

INSTITUT UNIVERSITAIRE TECHNOLOGIQUE DE SCEAUX

Projet Tuteuré

Présenté en vue d'obtenir

Le DIPLOME de LICENCE PROFESSIONNELLE

SPECIALITE : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

A L'INTERNATIONAL

Par

Marie-Olivia Joseph – Rishma Daya – Stéfanie Frenzel - Graziella
Zonnekynd

Dans quelle mesure les risques psychosociaux sont-ils pris en compte dans
les hôpitaux et hôpitaux psychiatriques ?

Soutenu le 19 juin 2015

JURY

MEMBRES :
Mme Ouda NEFAITI Tutrice

Remerciements

Nous tenons à remercier les membres du jury, qui prendront le temps de lire ce mémoire, et que nous aurons le plaisir de retrouver lors de la soutenance orale.

Nous remercions également les personnes qui nous ont reçu pour un entretien, à savoir Mme Millard, Mr Boucher... *merci à Mr les mme's*

Pour conclure, nous remercions toutes les personnes qui ont apporté, de près comme de loin, leur aide pour la finalisation de ce projet tuteuré de licence professionnelle GRH.

Résumé et engagement de non-plagiat

Résumé en français

A réaliser à la fin

Résumé en anglais

A réaliser à la fin

Engagement de non-plagiat

Nous, soussignés, Rishma DAYA, Marie-Olivia JOSEPH, Graziella, Stéfanie... déclarons être pleinement conscientes que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toute forme de support y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce projet tutoré.

Sommaire

I les RPS en milieu psychiatrique

A. Définition des RPS

B. Spécifiés dans la HP Psy. - code légal

II Enquêtes psychosociales dans un hôpital psychiatrique

A. Introduction (situe l'analyse EU/FR)

B. État des lieux FR/EU

C. Enquête Summer - concept

D. Zoom sur l'HP des Murat.

Receuil terrain.

Interview.

III Détection et prévention des RPS

A. Détection et prévention par l'INRS et l'ANRS

B. Détection et prévention dans la HP Psy

Problématique

« Les risques psychosociaux sont des risques qui mettent en danger l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et qui impactent le fonctionnement des entreprises. Depuis une quinzaine d'années, de plus en plus de salariés déclarent souffrir de symptômes liés au stress, au harcèlement ou aux violences au travail, tous secteurs d'activité confondus. Tous les acteurs de l'entreprise sont concernés par ces risques aujourd'hui reconnus ». Risques psychosociaux (RPS), Risques professionnels, ameli.fr - 03/12/2009. Il convient de noter que les incidences des risques psychosociaux ne se limitent pas aux problèmes de santé mentale, de stress mais accroissent les risques de troubles musculo-squelettiques et de maladies cardiovasculaires. Le collage d'experts sur les RPS mis en place à la demande du ministre en charge du travail a, dans son premier rapport (Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail / Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, 2009), distingué six dimensions de risques à caractère psychosocial :

1. les exigences du travail (quantité de travail, pression temporelle - caractère haché du travail, rythme de travail -, complexité du travail, difficultés de conciliation travail et hors travail) ;
2. les exigences émotionnelles (contact avec la souffrance, tensions avec le public, devoir cacher ses émotions, peur au travail) ;
3. l'autonomie, marges de manœuvre (autonomie, procédurale, prévisibilité, utilisation des compétences, participation, représentation) ;
4. rapports sociaux en milieu de travail (absence de soutien social, violence au travail, reconnaissance des efforts) ;
5. conflits de valeurs (ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité, devoir faire des choses que l'on désapprouve) ;
6. insécurité de l'emploi et du salaire.

Ces six dimensions désignent des cibles pour l'action contre les facteurs de RPS dans les entreprises mais aussi les administrations et les établissements publics.

- couvrir du début sur la fin

Introductions : schéma -

Introductions de l'échelle Burnout -

Introductions doit d'ici le plan

à la fin quelle mesure et...

début !
d'intro.

Revue de littérature

1. les RPS en milieu psychosociaux

1. Définition des risques psychosociaux

Les risques psychosociaux, c'est quoi ? Qu'entend-t-on par "risques psychosociaux" ? Ce terme de risques psychosociaux n'est que très peu connu, c'est pourquoi nous allons commencer par donner quelques définitions, afin de mieux l'appréhender.

Il existe en réalité différentes formes de risques psychosociaux. Parmi eux, on trouve le stress, la dépression, les risques suicidaire au travail, la conduite addictive, l'épuisement professionnel, le harcèlement moral, le harcèlement sexuel, ou encore les conflits au travail. En général, on assimile souvent les risques psychosociaux au stress. Seulement, il faudra bien garder à l'esprit que le stress n'est qu'un fragment de ce qu'englobe réellement ce terme de risques psychosociaux.

2. Le stress

Au niveau européen, la définition du stress la plus courante est la suivante : « 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 de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise. »

Trois notions sont à retenir dans cette définition :

- les contraintes au travail,
- l'état de tension ou état de stress généré par la perception d'un déséquilibre entre contraintes et ressources,
- les conséquences ou effets du stress sur la santé des salariés et sur la productivité.

Distinction stress aigu/stress chronique

Stress aigu : il correspond aux réactions d'un organisme qui doit s'adapter. Il n'est ni bon ni mauvais, il est simplement rendu nécessaire par l'environnement.

Cette adaptation a toujours un coût pour l'organisme, sans grande conséquence si le « stress » est modéré (comme par exemple un état de stress induit par un changement choisi du poste de travail).

Stress chronique : l'état de stress chronique n'est, en aucun cas, bénéfique pour l'organisme car il le maintient en sur-régime ; pour un temps limité, les symptômes sont réversibles mais si le « stress » s'inscrit dans la durée, les conséquences pour la santé sont inévitables et deviennent de moins en moins réversibles.

Finalement, une situation stressante aiguë choisie sera toujours mieux acceptée qu'une situation subie. En revanche, une situation chronique même choisie sera toujours délétère ; c'est ce dont se plaignent, de plus en plus, les cadres qui, après une promotion pourtant choisie, sont victimes dans le long terme d'une surcharge de travail qui pourra entraîner des problèmes de santé.

(définition de l'INRS)

3 L'épuisement professionnel, dit "burn-out" :

<http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burn-out/ce-que-il-faut-retenir.html>

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out, est : "un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante". Il se caractérise par trois symptômes :

- l'épuisement émotionnel : impression de saturation affective et émotionnelle vis-à-vis de la souffrance d'autrui,
- le désinvestissement de la relation : avec des attitudes et des sentiments négatifs et cyniques envers la clientèle ou les usagers,
- une diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail : tendance à l'auto-évaluation négative en particulier vis-à-vis de son travail avec les clients ou patients.

3 Le harcèlement au travail

Le harcèlement moral

Le harcèlement moral : défini par le Code du travail, le harcèlement moral se manifeste par des agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits de la personne du salarié au travail et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. Son auteur : un employeur, un collègue de la victime, quelle que soit sa position hiérarchique...

Deux notions caractérisent le harcèlement moral : la répétition des agissements et la dégradation des conditions de travail. Par ailleurs, l'article 222-33-2 est introduit dans le Code pénal, destiné à réprimer le harcèlement moral. Défini dans les mêmes termes que les agissements visés à l'article L. 122-49 du Code du travail, le harcèlement moral est passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende.

Le harcèlement moral n'est pas l'exclusive d'une relation hiérarchique avec harcèlement du subordonné par le supérieur. Il peut être vertical descendant (harcèlement du chef par ses subordonnés), vertical descendant (harcèlement des subordonnés par le chef) ou horizontal : la victime est harcelée par un collègue de même niveau. Il peut également être le fait d'une ou

plusieurs personnalités perverses mais aussi relever d'une politique d'intimidation pour se débarrasser d'un ou plusieurs salariés devenu « gênant(s) » ou « inutile(s) ». Ce type de harcèlement est qualifié de « stratégique ».

Il peut se manifester de manière :

- directe : les agissements touchent directement la personne visée (ex : des appels téléphoniques répétés sur la ligne professionnelle et privée d'un salarié déjà fragilisé par une dépression) ;
- indirecte : les agissements sont plus implicites et liés à l'organisation du travail (ex : une cadence excessive de travail) ;
- individuelle : une personne en vise une autre,
- collective : plusieurs personnes harcèlent une même personne, cette dernière étant leur "souffre-douleur".

Sources : Tisserot et INRS + Code du Travail

<http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques/89/les-fiches-pratiques-du-droit-du-91/sante-conditions-de-travail/115/le-harcèlement-moral/1050.html>

Le harcèlement sexuel

Le harcèlement sexuel est défini par l'article 222-33 du code pénal :

I. 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.

II. - 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. [...]

Cette définition est reprise, dans des termes similaires, par l'article L. 1153-1 du code du travail, aux termes duquel : « Aucun salarié ne doit subir des faits :

I Soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés 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 ;

2 Soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée 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. »

On trouvera, dans la circulaire du 7 août 2012 citée en référence, des précisions sur la définition du délit de harcèlement sexuel et des exemples de situations susceptibles de constituer ce délit (ex: une personne qui impose à plusieurs reprises des propos ou à des gestes sexistes, homophobes, ou obscènes, une personne qui importune quotidiennement son collègue de travail en lui adressant des messages ou objets à connotation sexuelle malgré sa demande de cesser ou encore, pour illustrer les situations où un acte unique suffit pour caractériser le délit, un employeur qui exige une relation sexuelle en échange d'une embauche).

Source: <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques/89/les-fiches-pratiques-du-droit-du-91/sante-conditions-de-travail.115/le-harcèlement-sexuel.15341.html>

* Le suicide en lien avec le travail

Selon l'INRS, si les suicides en lien avec le travail ont toujours existé, ceux qui sont commis sur le lieu de travail représentent un phénomène relativement nouveau ayant commencé à être rapporté vers la fin des années 90.

Entre 300 et 400 personnes se suicideraient chaque année en France sur leur lieu de travail.

Population touchée:

Le suicide concerne 73% d'hommes pour 27% de femmes d'une moyenne d'âge de 34 ans.

Il est le plus souvent prémédité et planifié dans les jours précédents l'acte.

→ *déclencheur et déclencheur*
Pour pouvoir prévenir un risque suicidaire, il faut savoir que celui-ci est multiplié par 36 chez des personnes souffrant d'une dépression majeure par rapport à la population générale. Il est donc essentiel de savoir prévenir le stress et la dépression en amont afin d'appréhender plus facilement les risques suicidaires. La capacité à détecter un comportement suicidaire reste très faiblement connue et il n'est pas toujours aisé de repérer les signes avant-coureurs chez la personne concernée.

Le sujet susceptible de passer à l'acte manifeste généralement les mêmes symptômes que ceux de la dépression, mais avec un accent particulier porté sur le désespoir ressenti, avec l'impression de ne pas avoir d'issue possible, d'avoir tout essayé pour se sortir d'une situation difficile, celle-ci pouvant être engendrée par une forte pression, par exemple.

La présence d'un sentiment de culpabilité et d'inhibition majeur, le retrait social et le repli sur soi sont fortement corrélés avec un risque de suicide.

La personne ne se confie malheureusement pas toujours directement à un membre de la structure, mais si elle est très isolée et si une souffrance omniprésente est manifeste, il est essentiel d'agir en l'aidant à trouver un soutien, ou en l'entourant en favorisant l'esprit d'équipe.

Source: Tissot

* Les violences, les agressions physiques ou verbales, les incivilités

Pour l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, les violences externes sont "des insultes ou des menaces ou des agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris les clients, et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être".

Ces actes de violence sont le fait de clients, d'usagers, de patients, d'élèves, etc. Ils visent notamment des salariés:

- travaillant dans les transports en commun et d'autant plus qu'ils sont isolés comme les chauffeurs de taxi,
- avant des activités de guichet,
- manipulant des objets de valeur (activités bancaires, bijouterie, commerces, convois de fonds, etc.),
- exerçant dans les secteurs de santé (particulièrement dans les services hospitaliers des urgences ou psychiatriques),
- œuvrant dans les secteurs socio-éducatifs (services sociaux, enseignement secondaire, etc.).

La violence se manifeste selon divers degrés de gravité:

- les incivilités : absence de respect d'autrui se manifestant dans l'intonation, le comportement, etc.
- les agressions verbales : menaces, insultes, etc.
- les actes violents : destruction ou dégradation de matériel, etc.
- les agressions physiques : bousculades, coups, blessures, etc.

Source: INRS

B. Les facteurs de RPS

- La situation macro-économique: intensification du travail (pression temporelle ou exigence de productivité), instabilité de l'emploi, importance de la concurrence nationale et internationale, mauvaise santé économique de l'entreprise.
- Les évolutions sociologiques: utilisation croissante des techniques de communication à distance, individualisation de l'activité professionnelle avec sur-responsabilisation, exigence ou agressivité de la clientèle, etc.
- L'organisation du travail et/ou la gestion des ressources humaines: ambiguïté ou conflit de rôles, imprécision des missions, surcharge ou surcharge de travail, inexistance des plans de carrière, incompatibilité des horaires de travail avec la vie sociale et familiale, etc.
- La qualité des relations de travail: insuffisance de communication, manque de soutien de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques, management peu participatif, manque ou non reconnaissance du travail, isolement social ou physique, etc.

• L'environnement matériel: bruit, sur-occupation des locaux, etc.

(INRS)

Le cadre légal des RPS

La réglementation applicable à tous les organismes en matière de RPS

Il n'y a pas de texte particulièrement réservé aux RPS. De manière générale, la prévention des RPS figurent dans la réglementation qui concerne la santé et la sécurité des salariés. Cette réglementation concerne aussi bien les entreprises que les établissements de santé.

1. Chronologie des réglementations relatives aux RPS

Tout d'abord, la loi du 31 décembre 1991 oblige les employeurs à assurer la prévention des risques professionnels au sein de l'entreprise (article L. 230-2 du Code du Travail): « (...) Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement (...). Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. (...) ».

En 2001, un décret a obligé les employeurs à inscrire sur le document unique les risques professionnels les plus fréquents pour chaque service.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a constitué une réelle évolution de la législation en matière de risques professionnels. En effet, la loi en matière de prévention des risques professionnels devient de plus en plus détaillée. Il y a deux points majeurs à retenir concernant cette loi :

- la responsabilité de l'employeur est engagée
- une loi est particulièrement destinée au harcèlement moral

Il s'agit de la première loi spécialement destinée à la définition et à la sanction d'une forme de RPS. A partir de 2002, on a une vraie prise de conscience de la gravité des RPS sur les salariés poussant le gouvernement à établir des lois spécifiquement dédiées aux RPS. Cette prise de conscience notamment fait suite à la publication de l'ouvrage « fondateur » de Marie France HIRGOYEN.

Des accords nationaux interprofessionnels ont ensuite émergé en 2008 et en 2010 qui vont précisément définir et indiquer les façons de prévenir les RPS.

2 Les acteurs mobilisés en matière de RPS

a) Les délégués du personnel

L'objectif des DP est de soumettre les réclamations individuelles et collectives des salariés à l'employeur concernant les réglementations relatives au Code du Travail. Il est également important de souligner que le rôle des DP devient d'autant plus important en matière de RPS dans les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les DP peuvent également exercer la fonction de CHSCT dans ces entreprises.

b) Le CHSCT

Dans le cadre des RPS, le CHSCT est un acteur extrêmement important. Son rôle est basé sur la santé et la sécurité des salariés au travail.

c) Le médecin du travail

Le rôle du médecin du travail est de s'assurer que les salariés travaillent en toute sécurité. Il va dans ce cadre, remplir et tenir à jour la fiche d'entreprise dans laquelle sont recensés les RPS, prévenir le chef d'établissement de tous les risques existants dans l'entreprise et le conseiller en matière d'évaluation des RPS.

d) Les salariés eux-mêmes

Il est également important de souligner que la santé et la sécurité au travail passe également et avant tout par les salariés eux-mêmes. En effet, ils doivent s'assurer de respecter les réglementations en vigueur en matière de santé et de sécurité au travail.

e) Les dirigeants : comme acteur car ils ont des obligations : DUERT et la faute inexcusable de l'employeur

3. Les sanctions

Si l'employeur n'a pas effectué de DUER, il risque une amende contraventionnelle.

Le salarié peut également saisir la justice en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Dans ce cas, il doit démontrer deux éléments :

- Que l'employeur avait ou aurait dû avoir connaissance du risque auquel le personnel s'exposait. Pour la plupart des cas, cela correspond à l'établissement ou non d'un DUER ou bien de la composition de ce DUER. Le DUER sera alors considéré comme une preuve.
- Que l'employeur n'a pas ou a mis en place peu de mesures concernant les RPS. La justice va dans ce cas étudier les agissements de la personne face au danger afin de pouvoir juger si ce danger aurait pu être évité par des mesures de prévention.

Le DUER, "simple document" recensant les RPS devient alors extrêmement important de ce genre de situation permettant alors à l'employeur de prouver son innocence.

B Chronologie des différentes dispositions légales majeures applicables dans le milieu hospitalier psychiatrique

Le domaine psychiatrique n'était pas vraiment pris en charge avant la politique de sectorisation évoquée ci-dessous. En effet, la psychiatrie était un sujet tabou. Autrefois appelé "asile", l'hôpital psychiatrique est aujourd'hui considéré comme un hôpital spécialisé. Il est important d'avoir connaissance du cadre légal applicable dans les hôpitaux psychiatriques pour comprendre la souffrance au travail du personnel, principalement générée par ces dispositifs légaux.

1. La politique de sectorisation en psychiatrie

Mettre la carte de la répartition en annexe

Le circulaire du 15 mars 1960 a instauré une politique de sectorisation, également appelée sectorisation en psychiatrie ou psychiatrie en secteur. Cette politique a réellement pris effet en le 31 décembre 1970, faute de précision quant à la mise en place de cette politique. L'une des mesures de cette politique est de diviser la France en secteur géographique. Les

populations de chacun de ces secteurs seront ainsi pris en charge par l'hôpital psychiatrique en charge du secteur en question. Chaque zone se compose d'environ 80 000 individus. L'objectif de cette politique est d'assurer la bonne gestion des patients de la détection du trouble mental jusqu'à la réinsertion dans la vie sociale, c'est à dire l'accompagnement de l'individu dans toutes les étapes de sa maladie, ce qui n'était pas réellement pris en charge avant la mise en place de cette politique. Cela implique également une équipe médicale dédiée permettant d'assurer une certaine proximité des soignants vis-à-vis de leurs patients.

2. Loi « hôpital, patients, santé et territoire » (Loi HPST)

La loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoire", également appelée loi HPST a été adoptée le 23 juin 2009. La finalité de cette loi est la modernisation et la réorganisation des établissements de santé. Cette loi concerne :

- l'établissement d'agences régionales de santé (ARS), comme son nom l'indique, ces agences vont assurer l'application de la loi en matière de santé au niveau régional.
- la disposition des médecins sur le territoire dépendra des besoins locaux et des médecins de garde seront mis en place dans chaque région pour assurer une prise en charge optimale des patients.
- un renforcement du pouvoir des médecins qui pourront également avoir un rôle dans la gestion de l'hôpital.

3. La réforme de la loi relative aux soins psychiatriques

Cette réforme a été adoptée le 22 juin 2011, fait suite à la loi sur la psychiatrie adoptée le 27 juin 1990 qui souligne qu'il existe deux formes d'hospitalisation concernant les patients : l'hospitalisation libre, effectuée par le patient malade lui-même et l'hospitalisation sans consentement effectuée par un tiers et du préfet.

La réforme de 2011 est venue renforcer la loi de 1990. Voici les principales mesures de cette réforme :

- Le directeur de l'établissement peut également avoir un rôle à jouer dans la prise en charge du patient, notamment en exprimant l'admission d'un patient comme il s'agit du cas pour un tiers ou pour le préfet. Le directeur peut dans ce cadre contester l'interruption des soins pour un malade si celui-ci peut entraîner un "péril imminent" pour le malade.
- L'hospitalisation complète du patient n'est plus la seule solution pour le patient malade, celui-ci peut également bénéficier "d'un programme de soins", c'est-à-dire d'une hospitalisation partielle

4. Les mesures d'accréditation des établissements de santé

Le décret du 7 avril 1997 introduisant les mesures d'accréditation des établissements de santé a pour vocation d'évaluer la qualité et la sécurité des soins fournis par ces établissements aux

patients. On parle également de certification des établissements de santé. Celle-ci se mesure principalement la sécurité et la qualité des soins fournis par l'établissement.

Cette expertise est effectuée par un organisme externe et indépendant de l'établissement de santé. A la suite de cette procédure, l'organisme va donner des conseils et des recommandations aux établissements de santé. Cette procédure a lieu en principe tous les 4 ans.

L'organisation en charge de l'accréditation est attribuée à la Haute Autorité de la Santé* à définir dans le glossaire) qui va définir les normes de référence, les procédures et les résultats attendus pour l'évaluation.

Des dispositifs spécifiques ont ensuite récemment été mis en place et concernent exclusivement les RPS en milieu hospitalier.

5. Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail

En 2010, des contrats ont élaboré en milieu hospitalier permettant de prévenir les RPS : il s'agit des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail également appelés CLACT. Ce sont des contrats qui ont plusieurs objectifs dont la prévention des RPS, des TMS, de la violence ... En effet, le rythme de travail des soignants étant extrêmement lourds, ces contrats vont permettre de corriger le rythme de travail du personnel de santé.

6. Le fonds national de prévention des risques professionnels

Le fond national de prévention des risques professionnels permet aux établissements de santé de bénéficier d'une contribution financière mais également pour ceux qui le veulent, de disposer d'outils permettant de détecter et prévenir les RPS.

La certification des établissements de santé contribue également à améliorer la qualité de vie au travail. En effet, il s'agit d'une des critères d'évaluation par l'HAS.

Enquêtes psychologiques pour des HSP
Etat des lieux des risques psychosociaux dans l'Union Européenne et en France : le rôle de la prévention santé travail
A. Historique et contexte des recherches sur le stress :
A. Introduction

Le stress apparaît depuis une vingtaine d'années comme l'un des facteurs majeurs de risques sur la santé mentale, physique et sociale auxquels est confrontée la société. Le mot stress est couramment employé pour définir l'ensemble des risques psychosociaux (RPS) afin de pouvoir établir une communication basée sur le même vocabulaire et compréhensibles par les différents acteurs. Le stress n'est pas inscrit aux maladies professionnelles, mais à celui des

→ pour aborder le problème des HSP.

pathologies (physiques ou psychiques) en lien avec les facteurs de risques alors reconnus par la CPAM.
La prévalence [1] a fait l'objet d'études et modèles variés qui ont mis en évidence les relations de causes à effet de certains facteurs organisationnels et psychosociaux contraignants. Le choix des études et modèles retenus donne une vision globale de la santé et qualité de travail.

B. Sources de données européennes et l'Agence européenne

Les résultats de la 5^{ème} édition de l'enquête européenne sur les conditions de travail [2] (EECT) et les publications de l'Agence européenne sur la santé et sécurité au travail (EU-Osha) font ressortir que 28 % des travailleurs (UE-27) seraient exposés à au moins un facteur lié à un risque psychosocial, soit 56 millions de travailleurs. A ce titre, il faut différencier les catégories de travailleurs les plus touchés :

Par le stress : les hommes 23 % contre 20 % des femmes et les travailleurs entre 40 et 54 ans.

Par la violence physique : les femmes 2,1 % contre 1,7 % des hommes pour la violence de la part de collègues et les travailleurs de 25 à 39 ans.

Par le harcèlement moral et sexuel : les femmes 6,2 % contre 4,3 % des hommes pour le harcèlement et 3 % contre 0,8 % des hommes pour le harcèlement sexuel et les plus jeunes travailleurs.

C. Source de données françaises :

Sondage de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail [3] : ANACT/CSA, mars 2009 :

L'Agence a pour vocation d'améliorer la situation des salariés et l'efficacité des entreprises. Dans le cadre de ses actions, elle organise chaque année la semaine pour la qualité de vie au travail depuis 2004.

Rapport d'analyse de l'enquête : le stress au travail

Méthodologie : 1000 salariés ont été interrogés par téléphone à leur domicile, échantillon représentatif des salariés français actifs occupés de 18 ans et plus.

Résultats :

D'une manière générale, les salariés se sentent stressés dans 41 % des cas, il touche toutes les catégories socioprofessionnelles avec un taux de 57 % pour les cadres supérieurs et il est dû à la vie professionnelle avec un taux à 42 % contre 6 % pour la vie personnelle.

Un tiers des salariés se déclarent stressés par les deux et un salarié sur quatre attribue le stress au contexte économique.

Seulement un quart des salariés ont recours à leur médecin traitant pour soigner leur stress plus fréquent pour les femmes que les hommes. On peut noter que 18 % des salariés en CDD ont pensé à une formation ou reconversion pour pallier le stress au travail.

Importance
interférences

Etat des lieux EURLER

Enquête transversale sur le

Année

L'ANACT propose une analyse en quatre domaines de tension et de régulation:

Familles de tension et les facteurs les plus marquants :

Les quatre familles de tensions sont équilibrées, mais c'est l'organisation du travail (40%) et la satisfaction aux exigences personnelles (38%) qui sont les plus stressantes viennent ensuite les changements dans le travail/flexibilité (31%) et les relations avec les collègues et la hiérarchie (31%).

Plus l'entreprise est grande plus les risques sont élevés, les salariés des TPE (1 à 9 salariés) semblent moins touchés.

Au niveau de l'organisation du travail, la surcharge de travail prévaut (36%) et un taux supérieur à 42% pour le **secteur public**. Ensuite, vient l'insatisfaction du salaire 43%, les CSP+ sont moins gênés. Troisièmement, le manque de solidarité de la hiérarchie et les situations de conflits sont vécus comme angoissants avec un taux de 38% pour le **secteur public** et 44% pour les ST stressés, ce sont les cadres qui se sentent le plus seuls dans leur travail (21% vs 15% pour l'ensemble. Enfin pour le quatrième domaine les changements et le manque de moyens sont plus perturbants que le manque d'autonomie ou d'introduction de nouvelles technologies.

Les répercussions physiques face au stress :

Les conditions de travail génèrent une fatigue importante (37%), des difficultés à oublier le travail une fois à la maison (28%), des tensions musculaires (29%), troubles de sommeil (25%), anxiété (25%)

La cause du stress est professionnelle mais déborde de la sphère de travail. La fatigue est plus importante chez la personne stressée 60%

La réaction des salariés face au stress :

Seulement un quart des salariés ont recours à leur médecin traitant pour soigner le stress.

C'est le recours le moins souvent adopté

Face au stress les salariés montrent un sentiment d'isolement : ils préfèrent s'adapter et trouver en eux les ressources plutôt que de chercher l'aide de l'entourage privé ou professionnel. 38% des salariés stressés compensent avec la nourriture, tabac et alcool.

Expertises institutionnelles : SUMER et SAMOTRACE

L'Enquête transversale SUMER :

L'enquête Surveillance Médicale des Expositions Professionnelles (SUMER) 2010 a été réalisée par la Dares (Direction de l'animation de la Recherche et des Statistiques du Ministère du Travail) et la DGT (Direction générale du travail) et reprend le **modèle de Robert Karasek**.

Le concept est né à la fin des années 70, Robert Karasek, psychologue a élaboré le « job strain model ». Les études étiologiques (études des causes et des facteurs) ont montré

l'influence du job strain ou tension au travail sur les maladies cardiovasculaires, ce qui explique sa grande diffusion au niveau international encore de nos jours.

Le modèle Karasek comporte **trois dimensions** :

1. **la demande psychologique est évaluée selon une combinaison de trois axes que sont la quantité/rapidité, la complexité, intensité, le morcellement/prévisibilité (temporalité) tels qui sont ressentis par le salarié.**

2. **la latitude décisionnelle renvoie à une combinaison de trois axes que sont l'autonomie ou marge de manœuvre qui vont peser sur les décisions au travail et aux possibilités d'utiliser ses compétences et développer ses compétences**

3. **le soutien social** soit l'aide professionnelle et émotionnelle des collègues et la reconnaissance du supérieur hiérarchique. Celle-ci permet de faire ressortir une situation de cumul « d'isostrain » addition du job strain et de l'isolement social. Cet instrument n'a pas été adapté aux travailleurs indépendants.

SUMER permet de cartographier et mesurer les risques néfastes pour la santé et sécurité des salariés. Les données présentées sont issues des enquêtes réalisées par les médecins du travail et de prévention.

L'Auto-questionnaire SUMER 2010 interroge le salarié sur les dimensions du travail susceptibles d'influencer son bien-être mental, sa santé physique, ses arrêts maladie éventuels. Parmi les 21,7 millions de salariés, 17,5 millions sont représentés.

En résumé les femmes (28%) employés (31%) et ouvriers (27%) sont plus exposés que les hommes (20%) au « jobstrain » ou les marges de manœuvre ne permettent pas de faire face aux exigences de leur travail. Ils sont donc nombreux dans le cadran tendu. Les professions qualifiées sont affectées par rapport à la demande psychologique.

L'exposition au « jobstrain » ne dépend pas du statut du salarié (CDI ou CDD) mais un lien par secteur d'activités est identifié. C'est dans l'hôtellerie-restauration, transport, finances que les taux sont le plus élevés. Les métiers les plus exposés au jobstrain sont les ouvriers non qualifiés, caissiers, employés. Cela concerne une rte part des dirigeants, ingénieurs, agent de maîtrise, profession intermédiaire qui déclarent à la fois une forte demande psychologique et une forte latitude comme les métiers. A noter le secteur de la santé n'est pas épargné, les infirmières (40%) se situant ainsi dans le cadran des actifs, les aides-soignants sont eux dans le cadran des tendus.

Les salariés tendus ne sont pas satisfaits de leur travail mais ne sont pas les seuls stressés. La satisfaction selon les études en psychodynamique du travail révèle que avoir des marges de manœuvre, utiliser et développer ses compétences sont des facteurs essentiels d'équilibre psychique : ceci explique les 19

% de taux de satisfaction des passifs contre 26% des actifs. Concernant les niveaux de stress, 34% des salariés estiment que leur travail est très stressant avec 48% pour les salariés tendus et 53% pour les actifs. A l'inverse des détenteurs (20%) et des « passifs » (16%). C'est la demande psychologique qui est associé au stress et il faut le distinguer du « jobstrain » de Karasek.

Le programme SAMOTRACE (2006-2007) :

L'objectif de Samotrace est d'installer « un système de surveillance de la santé mentale au travail ».

Cette étude met en avant le lien étroit entre l'organisation du travail/le management et la survenue des troubles de santé mentale dans l'entreprise. Ainsi les salariés soumis à une forte demande psychologique et à un faible soutien social sont une fois et demi plus souvent en état de mal-être que les autres. En revanche il n'y a pas de lien caractérisé entre le manque de latitude de décision et la souffrance mentale.

Premières informations de la phase pilote :

16,4% des hommes travaillant dans la finance, 17% des hommes dans les services collectifs, sociaux et personnels manifestent une consommation excessive d'alcool

13% des salariés disent travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle

Le déséquilibre entre efforts et récompense est le premier facteur de souffrance mentale pour les femmes soit 37%, contre 24% des hommes interrogés, les femmes exposées à un déséquilibre entre efforts et récompenses déclarent trois fois plus souvent un mal-être pour les hommes, c'est 2,3 fois plus.

Le deuxième facteur de souffrance sont les humiliations ou menaces soit 16% des femmes interrogées, contre 11,6% chez les hommes, celles-ci sont deux fois plus en mal-être que les autres.

L'exposition aux contraintes psychosociales est surtout démontrée dans les secteurs collectifs, sociaux et personnels ainsi que dans les transports et la communication soit dans les métiers de services

Le modèle de Siegrist : le déséquilibre efforts-récompense :

En 1996, Johannes Siegrist a développé en 1996, un modèle déséquilibre effort - récompense (ERI : Effort Reward Imbalance), basé sur le modèle Person Environment Fit (l'ajustement de la personne dans son environnement) utilisé dans les recherches sur la psychologie du stress. Celui-ci permet d'élargir l'évaluation des facteurs psychosociaux au travail en couvrant les aspects de la personnalité et du contexte socioéconomique au travail.

Le modèle se concentre sur deux dimensions, soit l'effort du salarié par rapport à la récompense de l'employeur.

Selon Siegrist, la notion d'effort intrinsèque que suppose le surinvestissement - considéré comme une caractéristique propre à la personnalité - est susceptible d'augmenter les risques. En effet, les personnes déployant trop d'efforts caractérisés par le surinvestissement multiplient les risques d'exposition.

D'autre part, la notion d'effort extrinsèque comme défini par le modèle de R. Karasek concernant les exigences psychologiques (quantité/rapidité ; complexité/intensité ; morcellement/prévisibilité).

La notion de récompense renvoie à la rémunération, la reconnaissance, la sécurité, les perspectives de carrières, le respect de l'individu.

La situation de travail à risque est donc celle où le salarié déploie trop d'effort par rapport à la récompense perçue.

Comment le Deal est-il définit entre les efforts demandés au salarié et les récompenses attribuées par l'employeur ; ou autrement dit quel équilibre est établi dans le contrat entre les attentes de l'employeur et ce que à quoi s'engage le salarié ? A ce titre, le contrat échoue lorsque les efforts liés aux contraintes de temps, interruptions et responsabilités sont plus importants que les récompenses liés aux perspectives de carrière, de sécurité, de respect.

Conclusion

Toutes ces connaissances et les dispositions légales peuvent être utilisées comme argumentaire dans les CHSCT pour favoriser la prise de conscience du rôle de l'organisation du travail et la compréhension du stress par toutes les parties prenantes. Mais les données n'apportent qu'une vision générale, et donc peuvent inciter certains employeurs à ne pas se préoccuper de la question étant hors champ des secteurs d'activités étudiés. De plus, aucun chiffre ne correspond à une situation particulière de terrain avec des données spécifiques. D'autant que les organisations et styles de management évoluent en permanence.

Néanmoins attirer l'attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail permet de fournir aux employeurs et aux travailleurs un cadre qui permet de détecter et de prévenir ou de gérer les problèmes de stress au travail. Le but n'est pas de culpabiliser l'individu par rapport au stress. Recommander que le harcèlement et la violence au travail sont des facteurs de stress potentiels et que le programme de travail 2003-2005 des partenaires sociaux européens prévoit la possibilité d'une négociation spécifique sur ces questions.

Etats des lieux des conditions de travail en milieu psychiatrique

Introduction

Le drame de Pau est le nom donné à un fait divers survenu dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004 à l'hôpital psychiatrique de Pau où une aide-soignante et une infirmière ont été très médiatisées, s'inscrivant dans une série de faits du même ordre. Il a suscité toutes les peurs et a mis en lumière les carences en matière de politique de gestion de la santé mentale en France : la sécurité, les effectifs, le manque de psychiatres, un suivi des malades insuffisant. Les conséquences ont été l'initiative d'un plan psychiatrique et santé mentale 2005/2008 (PPSM) par le ministre de la santé, pour tenter de trouver des solutions à ce qui est présenté comme la crise de la psychiatrie en France poursuivie par un second plan santé mentale 2011/2015. Le premier PPSM a permis de relever une inadéquation partielle de l'offre de soins et un clivage entre prévention (l'offre) et traitement, ainsi que divers dysfonctionnements dont il propose plusieurs mesures pour améliorer la prise en charge des malades en psychiatrie, le second plan permet entre autre de prévenir et réduire les ruptures des parcours des patients, et apprendre à mieux vivre avec des troubles psychiques.

Historique et contexte de la psychiatrie :

La psychiatrie en France a fortement évolué, notamment avec l'invention du premier neuroleptique en 1952. La première loi ayant porté sur l'hospitalisation en psychiatrie est la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Le 27 juin 1990, une nouvelle loi vient se substituer, avec pour objectif de moderniser, de limiter les abus et de préserver la liberté de la personne malade qu'elle permettrait en introduisant de nouvelles possibilités de recours et avec pour mission la promotion de la santé mentale des citoyens. Dans le contexte de la loi du 27 septembre 2013^[9] qui instaure un passage obligatoire devant le juge des libertés et de la détention, l'association CRPA (cercle de réflexion et propositions d'actions en psychiatrie) s'active à la lutte contre l'enfermement abusif et est à l'origine d'actions juridiques pour la lutte des libertés des patients, mais également pour les soignants qui ne veulent pas travailler sous un diktat technocratique qui déshumanise les pratiques. La psychiatrie répond aujourd'hui aux problèmes de souffrance psychologiques.

Un principe fondamental : la sectorisation - l'origine géographique détermine le lieu de soins

Par ailleurs, la psychiatrie est régie selon le principe de la sectorisation depuis la loi du 31 décembre 1985^[10] et une baisse du nombre de lits depuis les années 70-80 qui sont passés de 120 000 lits au début des années 80 à 55 000 lits en 2011, une partie de la population relevant de soins psychiatriques se retrouvant incarcérée dans des établissements pénitentiaires, ou à la rue. En effet, chaque aire géographique bien délimitée, correspond à un service donné dans un établissement hospitalier de référence auquel correspond un nombre donné d'habitants. L'aire géographique concernée est donc « rattachée » à une unité précise, où seront pris en charge, tous les types de pathologies psychiatriques. Cette politique vise la prévention de l'hospitalisation et le mouvement antipsychiatrie depuis 1990.

La santé mentale est prise en charge selon la modalité de la psychiatrie de secteur avec des structures alternatives à l'hôpital afin d'organiser le suivi médico-psychologique rattachées à un hôpital de référence. On assiste alors à une augmentation de personnes hospitalisées, un problème de sous-médicalisation des services dû à la pénurie de médecins, de personnels soignants spécifiques à la psychiatrie et une baisse de la qualité des soins et d'hébergement. De la création des pôles par l'ordonnance du 2 mai 2005 à la recomposition territoriale de la loi HSPT 2009 et l'application du Pacte de Confiance qui a pour but de rénover le dialogue^[11], l'enchaînement des réformes de l'hôpital s'impose comme une évidence aux vues de l'évolution de l'offre de soin ou de l'impératif de performance économique. Les difficultés de l'hôpital psychiatrique ne lui sont pas propres, la modernisation de l'hôpital s'accompagne d'une réapparition des risques psychosociaux dus également à la difficulté de délimiter les tâches des institutions et des professionnels, à la corrélation entre l'offre de soins et la permanence des soins tant un contexte ou les pathologies vont des urgences médico-sociales aux pathologies dégénératives.

Nous allons tenter ici de faire le point sur les enjeux réels de la prévention des RPS au sein des établissements de santé.

Les expositions aux risques psychosociaux dans les hôpitaux :

La pénibilité du travail en hôpital psychiatrique ne semble pas venir de la nature du métier. Les professionnels de la psychiatrie sont quotidiennement confrontés aux psychoses, à la folie des patients. Par contre, ce qui semble définir les difficultés est l'incapacité à bien faire son travail, à se rendre disponible, à faire un travail de qualité. Aujourd'hui l'hôpital public semble traverser une crise de valeurs. A ce titre, les normes de qualité que l'hôpital doit respecter sont soumises à une certification depuis 1996 effectuées par des professionnels indépendants et concerne aussi bien l'organisation de l'hôpital que ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins sont réunies tout en garantissant une qualité des soins optimaux et au meilleur coût. L'accréditation est dérivée par la Haute autorité de santé (HAS) et implique la mise en œuvre dans chaque établissement, d'une démarche qualité. En milieu hospitalier, la qualité se définit comme l'aptitude à satisfaire des besoins par l'engagement de la structure de soins et des professionnels dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient. Dans un établissement de soins, mesurer la qualité consiste à vérifier régulièrement la conformité de l'organisation des soins, de l'accueil et autres, au regard de niveaux de performance préalablement définis.

C'est un enjeu organisationnel - les dysfonctionnements de management par l'autoévaluation doivent être l'occasion de repenser les organisations - et un enjeu financier, car la démarche qualité évite des dysfonctionnements coûteux.

Du fait de ces réformes, une partie des décideurs hospitaliers, de l'encadrement, des professionnels médicaux, soignants et administratifs redoutent une perte du sens du service public et la remise en cause de la qualité de la prise en charge médicale et donc des valeurs. La culture est portée par le courant « new public management » par l'introduction de la rationalisation des soins purement économique. La nouvelle gouvernance impose des contrats d'objectif, regroupement de services en pôle, une tarification à l'acte qui définit la priorité du pouvoir gestionnaire au détriment du pouvoir médical.

Procédure qualité

Dans ce contexte, les conditions de travail semblent nourrir davantage des expositions aux risques psychosociaux, dans un premier temps nous présenterons les statistiques nationales et dans un second temps, nous analyserons les résultats de notre cas d'un psychologue en exercice à l'hôpital psychiatrique. Ces changements s'opèrent dans un environnement avec de nouvelles pathologies du vieillissement de la population, à l'augmentation des problèmes sociaux et une inégalité d'accès aux soins.

Etats des lieux des risques professionnels dans fonction publique hospitalière : FPH

a) La source statistique mobilisée : STUMER 2010 via la DARES février 2013

Les différences d'exposition sont liées à l'organisation, aux métiers (au-delà des statuts), aux contraintes spécifiques, pour la première fois l'enquête couvrait la fonction publique

territoriale et d'état (hors ministère de la justice, de l'éducation, sociaux). L'enquête reflète l'hétérogénéité des conditions de travail : la fonction publique hospitalière (FPH) emploie principalement des femmes.

Des contraintes horaires plus fortes et horaire atypique * : 27% en FPH contre 16% tous secteurs confondus travaillent la nuit et 44% en équipe d'avantages que les salariés de l'industrie, 62% travaillent le dimanche et jours fériés, 21% n'ont pas 48hrs de repos hebdomadaire, 38% n'ont pas les mêmes horaires tous les jours, d'où la difficulté de concilier vie privée. Dans toutes les catégories socioprofessionnelles les hommes sont plus nombreux à travailler la nuit ou avoir une durée longue de travail (23% travaillent plus de 40 hrs/semaine, 11% les femmes) et soumis aux astreintes et horaires imprévisibles.

Contraintes d'intensité du travail

Les normes ou délais à respecter en une heure au plus concernent les salariés de la FPH entre autre.
65% de la FPH ont un travail morcelé, contre 57% dans l'ensemble des secteurs. 46% déclarent devoir se dépêcher. De façon générale, les salariés de la FPH apparaissent les plus exposés à une forte demande psychologique telle que la mesure le questionnaire Karasek concernant la tension au travail

Marge de manœuvre :

Les agents de la FPH peuvent moins facilement interrompre le travail mais ont plus de possibilité d'influer sur les délais et l'ordre des tâches.

Latitude décisionnelle :

Dans tous les secteurs, les femmes ont moins de latitude décisionnelle que les hommes ; moins d'occasion d'influer et de développer de nouvelles compétences.

Les conséquences d'erreur :

Les ¾ des salariés de la FPH sont soumis à la crainte d'erreur dans leur travail. Le risque de porter atteinte à leur sécurité ou à celles des autres est principalement identifié à 69% et 65% soumis à la crainte de sanctions contre 49% tous secteurs confondus.

Effectuer son travail correctement :

27% des salariés de la FPH déclarent manquer de moyens contre 15% en général, et de collègues en nombres suffisants 32% contre 19% en moyenne. La question de la formation dans les FPT et FPE se posent avec respectivement le faible nombre de jours de formation et l'adaptation de la formation.

Les procédures de qualité :

Pour l'ensemble des salariés 47% suivent des procédures à des niveaux strictes contre 76% dans la FPH.
Dans tous les secteurs hors FPH, les hommes déclarent plus souvent suivre des procédures de qualité strictes.

Des objectifs quantitatifs :

L'obligation d'atteindre des objectifs chiffrés précis concerne 1 salarié sur 3 en moyenne.

Quel que soit le secteur, les hommes déclarent plus que les femmes devoir atteindre ceux-ci. Les entretiens annuels représentent 85% dans la FP contre 50% dans le secteur privé, procédure définie par décret en 2002 puis assouplie et étendue aux FPT et FPH en 2009.

Le soutien au travail :

Les différences sont peu marquées entre secteurs concernant le soutien social en cas de difficulté, 29% estiment ne pas recevoir de soutien, 15% ne pas recevoir le respect qu'ils méritent et 31% de la part de leur supérieur. Les hommes déclarent un peu plus souvent que les femmes le manque de respect.

Des changements mal vécus : 40% des agents de la FPE et 32% de la FPH contre 28% de la totalité des salariés dus à la révision générale des politiques publiques (RGPP).

En revanche, les agents de la FP font partie du faible taux de 28% à ressentir l'insécurité de l'emploi.

Davantage de contacts avec le public :

Les ¾ en particulier 84% des femmes travaillent en contact avec le public dans la FPH.
Dans ce cadre, 17% sont soumis à des situations de tension contre 9% pour l'ensemble. Ces tensions restent à un niveau semblable entre hommes et femmes.

Davantage de comportements hostiles :

Les 3 secteurs de la FP (FPT, FPE, FPH) sont entre 24 et 26%, un comportement méprisant ou un déni de reconnaissance au travail ou une atteinte dégradante.

Les agressions dans le travail :

La FPH le premier concerné avec 18% contre 11% en général d'agressions physiques ou sexuelles au travail et 29% victimes d'agression physique ou sexuelles de la part du public. La majorité des salariés victimes de ces agressions affirment en avoir subi plusieurs dans l'année 18% dans la FPH, 9% dans l'ensemble.

Contraintes physiques intenses ou posturales

Dans l'ensemble 38% de contraintes intenses, 44% dans la FPH les femmes sont à peine moins exposées que les hommes.

Les manutentions manuelles de charge dix heures ou plus par semaine concernent 16% de la FPH en seconde position après la construction

La position debout ou le plètement : prolongé vingt heures ou plus par semaine concernent 1 salarié sur 3 dans la FPH et la construction contre 22% en moyenne

L'exposition aux produits chimiques et contamination : ¾ des salariés, les salariés de la FPH sont les plus exposés avec 55%.

La multi-exposition (au moins trois agents chimiques) touche 25% des salariés en seconde position après la construction à 29%.

L'exposition prolongée au moins dix heures ou plus par semaine ne sont que légèrement supérieures à la moyenne dans la FPH, 12% contre 9% en moyenne.

L'exposition aux produits biologiques :

Dans la FPH 76% des salariés sont exposés contre 22% de l'ensemble des salariés. La FPH travaillent plus souvent au contact d'agents biologiques émanant d'autres personnes « réservoir humain ». 30% des femmes sont exposées à des agents biologiques, contre 16% des hommes.

En réponse à la dégradation des situations de travail dans les hôpitaux, les intuitions publiques ont mis en place des dispositions réglementaires spécifiques[5], il est à noter principalement :

Des engagements externes comme les Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), le document unique d'évaluation des risques DUEERP avec le décret du 5 novembre 2001 doit intégrer la prévention des risques.

Des engagements internes avec le renforcement de la formation autour des RPS, avec le rôle des CHSCT,

Le financement de mesure de prévention par le Fond National de Prévention de la CNARCL[6] et les appels à projet des ARS (agence régionale de santé), sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux.

Le métier de cadre de santé a un niveau élevé des responsabilités est confronté aux contraintes budgétaires, à la pénurie d'infirmières, aux exigences qualitatives, et leur métier est centré autour sur la gestion et le management et non plus la fonction soignante. Il est d'un côté l'interface avec les fonctions administratives et médical et de l'autre avec l'équipe soignante et le patient. Les obligations de performance identiques à l'entreprise privée créent une tension.

La culture du résultat nécessite de mesurer, d'évaluer ce qui modifie la relation humaine entre le soignant et le patient en terme d'efficacité du processus. Mais cette variation n'évalue pas le processus réel des soins, sa subjectivité, l'empathie et le temps nécessaire, le savoir-faire. L'entretien avec le psychologue de l'hôpital nous éclaire sur les résistances à cette nouvelle culture du résultat.

nécessité d'intégrer de valeurs liées au bien-être (populisme)

- [1] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9valence>
- [2] [2] <http://www.sante publique.lu/publications/impacts-milieu-vie/sante-travail/osh-figures-stress-work-facts-figures/osh-figures-stress-work-facts-figures.pdf>
- [3] http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdTOShow=40209655

- [4] Le rapport a été remis le 4 mars 2012 au ministre de la santé, trois axes : le service public hospitalier dans le système de santé, le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines, l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital.
- [5] <http://www.sante.gouv.fr/sante-et-securite-au-travail-dans-la-fonction-publique-hospitaliere.11777.html>

- [6] La Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales ou CNRACL est le régime de retraite obligatoire de base des fonctionnaires titulaires

III A. Détection et prévention des RPS

Détection et prévention des RPS selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

INRS de Paris Publie

Dr 25-1 Introduction par Détection et Prévention Sébastien

«La prévention des risques professionnels vise à éviter tout problème de santé et de sécurité au travail »[1] Avant de définir la démarche de détection, un extrait des acteurs externes engagés dans la lutte contre la souffrance au travail :

1- 2 Acteurs extérieurs engagés dans la détection et prévention des RPS

Les caisses régionales d'assurance maladie du régime général publient des guides traitant de RPS. La CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) et la CRAMIF 8 caisses régionales d'assurance maladie Il-de-France) ont publié en 2009 des conseils sur la conduite à tenir en cas de suicide d'un salarié sur le lieu de travail, disponibles sur le site travailleur.gouv.fr.

Le ministère du Travail met également à disposition "l'Auto questionnaire SUMER 2009"(50), qui interroge le salarié sur les dimensions du travail susceptibles d'influencer son bien-être mental, sa santé physique, ses arrêts maladie éventuels...

EUROGIP est un organisme français créé en 1991 pour étudier les questions relatives à l'assurance et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles aux plans européen et international. C'est un groupement d'intérêt public constitué par la CNAMTS et l'INRS. Son conseil est paritaire constitué de représentants des organisations d'employeurs et de salariés.

Le site web de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) pour la prévention des AT-MP en France quant à lui, comporte de nombreuses informations sur les RPS.

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

DIRECTE: Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DARES: direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

2- 3 Démarches de prévention et détection

En matière de prévention des RPS, on peut distinguer différentes approches (voir notamment rapport de l'Agence pour la SST de 2003) qui ne sont pas incompatibles et peuvent se combiner.

La prévention organisationnelle

La prévention dite organisationnelle s'attache à éviter l'apparition des troubles à la source en agissant sur l'environnement ou l'organisation du travail prenant en compte tous les facteurs de risques.

Dans le cadre de la prévention organisationnelle, l'INRS distingue la prévention à la source (primaire), correctionnelle (limitant les conséquences) et tertiaire (prise en charge). La prévention des risques psychosociaux au travail est réalisée par le biais de l'évaluation des indicateurs collectés à cet effet. Les informations en question ne seront pas recueillies auprès des salariés, mais disponibles sur les documents internes.[2]

Les indicateurs retenus de la proposition de l'INRS varient selon chaque entreprise en fonction de sa taille et activité. Les indicateurs sont soit indiqués dans le bilan social, le

rapport annuel du médecin de travail, les dossiers médicaux, les documents du CHSCT, soit évalué par le biais des tableaux de bord internes développé à priori pour veiller à la santé au travail.

Dans un premier temps, les indicateurs concernent le fonctionnement de l'entreprise et sont liés HTRE

- Aux temps de travail (absentéisme, durée de travail annuel)
- Aux mouvements du personnel (turn-over, solde départ/embauche par an, analyse des raisons de départs))
- A l'activité de l'entreprise
- Aux relations sociales (participation aux élections, contenu/ nombre des réunions ordinaire et extraordinaire des réunions, nombre d'accords signés -> IRLP rôle important)
- A la formation (moyen favorable à la prévention) et rémunération (dépendance du rendement individuel, collectif qui met de la pression sur l'individu)
 - A l'organisation du travail (Situations de travail pénibles, pauses prévues, tâches entrecoupées)

Dans un deuxième temps, l'INRS prend en compte les indicateurs au niveau de la santé et sécurité, liés HTRE

- Aux accidents de travail (cause, gravité)
 - Aux maladies professionnelles (de nature musculosquelettique, maladies professionnelles reconnues en Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles [CRRMP])
 - Aux suicides, harcèlement avéré, violences physiques ou verbales commis par des internes (effectif) et externes (client, usager)
 - Aux stress (physique, émotionnel, comportementaux)
 - Aux Pathologies déclarées au médecin de travail, diagnostiquées par un médecin généraliste, faisant l'objet d'un suivi thérapeutique
 - A l'activité du service de santé au travail (passage à l'infirmière, demande visites spontanées)
- Pour l'interprétation des données recueillies, il est recommandé d'analyser les disparités entre les ateliers ou filiales ; comparer les indicateurs avec les données nationales de référence et analyser leur évolution dans le temps. Un cumul des faits préoccupants est un indice d'un risque élevé de souffrance au travail.

Finalement, il est essentiel de mettre en place des moyens de communication sur les mesures de prévention et de détection afin d'intégrer tous les acteurs concernés dans leur mise en œuvre. Cette évolution des indicateurs précédemment décrites fait partie de la première étape de la démarche de prévention globale, la pré-diagnostic ou dépistage. Ensuite, un groupe de projet sera constitué en interne de différents acteurs comme les IRLP, l'infirmière ou le médecin de travail, le fonctionnel de sécurité. Ce groupe entoure toute la démarche de prévention et réalisera le diagnostic approfondi à l'aide des questionnaires, documents internes, tableaux de bord et observations. Il est recommandé de consulter des experts externes comme CRAM ou ARACT afin de garantir l'objectivité de l'étude. Quatrièmement, une fois les mesures et les priorités déterminées, elles seront formalisées dans un plan d'action. Enfin, cette démarche doit obligatoirement être suivie et son efficacité évaluée.

Au niveau européen, c'est la prévention organisationnelle qui est recommandée en priorité, pour son efficacité. En effet, le fait d'améliorer l'organisation, les méthodes et

l'environnement de travail permet d'accroître l'efficacité de l'entreprise et du même coup le bien-être des salariés.

Prévention individuelle-organisationnelle ou secondaire

Ce type de prévention, décrit lui aussi dans le rapport de l'Agence européenne pour la SST, porte sur l'interface entre l'individu et l'organisation. Il s'agit d'adapter le salarié à son travail (alors que la prévention organisationnelle fait le contraire) afin d'éviter l'apparition de troubles psychosociaux ou le développement de facteurs les favorisant.

Les actions menées s'attachent par exemple à améliorer les relations interpersonnelles, la communication et les relations de travail, partant du constat que l'isolement, les mauvaises relations entre collègues, l'incertitude face à l'avenir ou encore le manque de soutien dans le travail sont des facteurs de RPS. Ainsi, beaucoup d'entreprises ont mis en place des "cercles de santé" (ou "health circles"), qui réunissent les travailleurs afin d'analyser le milieu de travail et définir des mesures de prévention.

Prévention individuelle ou tertiaire

Cette approche intervient alors que le problème s'est manifesté et que l'on veut limiter son développement et ses conséquences sur la santé. Cette approche n'est pas recommandée de manière isolée, car elle ne cherche pas à empêcher l'apparition des RPS mais seulement à "guérir" les troubles qui en résultent. Cependant, associée à une démarche globale de prévention, elle est indispensable. Elle permet en effet d'éliminer ou de réduire le risque résiduel.

Pour ce qui est du stress, certaines entreprises proposent des ateliers ou des formations de relaxation et autres techniques de gestion du stress, faisant parfois appel à des spécialistes extérieurs(56).

En outre, des actions sont mises en place pour réduire le stress post-traumatique suite à une agression, des violences ou encore du harcèlement, telles que la création de groupes d'écoute (voir supra, exemple britannique).

Enfin, il existe des initiatives visant à faciliter la dénonciation d'actes de harcèlement ou de violences et à trouver des solutions pour mettre fin aux conflits, par l'instauration de processus de médiation, d'une procédure de gestion et de résolution du conflit, de procédures spécifiques en cas de plainte ou encore de sanctions disciplinaires(57).

De nombreuses actions de préventions pouvant relever des trois différents types vus précédemment sont adaptées à un secteur ou domaine d'activité particulier. En effet, au-delà des modèles de prévention applicables partout, on peut souligner la grande diversité des mesures prises.

3.

 La prévention des risques psychosociaux par les pouvoirs publics

L'ensemble des acteurs de la communauté hospitalière (ministère de la santé, partenaires sociaux, responsables d'établissement, professionnels de la santé au travail) ont collectivement pris conscience depuis quelques années de la nécessité de mieux repérer, connaître et prévenir les risques psychosociaux (RPS).

De nombreux établissements sont déjà mobilisés sur la prévention par le biais de l'obligation faite d'élaborer et de mettre à jour un « document unique d'évaluation des risques professionnels », un dialogue social qui suppose un système d'information performant pour permettre le repérage d'indicateurs.

Un levier est mis à disposition entre autre, le CLACT : Ce contrat local d'amélioration des conditions de travail aide au développement de la culture de prévention des RPS et par la promotion des modes d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes de travail, la qualité de vie au travail.

Le financement est accordé par les agences régionales de santé (ARS) au titre du fonds d'intervention régional (FIR).

Pour les établissements, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a identifié et priorisé des prestations d'assistance, de conseils, d'audits et de formations- actions en ergonomie, en psychologie du travail, en ingénierie, qui favorisent le développement de cette culture de prévention. Le financement provient du fonds national de prévention (FNP) des risques professionnels géré par la CNRACL (caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales). C'est lui qui finance l'étude ORSOSA (organisation des soins et santé des soignants) qui permet des comparaisons et donc le repérage de risques et qui propose des outils méthodologiques aux établissements qui souhaitent engagés des actions de prévention. Par ailleurs, la DIRECCTE Ile-de-France a publié un guide d'évaluation des RPS dans le milieu hospitalier qui reprend la démarche de l'INRS.

B
RPS sont les sélectifs pour les HP Reg.
(peu de directives et préventions)

→ Possibilité de Toulousiens syndiqués

- Sources: ANACT) justifié
ou clients, DARS

[1] INRS : Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention, 2006, p.1

[2] INRS : Dépister les risques psychosociaux- Des indicateurs pour vous guider, ED6012, 02/2010, p.10

Terrain et collecte de données

Conclusion

état des choses semble sur voir et
~~Face à~~ un aperçu des solutions que nous proposons pour améliorer la situation actuelle du personnel hospitalier face aux RPS :

□ L'allocation d'un budget spécialement destiné à la mise en place de dispositifs pour prévenir les RPS

Face à la crise, la réduction des coûts touchent l'ensemble des domaines d'une organisation, y compris la santé et la sécurité au travail. Les établissements de santé ont conscience de leurs actes, mais elles n'ont pas le choix.

Un budget particulier doit donc particulièrement être destiné à financer des dispositifs afin de pouvoir réduire les RPS. Ce budget devra être régulièrement contrôlé afin d'en vérifier le bon usage.

Pour le milieu psychiatrique, il s'agit par exemple de mettre en place une salle de détente, permettant aux salariés de décompresser pendant leurs pauses.

□ La mise en place d'un nouvel acteur dans les hôpitaux

Un acteur à l'écoute, un acteur qui observe, un acteur à qui le personnel peut se confier en toute sécurité et de manière confidentielle.

Le personnel hospitalier doit se sentir en sécurité grâce à cet acteur.

Le problème mis en avant par Clothilde MILLARD est le manque de confidentialité. Le personnel ne peut pas se confier librement. Cela peut en effet avoir des répercussions sur leur carrière. Ils se retrouvent donc seuls face à ses problèmes. Il s'agit donc ici de renforcer la confidentialité des sujets abordés avec cet acteur. Il peut s'agir d'un coach, spécialiste sur le sujet des RPS par exemple, ou encore un Responsable des Ressources Humaines à même d'exercer ce rôle de confident.

□ Le pouvoir du CE et du CHSCT

Le rôle du CE et du CHSCT n'est pas assez mis en avant dans les établissements de santé comme nous l'évoque Clothilde MILLARD, mais les changements que pourraient apporter ces IRP aux salariés peuvent activement contribuer à de meilleures conditions de travail, et à donc réduire les RPS.

Les salariés de l'hôpital constituent en effet le pouvoir du CE. Le personnel dispose de cette connaissance « terrain » permettant ainsi au CE de mettre en place des mesures qui leurs sont adaptées. Mais le personnel n'accorde pas une réelle importance à ce rôle.

Le CHSCT quant à lui est complètement dans son domaine d'action lorsqu'il s'agit d'RPS. Mais le problème majeur est que celui-ci ne dispose pas de budget qui lui est propre contrairement au CE. Il serait donc important dans ce cadre d'obliger les employeurs à verser un budget au CHSCT.

Volonté de l'ensemble des établissements de santé pour faire passer la vie des RPS sur le terrain
dans direction à prévention RPS un HP Py grand (B) de pour

☐ Une sensibilisation des salariés

Les salariés sont les premiers concernés par les RPS. Ils doivent donc être sensibilisés sur ce sujet, dont ils ne sont pas forcément conscients.

Cela passe par une connaissance des dispositions légales qui sont en évolution permanente. La mise en place de réunions d'information ou encore de conférences spécialement réservées au personnel hospitalier peut leur permettre d'avoir une réponse à toutes leurs interrogations. On peut également prévoir des formations destinées aux salariés, et liées à cette problématique des RPS.

☐ Une sensibilisation de la direction

De la même façon que pour les salariés, la direction doit être sensibilisée sur ce sujet des RPS puisqu'il en revient de leur responsabilité d'assurer la santé et la sécurité de leurs salariés. Ils ont en effet une obligation de résultat envers le personnel, et sont donc les premiers concernés par le sujet. Il faudra donc veiller à sensibiliser le directeur général, les responsables hiérarchiques, ou encore le DRH du groupe.

Dans le même sens, on peut penser à approfondir leurs connaissances relatives aux dispositions légales en vigueur par exemple, ou encore à mettre en oeuvre des réunions d'information afin de communiquer sur le sujet. Des espaces de discussions sur le thème des RPS peuvent également être prévus.

☐ Une nouvelle forme d'organisation du travail

Une gestion dynamique d'organisation du travail doit être réfléchie, et non pas un plan de carrière dans la pathologie pour le personnel hospitalier.

Dans ce sens, on peut penser que les Contrats à Durée Indéterminée ne sont pas forcément les contrats adéquats dans la fonction publique, et notamment dans le milieu psychiatrique hospitalier pour ce qui concerne ici notre cas. De nouveaux types de contrats (CDD par exemple) pourraient permettre aux salariés de "souffler" un petit peu, et ne pas être atteints eux-mêmes par les RPS.

Dans le même ordre d'idée, on peut penser à ce que les métiers exercés dans un tel milieu qu'est l'hôpital psychiatrique peuvent être pratiqués par tranches de deux ans par exemple. Les deux années suivantes, le salarié pourrait exercer un autre métier, faire totalement autre chose, puis revenir, et ainsi de suite.

Par ailleurs, on peut également penser à une double compétence du personnel hospitalier. Autrement dit, les salariés auraient non seulement leurs compétences liées à leur formation thérapeutique, mais ils auraient également une formation de type administrative par exemple. Ainsi, ils pourraient alterner leur poste de travail dans l'hôpital, en exerçant pendant une certaine période leur métier hospitalier initial en étant en contact avec les patients, et pendant une autre période un métier plus tertiaire. Cela permettrait au final de permettre aux salariés de faire des "pauses" et ainsi d'aboutir à un meilleur équilibre mental et physique.