INRS ; ED 6140, 2013.