

La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) – Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête « Conditions de travail 2013 »

CERAG FRE 3748 CNRS/UGA
150, avenue de la Chimie
BP47
38040 Grenoble cedex
Tel. 04 76 63 53 84 – fax. 04 76 54 60 68

Responsable du projet
Emmanuel Abord de Chatillon
CERAG – Chaire Management et Santé au Travail – Université Grenoble Alpes
emmanuel.abord-de-chatillon@univ-grenoble-alpes.fr

Participants
Claire Blondet (Groupe Alpha)
Bénédicte Branchet (CERAG – CNRS)
Christophe Crambes (Université de Montpellier)
Nathalie Commeiras (Université de Montpellier)
Mathieu Malaquin (Groupe Alpha)
Maryline Rossano (CERAG – Université Grenoble Alpes)
Annick Valette (CERAG – Université Grenoble Alpes)

Novembre 2016



Sommaire

INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1. METHODOLOGIE	10
1.1 Une analyse typologique pour identifier des établissements homogènes	10
1.2 Des monographies construites à partir d'entretiens avec des acteurs clés	15
1.3 L'analyse rétrospective de la base de données pour confronter les résultats	18
1.4 L'apport du comité scientifique	19
CHAPITRE 2. SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVE : ELEMENTS DE CADRAGE GENERAL	20
2.1 Taille relative du secteur public et privé	20
2.1.1 Le secteur privé : un tiers des lits, dominé par la chirurgie	20
2.1.2 75 % du personnel non médical travaille dans les établissements publics	21
2.2 Les RPS dans le secteur de la santé. Que nous disent les facteurs de risque ?	22
2.2.1 L'intensification du travail : une réalité pour les établissements publics et privés	23
2.2.2 Les exigences émotionnelles. Des exigences identiques pour le contenu du travail, moindre pour le contact avec le public dans le privé	24
2.2.3 Conflits de valeur et qualité empêchée. Une plainte répandue, mais un contrat psychologique plus en risque de rupture dans le public	24
2.2.4 Des exigences de changement généralisées	26
2.2.5 Autonomie et tensions avec les collègues : des risques plus locaux que structureaux	27
2.3 Le cadre légal et les leviers institutionnels	28
2.3.1 Des mesures de soutien pilotées par les régulateurs	28
2.3.2 La Qualité de Vie au Travail intégrée au dispositif de certification	29
2.3.3 Le cadre légal pour le secteur public et privé. Des principes identiques, des applications un peu différentes.	29
2.4 Que nous dit l'enquête conditions de travail sur la prévention ?	31

CHAPITRE 3. PROLEGOMENES A L'ANALYSE TRANSVERSALE. LA PERCEPTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX PAR LES ACTEURS DU SECTEUR HOSPITALIER	33
3.1 Des constats partagés : absentéisme, violence, usure et management	33
3.1.1 La souffrance approchée avant tout par l'absentéisme par les directions	33
3.1.2 D'autres symptômes perceptibles par les acteurs	34
3.1.3 Accords sur trois risques principaux	35
3.1.4 Le cas spécifique des déménagements	37
3.1.5 Au-delà des paramédicaux, les administratifs et les médecins	37
3.2 Des controverses sur la manière de nommer les problèmes	38
CHAPITRE 4. LES DETERMINANTS DE L'ACTION POUR LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	41
4.1 Perspective historique : les temps de l'action, de 2009 à nos jours	41
4.1.1 2009-2012 : La première vague autour des risques psychosociaux	41
4.1.2 2013-2015 : La seconde vague et l'évolution vers la qualité de vie au travail	42
4.1.3 2016 : Entre enlisement et professionnalisation	43
4.2 Les porteurs de l'action	45
4.2.1 Des directions diversement impliquées	45
4.2.2 Des services qualité en manque de légitimité	48
4.2.3 Des médecins du travail qui peinent à coordonner leurs actions aux démarches formelles d'établissement	51
4.2.4 Des CHSCT et des organisations syndicales ambivalents	53
4.3 Les motivations de l'action	61
4.3.1 Le respect des obligations légales	61
4.3.2 Réorganisation, désorganisation et absentéisme	62
4.3.3 Demande des salariés ou de leurs représentants	63
4.3.4 Les « évènements » qui ne disent pas leur nom	63
4.3.5 La santé du personnel n'a pas de coût ?	63
4.3.6 Le rôle phare de la certification	64

4.3.7 La recherche de financements	64
CHAPITRE 5. LES PRATIQUES DE PREVENTION : DE LA BOITE A OUTILS INSTITUTIONNELLE AUX PRATIQUES PLUS AUTONOMES	66
5.1 Un mode de pilotage et une phase d'évaluation relativement normalisés	66
5.1.1 Les comités de pilotage risques psychosociaux et/ou qualité de vie au travail	67
5.1.2 Les enquêtes	68
5.1.3 Les conseils extérieurs	70
5.1.4 La participation du CHSCT	71
5.1.5 La participation de l'encadrement	71
5.1.6 L'intégration des RPS dans le document unique d'évaluation des risques professionnels	72
5.1.7 Les indicateurs	72
5.2 Les difficultés à se saisir du document unique d'évaluation des risques professionnels comme outil de prévention des risques psychosociaux	74
5.3 Les différents types de mesure de prévention des RPS mises en œuvre par les établissements	77
5.3.1 Des plans d'action et des dispositifs hétéroclites	77
5.3.2 Les mesures d'ordre collectif (organisation et procédures)	81
5.3.3 Les mesures d'ordre individuel (ciblées sur l'individu concerné)	83
5.3.4 La formation du personnel	87
5.4 Une participation timide du personnel	89
5.4.1 Les agents	89
5.4.2 Le management	91
5.5 Une gestion au plus près des pratiques professionnelles... localisée et limitée par les conditions de travail	93
5.5.1 Attentions portées aux individus et réunion d'équipe	93
5.5.2 Les limites des pratiques « autonomes » : individus dépendantes et contraintes du travail	95

CHAPITRE 6. PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET ORGANISATION DU TRAVAIL	97
6.1 Des pratiques organisationnelles différenciées ayant un impact sur les RPS	97
6.2 Des regroupements en pôles et une polyvalence qui inquiètent les agents	101
6.3 Le débat autour des 12h présent dans les établissements	105
6.4 Optimiser le ratio patient/infirmière à travers un horaire unique	106
6.5 Une organisation en binômes infirmière/aide-soignante appréciée	108
CONCLUSION	111
BIBLIOGRAPHIE	113
ANNEXES 1. PARTIE QUANTITATIVE	116
ANNEXES 2. LES GUIDES D'ENTRETIEN	141
ANNEXES 3. MONOGRAPHIES	145

Introduction

Les établissements hospitaliers ont subi de plein fouet les évolutions des conditions de travail de la période récente. L'intensification du travail y a été violente et les contraintes budgétaires, réglementaires et normatives ont mis à mal l'équilibre fragile qui prévalait. Aujourd'hui, l'hôpital va mal et le projet de cette recherche était de mieux comprendre la situation de ces établissements face au risque psychosocial. Nous souhaitons explorer les modalités de l'action de prévention de manière à en inférer des pistes de travail pour tenter de mettre en évidence des caractérisations de situations potentiellement vertueuses.

Pour cela, nous avons choisi d'observer la situation d'établissements à la fois publics et privés de manière à comprendre comment les dispositifs de gestion se structurent et comment les modes de régulation de l'emploi affectent les pratiques quotidiennes de travail. En partant des modes de gestion de la prévention des RPS, nous voulions comprendre comment une organisation comme l'hôpital, dans toute sa complexité, construit des solutions concrètes face à ses difficultés.

Observer non seulement des établissements publics, mais aussi des structures privées a permis d'offrir un contrepoint essentiel, qui a permis de relativiser ce qui est tenu pour acquis. Si nous avons pu observer des pratiques différentes, celles-ci ne sont pas forcément permises par un cadre juridique différent qui existe dans le secteur privé, elles résultent également de démarches de volonté (plus ou moins positives d'ailleurs...). Identifier ces éléments nous a permis de mesurer également les limites de pratiques de prévention institutionnalisées.

Du point de vue de la méthode, nous avons procédé par une triple approche : dans un premier temps, une analyse des données de l'enquête Conditions de travail 2013 a été effectuée pour identifier les établissements les plus pertinents pour notre analyse, puis nous avons construit des monographies d'établissements à partir de rencontres et d'analyse de documents. Enfin, cette analyse fine qui constitue le cœur de notre travail a été complétée par des analyses statistiques complémentaires permettant de reprendre de la hauteur par rapport aux situations observées sur le terrain.

Ce travail débouche sur un ensemble de constats qu'il nous paraît important de préciser dès maintenant de manière à permettre une lecture plus aisée de ce document.

Le premier résultat réside dans le constat, certes pas nouveau, mais tout à fait essentiel d'un constat de souffrances importantes. Même si certains établissements semblent mieux s'en sortir que les autres, tous sont confrontés à d'importantes difficultés. Les personnels soignants et non soignants affrontent une pénibilité forte et cela a des conséquences significatives sur leur santé. Les causes sont connues : violences, mais aussi perte de sens du travail, incompréhensions devant la complexification des process, intensification massive du travail, management évanescent et disparition des lieux naturels de partage de la compréhension de l'activité. Autant de causes qui sont partagées aussi bien par les soignants que les non-soignants. Cette souffrance se traduit par des absences, mais aussi une forte usure des personnels.

Le second résultat se trouve dans l'existence de modes de régulation des questions de santé au travail essentiellement identiques entre secteurs publics et privés. Nous souhaitons comprendre comment les différences de statut conduisent les établissements à des pratiques et des résultats différents. Notre constat ne peut être aussi définitif, certes, il existe des différences, mais celles-ci disparaissent le plus souvent derrière des logiques générales qui apparaissent comme similaires. L'œuvre normalisatrice des institutions régulatrices porte ses fruits, et le mimétisme organisationnel fait le reste ! Face à un « objet RPS » souvent mal compris, les établissements lancent des enquêtes, mettent en place des groupes de travail, font intervenir des acteurs divers et variés, rédigent leur DUERP, etc. Si les logiques sont les mêmes d'un établissement à l'autre, la temporalité varie et avec elle la terminologie proposée, on passe ainsi naturellement des RPS à la qualité de vie au travail sans pour autant que cela recouvre des réalités différentes. Néanmoins, cela semble se superposer d'une manière presque artificielle à l'activité quotidienne de travail, de prévention et de réparation que les professionnels de la santé connaissent pourtant bien.

Le troisième résultat se trouve dans la difficile légitimation des processus institutionnalisés de prévention. Si la certification est indispensable et engendre un ensemble d'actions pour « se conformer », l'ensemble de l'activité liée à la qualité semble exister avant tout comme une contrainte. En effet, il s'agit plus de remplir une case du processus d'audit que de construire des démarches de progrès, sans pour autant que cela ne devienne une activité stratégique ou un axe de la politique de l'établissement. La place des CHSCT est édifiante de ce point de vue, ils apparaissent soit comme un acteur subsidiaire, dépourvu de toute information et de capacité à porter une parole sur la question, soit comme un acteur « embedded », embarqué dans des démarches qu'il doit légitimer au nom du bien-être des salariés, même s'il n'y croit pas vraiment, au risque d'en perdre sa capacité à dire les difficultés qui se posent, complice d'un système qu'il a contribué mettre en place.

Le quatrième résultat réside dans le hiatus qui se manifeste entre le métier du soin et l'idée même de prévention des RPS. Le paradoxe réside ici dans le fait que les établissements hospitaliers ont, de longue date, intégré les outils de la prévention. Les échanges de pratiques, les groupes de réflexion sur le contenu de l'activité, le travail en équipe, la mise en commun des situations à problème, etc. constituent des outils qui existent de longue date dans ces organisations. Cependant, il semble que le mouvement d'intensification de la période récente ait brisé ces espaces qui permettaient une régulation naturelle des difficultés. Ces éléments constituaient le contrepoint d'une relation au malade fondée sur la relation au sein de la « clinique » particulière et singulière qui unit le soignant au soigné. Cette relation est avant tout individuelle et ne peut se penser que comme cela. Face à cela, la prévention des RPS, qui se fonde sur une logique avant tout collective et organisationnelle, vient compenser ce qui a été précédemment détruit par l'intensification, sauf que ces démarches s'inscrivent dans l'activité d'une manière beaucoup plus artificielle et forcément moins intégrée au travail quotidien. Ceci explique également pourquoi les actions sur la souffrance individuelle, historiquement présentes dans les établissements, n'émergent pas comme des associées à une prévention des RPS, pensées en plus de ce qui existe et non pas avec.

Le cinquième résultat se trouve dans l'importance prise par les modes de régulation de l'emploi sur le bien-être des personnels. Confrontés à un travail souvent difficile, à des absences qu'il faut combler, les établissements tentent de trouver des solutions permettant d'assurer la continuité

du service rendu. Nous avons observé des pratiques différentes qui tiennent pour une part à la diversité des situations locales des établissements, mais aussi à leur statut. Si exprimer que la santé des salariés est éminemment dépendante de l'organisation du travail peut paraître une évidence, nos résultats viennent le conforter en soulignant la capacité des modes d'adaptation de l'emploi à faire ressource pour les acteurs. Organisation en pool, mise en place d'horaires variés et organisation en binômes apparaissent comme autant de dispositifs qui jouent un rôle significatif sur la santé et le bien-être des acteurs concernés.

Enfin, le sixième résultat est méthodologique. Le projet de recherche que nous avons conduit a combiné analyse qualitative et analyses quantitatives. Si le travail de compréhension des situations de terrain a constitué le cœur de notre travail, les analyses préalables ont permis d'une part d'aller sur le terrain en ayant déjà une connaissance au préalable des conditions d'exercice de la prévention, et au sein d'établissements homogènes de ce point de vue. L'analyse des entretiens et des documents a fourni une mine de connaissances en regard de laquelle les résultats de l'enquête paraissent pauvres. Cependant, ceux-ci ont permis une mise en perspective des constats effectués. Ce double mouvement apparaît comme tout à fait intéressant et nécessaire. Cela permet, en effet, à la fois de cadrer le travail de terrain, mais aussi de faire émerger des pistes et hypothèses, de les enrichir sur le terrain avant de tenter d'en valider une représentation *a posteriori*.

Après un chapitre expliquant la méthodologie de notre étude (chap. 1), nous identifierons un cadre global à notre étude (chap. 2) avant de proposer des prolégomènes à notre étude identifiant la perception des RPS que peuvent avoir les acteurs (chap. 3). Puis nous examinerons les déterminants de l'action de prévention (chap. 4), les pratiques de prévention (chap. 5) et le lien entre prévention et organisation (chap. 6).

En annexes figurent à la fois les monographies réalisées, les analyses quantitatives complémentaires effectuées, mais également les guides d'entretiens qui ont servi à la collecte des données.

Chapitre 1. Méthodologie

Trois temps méthodologiques peuvent être identifiés : celui d'une analyse typologique initiale permettant la sélection des établissements (1.1), celui d'une exploration qualitative de ces établissements (1.2) et celui d'analyses complémentaires de la base de données (1.3).

1.1 Une analyse typologique pour identifier des établissements homogènes

L'objectif était de construire un vivier d'établissements parmi lequel ont été sélectionnés, sur des critères opérationnels (distance, acceptation), les établissements observés qui feront l'objet des monographies prévues.

Nous avons réalisé une analyse des correspondances multiples (ACM) à partir de variables décrivant à la fois les conditions de travail et les actions managériales pour faire émerger les axes structurants du phénomène. Puis nous avons effectué une classification ascendante hiérarchique (CAH) permettant la construction d'une typologie d'établissements ayant des comportements en matière de conditions de travail et d'actions managériales très semblables pour ceux appartenant à une même classe et très différents pour ceux appartenant à des classes différentes.

Nous avons défini du mieux possible ces classes pour pouvoir les appréhender. Nous avons ainsi retenu les centres de classe, c'est-à-dire les établissements les plus typiques de chacune de ces classes.

Nous avons choisi les établissements qui constituent le terrain de cette étude parmi ces centres de classe.

Définition du périmètre de travail

Pour réaliser une ACM et une typologie sur la base Conditions de Travail 2013, volet employeurs. Nous avons rencontré quelques écueils. Le principal est lié à la cohérence entre le périmètre de la base étudiée et le périmètre de nos travaux. Nous étudions en effet le secteur hospitalier, c'est-à-dire les établissements de soin, tant publics (hôpitaux, CHU...) que privés lucratifs (cliniques) ou non (clinique mutualiste...). Or, il s'avère que la table secteur hospitalier de la base Conditions de Travail 2013 comporte des établissements qui n'appartiennent pas au périmètre que nous voulons étudier.

Nous nous sommes donc focalisés sur les établissements ayant un code NAF (ACT88) à 86 (Activités pour la santé humaine). Toutefois, englobés dans le code NAF 86, se trouvent trois types d'activités : 86.1 Activités hospitalières, 86.2 Activité des médecins et des dentistes et 86.9 Autres activités pour la santé humaine. Pour renforcer la légitimité de l'interprétation des résultats que nous proposons, nous avons supprimé les activités 86.2 Activité des médecins et des dentistes et 86.9 Autres activités pour la santé humaine. Les codes NAF de la base Conditions de Travail 2013 ne pouvant pas être fournis de manière assez détaillée (2 caractères), nous avons eu recours à une extraction SIREN fournie par la DGAFP de codes NAF détaillés que nous avons fusionnés avec la base de données. Nous nous limiterons aussi aux établissements situés en métropole pour

assurer une meilleure cohérence. Nous travaillons ainsi sur 862 établissements. Nous utiliserons pour tous les résultats donnés par la suite la pondération construite sur le nombre d'établissements de la base CT 2013. L'échantillon correspond ainsi à 2924 établissements et à plus d'un million de salariés.

37 % des établissements sont des hôpitaux publics, correspondant à 72 % des salariés. 37 % des établissements (et 15 % des salariés) appartiennent au secteur privé lucratif. Enfin, 26 % des établissements et 13 % des salariés sont dans des ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif) ou des associations, que nous qualifierons par la suite de privés sans but lucratif.

Actions managériales et conditions de travail : les ressorts

Pour faire émerger les ressorts qui structurent les établissements en matière d'actions managériales et de conditions de travail, de manière multidimensionnelle et sans *a priori*, une ACM est réalisée sur 49 variables actives, ce qui correspond à 153 modalités actives. Parmi les 49 variables actives se trouvent 11 variables sur les conditions de travail et 38 sur les actions managériales.

Trois axes émergent de l'ACM, correspondant à 20 % de l'inertie cumulée. Ce chiffre, même si nous aurions pu le souhaiter plus élevé, n'est pas ridicule, car nous sommes partis d'un espace de dimension 153 et avec un sous-espace de dimension 3, nous parvenons à expliquer 20 % de ce phénomène complexe et multidimensionnel.

Le ressort le plus important dans la structuration des établissements quant aux conditions de travail et aux actions managériales est l'exposition aux risques (8 % de l'inertie). Il oppose ainsi des établissements très peu exposés (pas d'accident du travail, de maladie professionnelle, très peu de salariés, voire aucun, sont exposés à des risques correspondant à des charges physiques ou mentales) à des établissements où ont été enregistrés l'année passée au moins un accident du travail et la reconnaissance de maladie professionnelle pour au moins un salarié, avec des charges mentales relativement conséquentes : ils ont 10 à 50 % des salariés qui sont exposés au sentiment de ne pas pouvoir faire un travail de qualité, à des tensions avec la hiérarchie ou entre collègues et plus de 50 % de leurs salariés a la nécessité de travailler dans l'urgence. Face à cela, ils bénéficient d'un service autonome de médecine du travail ou de prévention, ils ont pris des mesures nouvelles pour limiter le risque de maladie après la reconnaissance de maladie professionnelle ; pour les RPS, durant les trois dernières années, ils ont modifié l'organisation du travail et mis en place des audits, expertises d'un cabinet spécialisé, une procédure de signalement des salariés ayant des conduites addictives et une pour ceux en situation de risque. Ils sont régulièrement ouverts le samedi.

Vient ensuite (6 %) le caractère actif ou non dans le domaine des actions managériales en matière de conditions de travail. Se trouvent d'un côté de l'axe des établissements qui n'ont pas mis en place durant les trois dernières années des procédures dans leurs établissements concernant le stress ou le mal-être au travail ni fait d'action particulière par rapport aux risques professionnels lors de l'année passée. De l'autre côté se trouvent des établissements qui ont été plutôt actifs récemment en matière de prévention des risques professionnels (modification de l'organisation du travail, développement de la formation à la sécurité du personnel, modification des locaux,

équipements ou produits utilisés) et RPS (mise en place d'un dispositif d'assistance confidentielle aux salariés en situation de crise, de signalement de ceux en situation de crise).

Le troisième ressort (6 %) est construit autour de la sensibilisation ou la prise de conscience du problème que peuvent engendrer les conditions de travail. Il oppose des établissements qui ne savent ni qualifier les conditions de travail ni ce qui est fait en la matière (ils ne donnent que des réponses manquantes aussi bien pour les expositions aux charges mentales et physiques, que pour l'utilisation des outils de gestion, les actions et procédures mises en place pour prévenir les risques professionnels et RPS) et qui pourtant ont des reconnaissances de maladie professionnelle, à des établissements qui n'ont pas de reconnaissance de maladie professionnelle, mais ont des accidents du travail (dont ils analysent les causes avec le salarié et ses collègues), disent que très peu de leurs salariés sont exposés à des charges mentales (qualité empêchée, tensions entre collègues et avec la hiérarchie, travail dans l'urgence) et aucun à des charges physiques et qui ont pourtant mis en place lors des trois dernières années des dispositifs de prévention des RPS (aménagement des horaires, formation spécifique) et ont poursuivi les actions antérieures de prévention des risques professionnels et élaborent un nouveau plan de prévention l'année passée. Cet axe pourrait aussi être interprété comme un axe de déni (il vaut mieux ne pas avouer que le problème existe si c'est le cas).

À ces trois axes pourraient être ajoutés les deux axes suivants pour totaliser 28 % de l'inertie cumulée avec (quatrième axe : 4 %) l'application de la réglementation en la matière (DU, plan de prévention) et (cinquième axe : 4 %) la maturité dans le domaine ou les particularités des modes d'action (d'un côté, réponse absente sur les charges mentales, analyse après les accidents du travail avec de nombreux acteurs, DU, mise en place de procédures de résolution des conflits et poursuite des actions antérieures de prévention ; de l'autre côté, pas d'analyse après les accidents du travail, réponse absente sur le DU, charge mentale sensible).

Actions managériales et conditions de travail : une typologie des établissements hospitaliers

À partir de cette ACM, une CAH (Classification Ascendante Hiérarchique) a été réalisée et une typologie en six classes a été retenue et sera à présent brièvement décrite.

La classe des très grands publics exposés correspond à 21 % des établissements et 52 % des salariés. Ces établissements signalent en effet relativement fréquemment des charges mentales qui touchent 10 à 50 % de leurs salariés (tensions avec la hiérarchie, les collègues, sentiment de ne pas pouvoir faire un travail de qualité, charge de travail trop importante, horaires de travail imprévisibles), voire plus (nécessité de travailler dans l'urgence) et des charges physiques qui touchent très peu de leurs salariés (travail répétitif, températures extrêmes, bruit important). Relativement fréquemment, ils ont des salariés qui bénéficient de reconnaissance de maladie professionnelle ; à la suite de quoi, ils ont plutôt pris des mesures nouvelles pour limiter les risques. Ils ont aussi bien plus souvent qu'en moyenne des salariés en surveillance médicale renforcée et un nombre d'accidents du travail important. Ils ont aussi relativement souvent mis en place lors des trois dernières années un audit ou une expertise d'un cabinet spécialisé dans le domaine des RPS. Au cours de l'année passée, ils ont plutôt diminué le nombre d'équipes. Depuis trois ans, le nombre de places en chirurgie ambulatoire a plutôt augmenté. Ils ont plutôt un statut

public et sont de très grande taille (effectif moyen près de 2.5 fois plus grand que la moyenne des établissements). Ils offrent relativement souvent une permanence d'accès aux soins aux plus démunis et des soins de longue durée. Ils ont relativement beaucoup de salariés concernés par le travail le samedi et le dimanche. Ils bénéficient relativement souvent d'un service de médecine du travail autonome ou interentreprises. Plus souvent qu'en moyenne, les salariés ont fait grève en raison d'un mot d'ordre extérieur ou de conflits internes à l'établissement. Ils ont connu relativement souvent un contrat de retour à l'équilibre l'année passée.

La classe suivante regroupe les grands publics surchargés passifs (6 % des établissements et 9 % des salariés). Ils n'ont plutôt pas de document unique d'évaluation des risques et n'ont pas engagé de grandes actions lors de l'année passée par rapport aux risques professionnels (pas d'élaboration d'un nouveau plan de prévention). Ce sont plutôt des établissements publics de grande taille (effectif moyen 1.6 fois plus élevé que la moyenne) qui n'ont plutôt pas de délégué du personnel et qui offrent plutôt une permanence d'accès aux soins pour les plus démunis. Relativement souvent, une part importante de leurs salariés est concernée par du travail le samedi et le dimanche. Ce sont plutôt les comités de l'établissement qui déterminent la durée et les types d'aménagement du temps de travail. Ils ont plutôt des difficultés à recruter du personnel parce que le salaire n'est pas attractif. Relativement fréquemment, plus de 50 % de leurs salariés sont exposés à une charge de travail trop importante et très peu à des agents chimiques dangereux ou des températures extrêmes. Relativement souvent, entre 10 et 50 % des salariés utilisent pour leur travail un écran dédié à certaines fonctions et pourtant ils n'utilisent plutôt pas de dossier patient électronique dans leurs relations avec les usagers. Ils disposent relativement souvent d'une certification ou labellisation portant sur le système qualité, les compétences techniques ou la sécurité.

La classe des petits privés lucratifs faiblement exposés (61 % des établissements et 27 % des salariés) regroupe des entités plutôt à statut privé à but lucratif et à effectif relativement faible (effectif moyen 2.3 fois plus petit que la moyenne). Relativement souvent, très peu de salariés ont à y faire face à des charges mentales (qualité empêchée, tension avec la hiérarchie, avec les collègues, charge de travail trop importante, horaires de travail imprévisibles) et aucun à des charges physiques (travail répétitif, températures extrêmes, bruits importants). Ils n'ont plutôt pas eu de salariés bénéficiant de reconnaissance de maladie professionnelle l'an dernier. Relativement souvent ils disposent d'un service interentreprises de médecine du travail ou de prévention. Ils n'offrent plutôt pas de permanence d'accès aux soins aux plus démunis, ni de soins en longue durée. Ils ont relativement peu de personnel concerné par le travail le weekend. Relativement fréquemment, ils ne réalisent pas en interne les fonctions de linge et restauration. Ils disposent relativement souvent d'un document unique d'évaluation des risques et de délégués du personnel. L'effectif de l'établissement est plutôt stable sur l'année passée. La part des dépenses de formation dans la masse salariale est relativement fréquemment inférieure ou égale à 2 %.

Les très petits sans risque (3 % des établissements et 0.4 % des salariés) rassemblent de très petits établissements (effectif moyen sept fois plus petit que la moyenne avec relativement très peu de salariés concernés par le travail le dimanche ou le samedi. Ils n'ont plutôt pas eu d'accidents du travail l'année passée. Ils ne sont plutôt pas couverts pas un CHS ou CHSCT ni par des délégués syndicaux. Ils ne disposent plutôt pas d'un système de tableaux de bord alimenté à un rythme au

moins trimestriel pour le suivi interne du budget et des finances. Les procédures et modes opératoires sont plutôt définis par les salariés. Leurs salariés ne sont plutôt pas exposés à des charges physiques (manutention manuelle de charges lourdes, agents chimiques dangereux, équipes alternantes, bruit important) ni à des charges mentales (charge de travail trop importante, qualité empêchée). Les relations avec les usagers ont plutôt été marquées par un appauvrissement ou paupérisation de la population environnante et la montée de l'isolement de certains usagers. Ils sont plutôt rarement ouverts le dimanche.

Les privés pilotés du haut non concernés (3 % des établissements et 2 % des salariés) comprennent des établissements qui sont plutôt très peu engagés dans la problématique des conditions de travail et de la gestion du personnel, qui, relativement souvent, avec la formation, n'est pas gérée par l'établissement (le service de gestion du personnel est plutôt au siège social) ou est confiée à un prestataire. Les résultats du travail ne sont eux aussi plutôt pas contrôlés ni par la hiérarchie, ni par les personnels ou les comités. Leurs salariés sont plutôt en forfait-jour. Relativement souvent, ils ne savent si des outils d'ajustement du volume de travail ont été utilisés l'année passée (si ce n'est le recours à des équipes ponctuelles ou supplémentaires ou de suppléance ou des heures supplémentaires), ni la part de la dépense de formation, ni si la direction adresse une note écrite de suivi de la prévention au CHSCT. Les équipes ou groupes de travail autonomes sont plutôt utilisés depuis moins de trois ans. Relativement souvent, plus de 50 % des salariés sont exposés à des postures pénibles, mais très peu de salariés sont concernés par d'autres charges physiques (travail en équipes alternantes). Ils ne se prononcent plutôt pas sur les charges mentales (tensions avec la hiérarchie, entre collègues, avec le public, horaires de travail imprévisibles, qualité empêchée, urgence). Ils ne savent pas le nombre d'accidents du travail l'année passée, ni si des mesures nouvelles ont été prises suite à la reconnaissance de maladie professionnelle. Plus souvent qu'en moyenne, ce n'est pas la fidélisation du personnel qui incite l'établissement à développer les risques professionnels. Ce sont plutôt des établissements privés lucratifs avec un service de médecine du travail autonome.

Les non-intéressés non-employeurs (6 % des établissements et 9 % des salariés) sont des établissements qui ne se prononcent plutôt pas sur l'exposition aux charges mentales ou physiques de leurs salariés. Relativement souvent, ils gèrent dans l'établissement les activités médico techniques (radiologie, laboratoires, blocs, pharmacie, etc.) et la restauration. La part des dépenses de formation dans la masse salariale y est plutôt élevée (entre 3.1 et 4 %) relativement fréquemment. Ils sont incités à développer la prévention des risques professionnels plutôt pour le respect des obligations légales. Ils comprennent relativement beaucoup de salariés d'entreprises sous-traitantes travaillant dans l'établissement, de salariés intérimaires et d'internes, externes ou élèves en formation (y compris stagiaires). Ce mode de fonctionnement explique peut-être le désintérêt pour les conditions de travail de salariés dont ils ne sont pas employeurs.

Quelques éléments de conclusion provisoires sur l'étude quantitative préalable

Notons tout d'abord que bien que les variables actives ne comprennent ni le statut ni la taille des établissements, ces variables jouent un rôle important dans la caractérisation des classes. Sur six classes, quatre sont marquées par leur statut et cinq par leur taille alors que les classes ont été construites (variables actives) sur les conditions de travail et les actions managériales. Nous

devons forcément en conclure que les conditions de travail et les actions managériales dans le secteur hospitalier sont dépendantes du statut public — privé. Toutefois cela ne se traduit pas forcément par une causalité directe. Une causalité indirecte, engendrée par l'activité offerte et donc la taille de l'établissement (ouverture le weekend, soins de longue durée), peut être plutôt vraisemblablement envisagée. Il s'agirait donc plus de raisons macro, au sens où les activités les plus lourdes en termes de condition de travail et donc le plus exposées aux risques professionnels, seraient plus fréquemment fournies par des acteurs du secteur public. D'où l'importance d'analyser les risques et leur prévention, et de ne faire la comparaison des secteurs public/privé, que sur de mêmes types d'activités.

Quant aux actions managériales, un certain nombre en a été cité dans la caractérisation des classes. La partie qualitative de cette recherche devrait permettre de mieux éclairer ces points.

Avant de passer à celle-ci, notons que l'enquête quantitative volet employeurs repose naturellement sur la base de déclarations remplies. Une source d'étonnement pourrait être la part d'établissements qui ne se prononcent pas sur les conditions de travail de leurs salariés (en particulier classes les « privés pilotés du haut non concernés » et les « non intéressés non employeurs »). Nous l'avons interprété comme un désintéret.

1.2 Des monographies construites à partir d'entretiens avec des acteurs clés

La construction des monographies a été réalisée à partir d'une somme de données composées d'une part d'entretiens et d'autre part de documents internes aux organisations concernées.

Au préalable, ces établissements ont été retenus à partir de l'analyse typologique.

Nous avons contacté au total une cinquantaine d'établissements. Si l'accès aux établissements publics a été relativement aisé, les prises de contact n'ont pas été aussi fructueuses qu'attendues. Par la suite, nous avons été confrontés au refus de beaucoup des établissements contactés et notamment des établissements du secteur privé.

De plus, certains établissements se sont rétractés après un premier accord de principe. Il n'y a cependant pas eu de difficultés majeures en ce qui concerne les établissements publics.

En revanche, la situation a été beaucoup plus compliquée pour les établissements privés. De nombreux échecs ont été rencontrés. Là encore, après de premiers contacts favorables, certains établissements se sont retirés. D'autres ont fait attendre leurs réponses avant de renvoyer à leur siège, à leurs directions... Les regroupements d'établissements ont ainsi constitué un obstacle certain, certains responsables locaux se retranchant derrière l'avis de sièges généralement de la thématique associée à notre démarche.

Après de nombreuses recherches et ayant épuisé nos centres de classe nous avons dû nous tourner vers un dernier établissement pour compléter notre échantillon. Celui-ci n'appartient donc pas aux établissements enquêtés, mais reste de même nature que les autres par sa taille et son activité.

Chaque type de personne rencontrée était soumise aux mêmes questions, mais les guides d'entretien étaient cependant légèrement différents, en référence à la position occupée par chacun.

La logique commune qui a prévalu à la définition de ces guides était la suivante :

- Qui est la personne rencontrée ? Depuis quand exerce-t-elle son rôle ?
- Observer la manière dont elle parle des RPS, ce à quoi elle rattache ce terme, ce à quoi elle ne le rattache pas, ce qu'elle dénonce, ce qu'elle soutient.
- L'interroger de manière large sur ce qui est fait dans l'établissement pour prévenir les RPS.
- L'interroger ensuite sur des dispositifs précis : enquête, consultant, formation, groupes de travail, DUER, CHSCT, évènements indésirables, autres...
- L'interroger sur ce qu'elle fait elle, en matière de prévention des RPS et sur ce qui devrait être fait.
- L'interroger sur ce qu'elle considère être une situation « type » ou « exemplaire » de RPS dont elle a été témoin ou dont elle a entendu parler.
- et lui demander comment elle se situe sur une échelle d'exposition aux RPS... et la faire parler...

Le tableau suivant indique le nombre et la qualité des personnes rencontrées dans chacun des établissements de notre enquête. Aux entretiens au sein des établissements s'ajoutent ceux réalisés auprès de trois experts du secteur de la santé.

Tableau : Personnes rencontrées et documentation consultée

Établissement	68 entretiens entre 1h et 2h	88 personnes rencontrées	Documents
Experts	3 individuels	Experte auprès des CHSCT de la fonction publique hospitalière Expert auprès des comités d'entreprise dans le secteur privé de la santé Enseignant — chercheur en gestion, spécialisé sur le management des ressources humaines dans les organisations de santé et médico-sociales	Rapports généraux, travaux de recherche
H1	13 individuels, 3 collectifs	DRH, Médecin du travail, Psychologue du travail, 3 Représentants du personnel (CGT, CFDT, FO), 3 cadres de santé, 2 médecins, 3 infirmières, 2 aides-soignantes, 2 cadres administratifs (formation et SGAP), 2 agents administratifs (formation et bureau des entrées)	Bilans sociaux 2013 et 2014 Document Unique d'Évaluation des Risques
H2	13 individuels, 2 collectifs	Directeur DRH Assistante sociale Psychologue Médecin du travail Gestionnaire qualité risque 2 représentants syndicaux Délégué personnel CHSCT Adjoint administratif bureau des entrées Attaché d'administration 2 cadres de santé 2 infirmières 2 aides-soignantes 3 ASH 2 médecins	Site internet de l'hôpital Rapport de la chambre régionale des comptes
H3	5 individuels, 2 collectifs	Directeur général DRH 2 cadres administratifs 2 médecins du travail 2 cadres de santé 1 infirmière 5 syndicaux CGT, CFDT et FO	Site internet de l'hôpital Rapport de la chambre régionale des comptes 2015

Tableau : Personnes rencontrées et documentation consultée (suite)

Établissement	68 entretiens entre 1h et 2h	88 personnes rencontrées	Documents
H4	11 individuels	Directeur d'hôpital Directrice des soins DRH Att Attachée d'administration DRH Présidente CME 2 Cadres de santé 2 infirmières 2 Représentante syndicale CTE et au CHSCT	Projet d'établissement 2014-2019, 30.12.2014 Bilan social 2014, mai 2015 Résultats de la démarche qualité de vie au travail et plan d'action, Rapports d'activité 2014 et 2013 Restitution de l'enquête qualité de vie au travail
HPNL	7 individuels	DRH Responsable clinique Responsable de service Représentants du personnel Cadre Infirmière Aide-soignante	
HPL	11 individuels	Directrice du développement RH Groupe Chargé de mission santé au travail au Groupe Directeur d'établissement DRH Adjoint à la directrice des soins Responsable bloc opératoire Un responsable d'Unité (cadres de santé) cardiologie Infirmière 2 aides-soignantes Représentante du personnel DP, CE et CHSCT.	Baromètre d'évaluation de la qualité de vie au travail institué en phase expérimentale Présentation sur cotation des risques Plan d'action qualité de vie au travail de l'établissement établi dans le cadre de la procédure de certification DUERP

Les entretiens ont été ensuite retranscrits (877 pages de texte) puis des synthèses par établissements et des synthèses thématiques ont été élaborées. Les synthèses par établissement ont permis l'élaboration des monographies, les synthèses thématiques ont permis d'illustrer un ensemble de propos et d'alimenter l'argumentation.

L'analyse de l'ensemble de ces données a permis de structurer les éléments présents dans la troisième partie de ce rapport.

1.3 L'analyse rétrospective de la base de données pour confronter les résultats

La base de données a été mobilisée non seulement pour explorer et construire la typologie initiale, mais également pour éclairer les phénomènes observés lors de la phase qualitative.

Nous avons plus précisément mobilisé les résultats de l'enquête auprès des établissements du secteur hospitalier public et privé (à but lucratif et non lucratif). Les établissements qui n'ont pas répondu à au moins 10 questions ont été évincés de la base. Cela nous a permis d'effectuer des analyses d'une part sur la base établissement réduite à 792, d'autre part sur une base couplée de 3097 observations et enfin sur une base couplée et dédoublonnée de 1272 observations. De plus, à la suite du constat de l'importance de l'impact de la taille des établissements sur leurs pratiques de prévention, nous avons également mené un ensemble d'analyses sur la strate des établissements de plus de 500 salariés soit 449 établissements.

L'objectif de ces analyses est dans un premier temps d'identifier les pratiques managériales mises en place pour réduire les RPS, mais également de repérer les dispositifs de prévention dans le secteur hospitalier. Dans un second temps, il s'agira d'identifier (ou pas) des différences par statut

en comparant les Hôpitaux publics, les établissements à but lucratif (cliniques) et à but non lucratif, par activités/spécialités (médecine/chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite ou réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile) et par taille.

1.4 L'apport du comité scientifique

Au-delà des entretiens d'experts (cf. 1.2.), nous avons constitué un comité scientifique de l'étude qui s'est réuni deux fois pour réagir à notre dispositif de recherche et à ses premiers résultats.

Ce comité scientifique était composé de Pascal Ughetto, Professeur de Sociologie (LATTS) et de François Cochet (Groupe Alpha).

Les deux journées de rencontre avec ces experts ont été très fructueuses et ont permis d'affiner à la fois les modes d'interpellation du terrain en mieux intégrant ses contraintes, mais aussi de prendre du recul sur les premiers résultats en les situant d'une manière plus claire.

Ces deux comités scientifiques ont également à chaque fois donné lieu à une réflexion collective sur l'évolution de notre travail.

Chapitre 2. Secteur public et secteur privé : éléments de cadrage général

Ce chapitre revient sur l'activité relative des établissements publics et privés, sur leurs expositions aux RPS et les mesures de politiques publiques qui encadrent leurs pratiques de prévention. Elle expose enfin les résultats synthétiques de l'analyse statistique de traitement du volet employeur de l'enquête condition de travail. Il s'agit ici de proposer des éléments de compréhension de la situation des établissements hospitaliers qu'il nous paraît essentiel de proposer avant d'expliquer nos analyses.

2.1 Taille relative du secteur public et privé

2.1.1 Le secteur privé : un tiers des lits, dominé par la chirurgie

Les établissements de santé peuvent relever de trois types de statuts : public, privé à but non lucratif et privé lucratif. Les établissements privés à but non lucratif, dont la plupart participent au service public et sont alors appelés établissements privés non lucratifs d'intérêt collectif. Ils partagent avec le privé la gestion par une personne morale de droit privé, une liberté d'organisation interne, une gestion de l'emploi de droit privé, mais sont financés sur le même mode que les établissements publics et assurent des missions de service public, continuité des soins, urgence... Ils représentent 14 % des lits.

Les secteurs privé, pris au sens large, et public se partagent le nombre d'établissements. En revanche, si le secteur privé représente en 2014, 55 % des établissements, il ne possède que 37 % des lits témoignant d'une taille moyenne des établissements plus faible dans le secteur privé que dans le public. Cet élément se retrouve dans l'enquête conditions de travail au sein de laquelle les établissements publics sont en moyenne quatre fois plus grands en nombre de salariés (cf. annexes).

Part des trois secteurs dans le total des établissements et des lits

	Entités	Part des entités dans l'ensemble	Part des lits dans l'ensemble	Nombre de lits moyens	Part du personnel non médical
Secteur public	1 416	46 %	62 %	180	75 %
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	182				
Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux	973				
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	97				
Autres établissements publics	164				
Secteur privé à but non lucratif	683	21 %	14 %	83	12 %
Centres de lutte contre le cancer *	21				
Autres établissements à but non lucratif	662				
Secteur privé à but lucratif	1 012	33 %	24 %	96	13 %
Établissements de soins de suite et de réadaptation	344				
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	514				
Établissements de lutte contre les maladies mentales	145				
Établissements de soins de longue durée	6				
Autres	3				
Ensemble	3 111	100 %	100 %	132	100 %

1 Traitement fait à partir des données SAE 2014 fournies par « Les établissements de santé — Édition 2016. Ministère de la Santé et des Affaires sociales »

Le champ de la santé différencie traditionnellement les activités de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique, les activités de psychiatrie, les activités de soins de suite et de réadaptation et les activités de long séjour. Ces différentes activités renvoient à une durée de séjour des malades plus ou moins longues et par conséquent à une densité médicale plus ou moins forte. Nous nous sommes concentrés sur les établissements généraux et les cliniques générales. Le cœur de métier de ces établissements est la médecine, chirurgie, obstétrique. Les données ci-dessous montrent que l'activité des établissements privés est avant tout chirurgicale, puis obstétricale. Les établissements publics dominent en revanche la médecine.

Part des trois secteurs dans l'ensemble des lits et place de médecine, chirurgie, obstétrique

	Établissements publics	Établissements privés non lucratifs	Établissements privés lucratifs
Médecine	80 %	9 %	13 %
Chirurgie	44 %	9 %	58 %
Gynéco-obstétrique	69 %	6 %	26 %
Total	66 %	8 %	29 %

2 Traitement fait à partir des données SAE 2014, fournies par « Les établissements de santé — Édition 2016. Ministère de la Santé et des Affaires sociales »

2.1.2 75 % du personnel non médical travaille dans les établissements publics

Le secteur public emploie 75 % du personnel non médical, le reste se répartissant entre établissements privés non lucratifs et établissements lucratifs.

Le secteur privé lucratif produit 22 % des hospitalisations complètes (pas de limitation de la durée a priori), mais produit 50 % des hospitalisations partielles (en particulier hospitalisations pour une

journée) et emploie 13 % du personnel non médical. L'activité privée se caractérise donc par des prises en charge de courte durée, dominées par la composante technique et médicale.

2.2 Les RPS dans le secteur de la santé. Que nous disent les facteurs de risque ?

Le concept de RPS est apparu progressivement au début des années 2000 pour traiter de la question des souffrances au travail. Auparavant, il était utilisé dans une perspective strictement médicale. Si la souffrance au travail a pris autant de place, c'est précisément parce qu'elle a longtemps été maintenue sous silence. Comme l'indique Clot (2010), « *l'urgence est souvent la compensation factice d'une longue inaction* ». Le concept de risques psychosociaux a d'abord été porté par le patronat en réaction au développement scientifique et médiatique de la souffrance au travail, avant qu'il ne soit repris par l'ensemble des acteurs y compris du monde syndical. Il apparaît aujourd'hui comme un tout, globalisant un ensemble de dimensions, mais suffisamment vague pour ne pas donner lieu à un cadre juridique précis (Valleiry et Leduc, 2012)¹. La notion de risques psychosociaux a pendant un moment renvoyé à un risque indéfini. Il s'agissait alors d'identifier les causes multiples, liées au travail, des pathologies psychosociales.

Ce flou a été levé en partie par les travaux de la commission Gollac (2011)². En effet, en identifiant un ensemble de facteurs de risques psychosociaux, la commission a fourni un cadre d'analyse et permis sa diffusion. Les risques identifiés sont toutefois suffisamment vastes pour abriter l'ensemble des conditions d'exercice de l'activité et donc le travail tout entier et introduire par la même un doute sur l'opérationnalisation de la prévention.

¹ Valleiry, G. et Leduc, S. (2012). Les risques psychosociaux. Paris : PUF.

² Gollac M. et Bodier M. (2011) Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Les facteurs psychosociaux de risque au travail proposé par la commission « Gollac (2011) »

Intensité et temps de travail : intensité et complexité du travail, durée et organisation du temps de travail, conciliation travail et hors-travail.

Exigences émotionnelles : relations au public, contact avec la souffrance, cacher ses émotions, peur.

Autonomie : autonomie dans la tâche et aspects néfastes de l'autonomie, prévisibilité du travail, développement des compétences, monotonie et ennui.

Rapports sociaux au travail : relations avec les collègues, avec la hiérarchie, avec l'extérieur de l'entreprise, violence interne.

Conflits de valeurs : conflits éthiques, qualité empêchée, travail inutile.

Insécurité de la situation de travail : sécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière, changements.

Au regard de ces facteurs, les organisations de santé apparaissent comme des organisations vulnérables.

2.2.1 L'intensification du travail : une réalité pour les établissements publics et privés

Les statistiques montrent une intensification du travail dans la fonction publique hospitalière entre 2005 et 2013. L'ensemble des 5 indicateurs mesurés par l'enquête conditions de travail 2013³ augmentent plus que la moyenne nationale : avoir au moins trois contraintes de rythme (+ 7 points), avoir un rythme imposé par un contrôle ou suivi automatisé (+ 9 points), ne pas pouvoir quitter son travail des yeux (+6 points), devoir se dépêcher (+1 point), devoir souvent interrompre une tâche (+ 5 points), changer de postes en fonction des besoins (+ 8 points).

Les secteurs public et privé dans l'enquête Sumer 2010 connaissent globalement une intensité de travail comparable même si les composantes diffèrent.

	Public	Privé
Être obligé de se dépêcher	46 %	42 %
Avoir une contrainte physique intense	42 %	52 %
Ne pas pouvoir ajuster les délais	27 %	33 %
Ne pas pouvoir interrompre momentanément son travail	23 %	26 %

Enquête Sumer 2010⁴

³ Tirées de DARES Analyses (2014), Conditions de travail, reprise de l'intensification du travail chez les salariés, n° 049.

⁴ DARES Analyses (2013), Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs, n°010.

2.2.2 Les exigences émotionnelles. Des exigences identiques pour le contenu du travail, moindre pour le contact avec le public dans le privé

Les exigences émotionnelles sont inhérentes à l'activité de soins. Le secteur sanitaire a d'ailleurs été précurseur dans l'identification des troubles de santé psychique liés au travail. Signalons par exemple que le terme « Burn-Out Syndrome » a été proposé en 1974 par *Freudenberger, psychiatre décrivant ainsi l'état d'épuisement professionnel dans lequel se trouvaient des personnels soignants très investis dans le traitement des toxicomanes*⁵. La psychiatrie, l'oncologie, les soins palliatifs, les services de long séjour sont des activités éprouvantes pour la confrontation avec la mort qu'ils imposent et l'engagement relationnel qu'ils requièrent.

À cela s'ajoute le contact avec le public, dans des contextes rendus difficiles par le temps d'attente ou la nature des soins apportés, qui peuvent déclencher de la violence des usagers ou de leur famille. Bien entendu, tous les salariés d'un établissement de santé ne sont pas en contact avec le public et parmi ceux qui le sont, l'exposition est plus ou moins forte selon l'activité. Ainsi, les résultats de l'enquête Conditions de travail 2013 montrent que 38 % de répondants pensent que très peu de salariés sont exposés à des tensions avec le public et 43 % qu'ils sont entre 10 % et 50 % être exposés à de tels risques.⁶

L'enquête Sumer 2010 montre un écart de réponse entre le secteur public et privé. Si 11 % des répondants du privé disent avoir été victime de plus d'une agression verbale par le public depuis moins d'un an, ils sont 18 % dans le public. Comment expliquer cet écart ? Le rapport 2015 de l'observatoire national de violences en santé⁷ stipule que 36 % des actes de violence signalés le sont dans le secteur psychiatrique et aux urgences. Ces activités sont sous-représentées dans le secteur public. Les structures d'urgence privées ne représentent que 25 % du total des 643 structures existantes et la psychiatrie privée un tiers du total de l'hospitalisation psychiatrique à temps plein. Si on ajoute la médecine et la gériatrie, deux spécialités surreprésentées dans le public, on couvre 55 % des signalements d'agressions.

2.2.3 Conflits de valeur et qualité empêchée. Une plainte répandue, mais un contrat psychologique plus en risque de rupture dans le public

Le secteur hospitalier est considéré comme un secteur propice aux conflits de valeur et à la qualité empêchée. Les médias qui relaient les revendications du personnel soignant en grève le 8 novembre 2016 mettent au premier plan les plaintes contre une intensification du travail qui porte préjudice à la qualité du travail et surtout au sens même du travail.

« Je travaille à l'hôpital depuis 2004 et j'ai vu et subi, comme mes collègues, la dégradation de mes conditions de travail, la perte des effectifs qui nous permettaient de faire des soins de qualité avec humanité. Aujourd'hui, j'ai du mal à trouver du sens à mon travail. Je fais toujours plus de traçabilité et de papiers administratifs qui sapent le côté humain de mes soins. Je n'ai plus le temps de parler avec les patients. Je n'ai plus le temps de faire de la

⁵ Source Wikipédia.

⁶ DARES, enquête conditions de travail 2013, retraité par nos soins.

⁷ Poupart A, Baret C., (2015), Observatoire national de la violence en milieu de santé, Rapport annuel 2014. DGOS.

*relation d'aide, ce qui permet de soigner l'âme en même temps que le corps.*⁸ » Le nouvel Obs, 8 novembre 2016.

D'ailleurs, 14 % des répondants à l'enquête Conditions de travail 2013 des établissements de plus de 500 salariés estiment que plus de 50 % des salariés ont un sentiment de travail de non-qualité et 38 % qu'ils ont entre 10 % et 50 % à avoir de tels sentiments⁹.

P. Molinier (2010)¹⁰ définit le conflit de valeurs comme un conflit sur ce qui compte dans le travail pour les sujets qui le font.

La valeur au travail porte à la fois sur le contenu de la tâche, mais aussi sur le fonctionnement de l'équipe du travail, la relation avec la hiérarchie et le fonctionnement de l'organisation dans son ensemble. Les professions, en socialisant leurs membres sur un temps long, transmettent des valeurs. On peut ainsi faire l'hypothèse que médecins, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignantes ont des valeurs particulièrement fortes, qui font appel aux valeurs du « care » : humanisme, souci de l'autre, qualité et aux valeurs des professions, autonomie et croyance en une asymétrie de compétences entre professionnels et non professionnels¹¹.

L'importance des valeurs ne se limite pas aux professionnels du soin. Les établissements de santé véhiculent eux-mêmes des valeurs dont les salariés peuvent attendre la mise en œuvre au quotidien, quelles que soient leurs fonctions. Si les valeurs professionnelles portées par les soignants peuvent être considérées comme identiques aux deux secteurs en revanche, les valeurs annoncées par les organisations sont différentes dans le secteur public et le secteur privé lucratif. La Fédération Hospitalière de France inscrit ainsi la présentation de ses missions dans les « valeurs historiques » faisant appel à « la charité et la bienfaisance » auxquelles s'ajoutent plus tard les valeurs de service public, égalité, neutralité, continuité, adaptabilité¹². La Fédération Hospitalière Privée met elle en avant en tout premier lieu la liberté, puis la responsabilité, la recherche d'excellence, le dynamisme et l'innovation, la rigueur et l'éthique¹³.

Le contrat psychologique de départ, que l'on peut définir comme la perception des obligations, apports et attentes réciproques, qui lie le salarié et son employeur au-delà du contenu du contrat de travail (Rousseau 1989)¹⁴ ne semble pas le même dans le secteur public et le secteur privé. Étant données les évolutions actuelles des établissements, le risque de rupture de ce

⁸ <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1580347-infirmiere-je-fais-greve-ce-8-novembre-je-veux-retrouver-le-cote-humain-de-mon-metier.html>

⁹ DARES, enquête conditions de travail 2013, retraité par nos soins.

¹⁰ Lallement M, Marry C, Lorient M, Molinier P, Gollac M, Marichalar P., Martin E. (2011), « Maux du travail : dégradation, recomposition, ou illusion ? », *Sociologie du travail*, 53, 3-36.

¹¹ Péoc'h N., Ceaux, C. (2012), Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé, *Recherche en soins infirmiers*//108.

¹² <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-valeurs-de-l-hopital>

¹³ <http://www.fhp-midipyrenees.com/article4>

¹⁴ Rousseau, D. M. (1989), Psychological and implied contracts in Organizations. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2, 121-139.

contrat, facteur de risque psychosocial,^{15 16} apparaît plus fort dans le secteur public que dans le secteur privé.

En effet, alors même que les valeurs véhiculées par les organisations et les attentes des salariés diffèrent, les évolutions des vingt dernières années et plus encore des dix dernières, tendent à rapprocher les dispositifs de régulation des deux secteurs et font ainsi peser sur l'activité des salariés les mêmes contraintes : enveloppe globale de dépense votée par le parlement (Ondam en place depuis 96, loi Juppé) englobant dépenses du secteur public et privé dont l'augmentation est très fortement contrôlée (+1,75 % en 2016), mise en place d'un régulateur unifié (les Agences Régionales d'Hospitalisation en 1996, loi Juppé), tarification à l'activité des établissements publics et privés¹⁷ à partir de 2007 liant budget reçu et activité dégagée avec des actes plus rémunérateurs que d'autres, baisse des tarifs en 2015 et 2016 pour les établissements publics et privés sous l'effet d'une augmentation de l'activité supérieure à l'enveloppe globale des dépenses votées, processus d'accréditation qui pousse à la mise en place de procédures qualité qui encadrent l'activité (depuis 1999).

Les établissements publics comme privés sont alors conduits à renforcer les dispositifs normalisateurs (en passant par exemple par une exigibilité de traçabilité et de codage des actes), à rechercher une augmentation de l'activité pour augmenter les budgets, à jouer le cas échéant sur les écarts de tarification des activités (ce qu'on appelle l'optimisation de codage), à chercher des augmentations de productivité dans les activités de soins et plus encore dans les activités hors soins. La différence essentielle entre le secteur public et privé réside dans les marges de manœuvre pour faire face à ces contraintes. Le privé dispose de deux leviers importants : la sélection possible de ses segments d'activité qui les conduit par exemple à un recentrage sur certaines activités chirurgicales, en particulier ambulatoires, et la flexibilité de ses effectifs.

2.2.4 Des exigences de changement généralisées

La recherche de gains de productivité pousse le secteur de la santé aux économies d'échelle notamment par fusion ou rapprochement. Ces changements structurels affectent les pratiques au quotidien et sont facteur de RPS, en particulier pour les soignants. Entre 2003 et 2008, sous l'effet de ces rapprochements, le nombre d'entités juridiques a baissé de 8 % pour les cliniques à but lucratif, de 4 % pour le privé participant au service public et de 1,5 % pour les établissements publics.¹⁸

Les mouvements ne se limitent toutefois pas aux fusions. Le secteur privé se caractérise avant tout ces dernières années par une absorption des établissements par des groupes et une concentration de l'activité par rachat de groupes entre eux. Les groupes de cliniques rassemblent en 2015, 58 % des entités juridiques du secteur privé lucratif (68 % des capacités) alors que ce

¹⁵ Trentzsch-Joye S, (2011), Rupture du contrat psychologique, stress et souffrance au travail : une recherche réalisée au sein du dispositif souffrance au travail du CHU Toulouse-Purpan, Thèse de doctorat de psychologie, Toulouse.

¹⁶ Rossano M., Abord de Chatillon E, Desmarais C (2015), Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources, Revue de gestion des ressources humaines, 95, 58-77.

¹⁷ Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique.

¹⁸ Lalande F, Scotton C., Bocquet Py, Bonnet JI, (2012), Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? , rapport de l'IGAS.

taux était de 33 % en 2000¹⁹. Le groupe de santé auquel appartient la clinique étudiée dans l'étude qualitative, en possédant 10 % établissements privés, est le leader du marché. Il est coté en bourse et est détenu majoritairement par deux fonds de pension. Il a absorbé en 2013 un groupe de santé concurrent. Si les établissements conservent leur entité juridique, ces mouvements modifient leur autonomie et jouent sur les activités dispensées, les objectifs et les moyens.

Le secteur public est quant à lui aujourd'hui caractérisé par un vaste mouvement de création de 135 Groupements hospitaliers de territoires, obligatoires (loi Santé 2015), visant à favoriser la coopération autour de prise en charge des patients entre établissements publics de taille différente, mais aussi à rationaliser des activités, techniques, logistiques, médicaments, achats divers.

Aux côtés des mouvements structurels que partagent les secteurs publics et privés, les pratiques de management évoluent et pour certaines, misent sur la flexibilité des horaires et des compétences entraînant des changements des conditions de travail. La gestion du temps de travail est particulièrement touchée. L'exigence de continuité des soins confrontée à l'absentéisme du personnel est satisfaite par des rappels des personnes, imposant non seulement des horaires variables, mais aussi souvent peu prévisibles. Le secteur vit aussi un vaste mouvement d'organisation du travail en 12 heures. Par ailleurs, la flexibilité passe par une exigence croissante de mutualisation des équipes soignantes et des agents de services hospitaliers.

L'enquête Sumer 2010 donne les informations suivantes : 38 % des répondants du public disent ne pas avoir les mêmes horaires tous les jours contre 35 % du privé. 31 % des répondants du public déclarent vivre des changements indésirables contre 28 % des répondants du privé.

Signalons que les risques de perte d'emploi, réduits dans le public, ne sont pas non plus forts dans le privé à ce jour, même si la baisse des tarifs sur les trois dernières années conduit la Fédération de l'Hospitalisation Privée à annoncer des risques de licenciement.

2.2.5 Autonomie et tensions avec les collègues : des risques plus locaux que structurels

Concernant les deux autres facteurs de risque liés à l'autonomie du travail et aux tensions entre collègues, il est difficile de statuer sur les établissements de soins en général. L'autonomie est plus ou moins importante selon les métiers, même si on sait que les procédures qualité et les outils de gestion en général, encadrent de plus en plus les pratiques des médecins et infirmiers, mais aussi des agents de service hospitaliers et agents administratifs. S'il y a risque, il vient certainement plus d'un assujettissement croissant à ces outils de gestion et exigences contradictoires qu'ils provoquent, plutôt qu'à une autonomie trop importante. Quant aux tensions avec les collègues, les établissements de santé sont globalement des organisations très « diffractées » où les pratiques sont hétérogènes. On peut toutefois faire l'hypothèse que les établissements de santé privés, en particulier ceux appartenant aux groupes, connaissent des variabilités plus faibles, car le souci d'homogénéisation des pratiques de régulation de l'encadrement ou des conflits entre collègues peut apparaître plus fort.

¹⁹ Les Echos Études (2016)- L'avenir du secteur des cliniques privées.

Synthèse partielle.

Finally, les établissements de santé apparaissent comme particulièrement soumis aux facteurs de risques définis par le collège Gollac. La très forte augmentation exigée de la productivité, l'intensification du travail et le sentiment de qualité empêchée et de conflit de valeurs qui en découlent, les changements de structure et d'organisation du travail importants, les exigences de flexibilité des horaires et des compétences sont autant de risques forts, partagés par le secteur public et le secteur privé. Deux points les distinguent. Le risque de rupture du contrat psychologique lié aux écarts entre les valeurs attendues et ce qui est mis en œuvre et le risque lié aux contacts avec le public apparaissent comme plus importants dans le secteur public que dans le secteur privé.

2.3 Le cadre légal et les leviers institutionnels

La politique de prévention des RPS dans le champ de la santé a conduit à la mise en œuvre de 3 types d'actions : des mesures de soutien portées par le régulateur, la prise en compte de la politique de prévention de la QVT par l'établissement dans la certification accordée par la Haute Autorité de Santé, et le cadre légal général.

2.3.1. Des mesures de soutien pilotées par les régulateurs

Depuis 2010, ont été mis en place des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) pour développer une culture de prévention des risques professionnels. Si ces contrats ne sont pas centrés sur les RPS, ils les incluent toutefois. Les financements sont accordés par les agences régionales de santé (ARS). La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a identifié et priorisé des prestations d'assistance-conseil, d'audits, de formation-action en ergonomie, en psychologie du travail, en ingénierie financés par ces contrats.

La caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) gère un **fonds national de prévention des risques professionnels** qui apporte une contribution financière, et des outils méthodologiques aux établissements qui souhaitent engager des actions d'évaluation et de prévention des RPS. Il procède par appel à projets et a, en particulier, lancé un appel à projets entre 2012 et 2014 pour soutenir des actions permettant de mieux identifier et prévenir les facteurs de RPS.

2.3.2 La Qualité de Vie au Travail intégrée au dispositif de certification

La Haute Autorité de Santé (HAS) a travaillé avec L'ANACT à partir de 2010 pour réfléchir à l'intégration de la qualité de vie au travail dans la certification²⁰.

Deux postulats ont été dégagés :

- il est exclu de progresser sur la qualité (ici la sécurité et la qualité des soins) sans s'intéresser au travail lui-même : son organisation, ses contradictions et dilemmes, les conditions de sa mise en débat ;
- il n'y a pas de qualité de vie au travail sans performance de la production (ici de la sécurité et de la qualité des soins).

Elle cherche donc à mettre l'accent sur une interaction forte entre qualité de vie au travail, qualité des soins et performance.

Ce travail a débouché sur l'intégration de la qualité de vie au travail dans la certification des établissements à partir de 2014 (intégration dans le compte qualité de la V2014) à laquelle sont soumis tous les 4 ans les établissements publics et privés. L'investigation en visite n'est pas systématique, elle se fait après analyse du compte qualité dans le rapport écrit.

Le guide de procédure stipule ainsi qu'il s'agit de « *faire valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts* ». ²¹

Il est demandé à la direction de consigner « *la stratégie et le mode de management qu'elle a mis en place pour le développement de l'approche qualité de vie au travail* » et en particulier les politiques et actions visant :

- à mieux accompagner l'encadrement pour promouvoir la qualité de vie au travail ;
- à mieux favoriser et soutenir l'expression des professionnels ;
- à mieux soutenir les professionnels dans leur engagement au quotidien dans le travail, notamment dans la réalisation de leur travail, en cas de confrontation à des difficultés.
- à mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle.

2.3.3 Le cadre légal pour le secteur public et privé. Des principes identiques, des applications un peu différentes.

La protection de la santé et de la sécurité des travailleurs est l'un des rares cas, si ce n'est le seul, où la fonction publique doit appliquer directement la réglementation du Code du travail. Employeurs publics comme employeurs privés sont soumis à l'obligation générale de sécurité et doivent « *prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ».

Ce cadre repose essentiellement, dans la fonction publique hospitalière, sur l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique qui institue l'obligation d'élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS avant fin 2015. Cet accord-cadre fut

²⁰ HAS. (2013). Rapport sur la certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail – Novembre.

²¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

ensuite décliné par l'instruction DGOS du 20 novembre 2014 qui préconise 6 étapes dans cette démarche.

1. Réalisation d'un diagnostic partagé des facteurs de RPS, associant les personnels ainsi que leurs représentants élus au CHSCT. « *Une attention particulière est portée sur l'expérience et le vécu du personnel, l'analyse de l'activité et ce qui détermine son organisation.* »
2. Présentation du diagnostic au CHSCT et sa discussion
3. Intégration du diagnostic au DUERP
4. Élaboration de propositions d'amélioration des situations et leur intégration dans le PAPRI Pact
5. Mise en œuvre des actions concrètes retenues
6. Intégration d'un bilan de la mise en œuvre du plan et des actions engagées dans le bilan HSCT présenté annuellement au CHSCT.

Le calendrier est fixé sur 2014-2015 pour réaliser le diagnostic partagé ainsi que l'élaboration de propositions d'actions pour prévenir les RPS. Sur cette même période, elle institue une formation dédiée à la prévention des risques psychosociaux de deux journées obligatoires pour les membres du CHSCT (à défaut, les membres du CTE, à défaut les délégués du personnel).

Concernant le secteur privé, le cadre réglementaire pour la prévention des risques psychosociaux a connu un tournant à la fin des années 2000 lorsque, d'une part, le sujet est devenu une urgence nationale suite à la vague de suicides notamment chez France Telecom, et, d'autre part, plusieurs directives européennes ont été déclinées dans le droit français.

La prévention relève des textes généraux en vigueur sur la prévention des risques professionnels. L'employeur doit élaborer et tenir à jour un document unique d'évaluation des risques qui recense l'ensemble des risques pour la santé et la sécurité du personnel dans l'entreprise, et notamment les risques psychosociaux (voir articles L.4121 et suivants du Code du travail).

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a introduit dans le droit français deux principaux éléments sur la prévention des risques psychosociaux :

- Introduction de nouveaux articles dans le Code du travail visant le harcèlement moral (articles L.1152-1 à L.1152-6).
- Extension de la responsabilité de l'employeur dans la prévention de la santé non seulement physique, mais également mentale des salariés de l'entreprise.

D'autres textes plus spécifiques sur les risques psychosociaux ont vu le jour ces dernières années et ont permis une plus grande prise en compte de cette thématique dans les organisations :

- Accord national interprofessionnel sur le stress du 2 juillet 2008 (transposition au niveau national de l'accord européen de 2004) qui vise à fournir un cadre aux employeurs et aux travailleurs pour détecter, faire face, éviter et prévenir les problèmes de stress au travail.
- Plan d'urgence sur la prévention des RPS en 2009 mis en place par le ministre du Travail suite à la multiplication des suicides en entreprise qui demandait aux entreprises de plus de 1000 salariés d'ouvrir une négociation sur le stress.
- Accord national interprofessionnel sur la prévention du harcèlement et des violences au travail de 2010 (transposition au niveau national de l'accord européen de 2006)
- Accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle de 2013

Synthèse partielle.

Ainsi, le cadre général d'action est le même dans le secteur public et privé. Le Code du travail stipule que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la santé mentale des travailleurs. Publics et privés partagent les mêmes mesures incitatives, financements possibles de mesures d'amélioration négociés par l'ARS (CLACT), exigence de rendre compte des pratiques d'amélioration de la qualité de vie au travail considérées comme vecteur d'amélioration de la qualité et de la performance (accréditations Haute Autorité de Santé), exigence d'intégration des RPS dans le DUER.

En revanche, du point de vue des établissements, l'activité de prévention du secteur public est encadrée plus strictement par l'obligation d'avoir engagé avant fin 2015 des actions de diagnostic et un plan de prévention des RPS (accord-cadre 2013). L'activité de prévention des établissements privés est encadrée par des accords nationaux pourtant à partir de 2008 sur le stress, puis le harcèlement en 2010 et enfin sur un accord large en 2013 sur la qualité de vie au travail.

2.4 Que nous dit l'enquête conditions de travail sur la prévention ?

Pour compléter ces éléments, nous avons également réalisé un ensemble d'analyses complémentaires pour enrichir notre propos de données plus précises issues de la base de données « Conditions de travail ».

À partir des premières analyses réalisées (cf. annexes), nous avons pu observer l'importance de la taille des établissements sur les variables que nous avons associées aux pratiques de prévention. À partir de ce constat, nous avons réalisé des analyses à la fois sur la base globale des établissements, mais aussi sur ceux d'une taille de + de 500 salariés pour avoir un regard un peu plus précis sur leurs situations de prévention.

Il convient cependant d'indiquer que si l'enquête comporte nombre d'éléments sur la prévention, elle n'incorpore que peu de variables susceptibles de nous éclairer sur les risques psychosociaux. Sur l'ensemble de la base, les analyses à partir de régressions logistiques et d'élaboration d'odds-ratios permettent d'identifier un ensemble d'éléments structurant :

- Les établissements publics ont intégré d'une manière beaucoup plus forte la négociation sur les conditions de travail ;
- Les établissements publics semblent travailler le DUERP d'une manière plus importante ;
- Les établissements publics privilégient l'aide d'acteurs semi-internes (service de santé au travail et médecine du travail) alors que les structures privées s'appuient sur l'ensemble du spectre des conseils en la matière ;
- Les établissements publics ont moins recours à l'audit de cabinets d'expertise ;
- Les établissements publics se distinguent des établissements privés sur la régulation de l'emploi, si le public adopte des modes formalisés de gestion des temps (astreintes, gardes...), le privé lucratif utilise plutôt l'organisation en pool de remplacement.

- Les établissements publics semblent en décalage temporel en matière d'actions de prévention. Les établissements publics sont moins dans la poursuite et la mise en place d'actions de prévention.
- En matière de formation, le secteur public forme moins ses cadres, mais plus aux relations avec les patients et les familles.
- Le secteur public mobilise plus de dispositifs individuels de signalement et de prise en charge.

Émergent ainsi des différences de manière de faire de la prévention. La régulation de l'action de prévention se construit sur de nouvelles modalités. Pour le public, ce n'est plus le temps de la mise en place, mais celui de la gestion. Ce temps de la gestion est celui du travail sur les outils existants (DUERP par exemple), mais aussi de la mobilisation d'acteurs internes susceptibles d'aider l'organisation là où le privé a tendance à mobiliser des compétences normalisatrices externes. Cette gestion organisationnelle s'accompagne dans le public d'ajustements au niveau individuel. La prise en compte de la prévention semble plus large dans le privé, un ajustement plus souple du personnel aux contraintes de l'activité et un accent mis sur le management alors que le privé se focalise sur les relations avec patients et familles.

Chapitre 3. Prolégomènes à l'analyse transversale. La perception des risques psychosociaux par les acteurs du secteur hospitalier

Nous mobilisons dans ce chapitre une première série de données monographiques, périphériques aux actions de prévention qui nous montre comment les acteurs posent le problème des RPS dans les établissements rencontrés. Si le constat de la montée des souffrances psychosociales est partagé entre acteurs en général et entre établissements publics et privés en particulier, en revanche le cadre de compréhension des risques associés à ces souffrances fait encore largement débat.

3.1 Des constats partagés : absentéisme, violence, usure et management

Les difficultés des établissements posent des problèmes qui affectent l'exercice quotidien de l'activité de soin. Ils sont à la fois soumis à un fort absentéisme, mais aussi à des violences qui usent les personnels.

3.1.1 La souffrance approchée avant tout par l'absentéisme par les directions

Le premier constat partagé est celui d'organisations qui abritent des souffrances au travail importantes. Au niveau de l'établissement, c'est-à-dire des directions générales et fonctionnelles, l'absentéisme est à la fois sa manifestation la plus perceptible et ce qui incite à prendre des actions de prévention.

« Les RPS ne vont pas se manifester forcément par un arrêt de travail intitulé stress. Mais quand vous avez un service où brusquement vous vous avez un taux d'absentéisme de 30, 40 %, et que vous apprenez que tout le monde s'enguirlande dans le service, là vous êtes dans les RPS. » (Directeur de H4).

Ainsi, le projet d'établissement 2013-2017 de l'hôpital H1 analyse différentes causes de l'absentéisme et souligne, entre autres, le poids des risques psychosociaux. De même à H4, le plan d'action mis en place par la direction pour prévenir les RPS comprend un groupe de travail sur l'absentéisme. Même lorsque le taux d'absentéisme est relativement bas comme c'est le cas à H3, il fait partie des indicateurs de la politique de prévention des RPS mis en place par l'établissement.

L'absentéisme figure bien dans les trois premières motivations à développer la prévention des risques professionnels pour les établissements de santé, qu'ils soient privés ou publics dans les résultats de l'enquête Conditions de travail 2013.

Les différents acteurs s'accordent à dire que l'absentéisme génère une spirale infernale : le sous-effectif chronique produit de l'absentéisme qui lui-même entraîne du sous-effectif. Il devient alors le symptôme de l'usure provoquée par l'institution, comme le raconte cette cadre de santé :

« Je pense qu'on use. Quand on a quelqu'un qui a déjà des soucis de santé, qui revient d'un arrêt maladie et que malheureusement, ping, elle revient le jour où il y a beaucoup d'activités parce qu'on a des absents et que c'est quelqu'un de très pro qui va s'occuper des patients sans se soucier

de son souci à elle, le lendemain elle nous appelle en disant j'ai eu mal toute la nuit et ce n'est pas possible, je ne peux pas. On sait pertinemment qu'on l'a fait travailler en sous-effectif. » (Cadre de santé, H4).

Les taux d'absentéisme observés dans les établissements de l'échantillon s'échelonnent eux entre 6 % et 8,6 %. Ici, c'est dans l'établissement privé lucratif que le taux apparaît le plus élevé. La disparité des modes de calcul de ces taux appelle à la plus grande prudence dans leur comparaison. D'une façon générale, les statistiques nationales montrent que les taux d'absentéisme sont deux à trois fois supérieurs dans la fonction publique hospitalière que dans les autres secteurs de l'économie²². D'après une étude réalisée par Sofaxis²³, le taux d'absentéisme dans les établissements hospitaliers a atteint 13 % en 2015. Et la situation a tendance à se dégrader puisqu'en cinq ans, la croissance de l'absentéisme serait de 19 % toutes natures d'arrêts confondues. En revanche, selon l'équipe de L. Brami et al. (2014) le taux d'absentéisme des cliniques et hôpitaux privés était inférieur à 5 % en 2010 contre une fourchette de 9 % à 14 % pour les établissements publics. Un autre chiffre²⁴, réalisé à partir de l'analyse des bilans sociaux publiée par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) et d'autres données provenant de la Fédération hospitalière privée (FHP), indique au contraire des taux équivalents, de l'ordre de 7,48 % pour un échantillon de 30 CHU et 6,7 % pour les établissements privés.

Le taux d'absentéisme dans les établissements de l'échantillon (2014)

H1	H2	H3	H4	HPNL	HPL
Non renseigné +1 pt/moyenne nationale	6,1 %	6 %	7 %	6,4 %	8,6 %

Source : hospi.diag

3.1.2 D'autres symptômes perceptibles par les acteurs

À ces éléments visibles s'ajoute un ensemble de faits plus disparates : prescriptions de médicaments « *pour tenir* », collègues « *qui fondent en larmes* », qui « *ne peuvent plus travailler* » sans être forcément absentes. Les médecins du travail racontent l'augmentation du nombre de visites de personnes qui semblent « *à bout* » soit pour des raisons strictement personnelles, soit par synergies négatives entre des conditions de travail et des problèmes personnels, économiques, conjugaux ou de logement. Les délégués syndicaux racontent eux aussi le nombre croissant de personnes qui viennent les voir individuellement et craquent, ce qui fait dire à certains d'entre eux, que c'est dur, qu'ils n'en peuvent plus d'être des éponges à toute cette souffrance (délégué syndical, H 3). Si les mots utilisés pour décrire cette « détresse » passagère ou structurelle peuvent varier, ils ont en commun de nommer les symptômes plutôt que les risques ou les causes. On note aussi la récurrence de l'utilisation d'expressions générales qui mettent à

²² Brami L., Damart S., Detchessahar M., Devigne M., Habib J., Kletz F., Krohmer C. (2014), *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*, Presses des Mines, collection Économie et Gestion.

²³ Sofaxis (2016), *Regard sur les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers en 2015*.

²⁴ IFRAP (2016), *Hôpitaux : le palmarès de l'absentéisme*, [www.ifrap.org /emploi-et-politiques sociales/hopitaux-le-palmares-de-labsenteisme](http://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/hopitaux-le-palmares-de-labsenteisme)

distance la violence de certaines situations (comme les suicides mentionnés dans quatre de nos six établissements, en plus des tentatives évoquées) : sont alors évoqués les « événements » qualifiés de graves, d'aigus ou de difficiles... Le terme conflit revient souvent pour décrire la violence plus ou moins larvée des relations de travail à l'hôpital, que ce soit entre collègues, avec la hiérarchie ou encore avec les patients et leurs familles.

3.1.3 Accords sur trois risques principaux

Les acteurs s'accordent aussi *a minima* pour évoquer trois types de RPS : la pression psychologique et physique des patients, l'usure professionnelle et des problèmes de management d'équipe. Tous les trois renvoient à trois 3 facteurs mis en avant par le rapport Gollac : les exigences émotionnelles, l'intensité du travail et le soutien social. Dans ce dernier cas, la question des problèmes de management d'équipe recouvrant à la fois les problèmes relationnels avec l'encadrement et un déficit de management conduisant au non-règlement des difficultés.

Les difficultés engendrées par la relation aux patients ne sont pas nouvelles à l'hôpital comme nous l'avons dit en introduction. Les risques mentionnés dépassent toutefois ici les difficultés considérées comme « normales », au cœur des métiers de « la prise en charge » pour désigner « l'anormalité » de la violence. Les acteurs rencontrés s'accordent sur l'idée que la violence verbale et physique des patients et de leurs familles est de plus en plus importante. De phénomènes rares et généralement cantonnés aux urgences, cette violence se diffuse dans l'ensemble des services, tout en montant en intensité au fil du temps.

Un exemple de situation « consensuelle » racontée dans un des établissements le décrit très bien.

La violence des patients

C'est un cas de violence poussée à son paroxysme. Un patient d'abord détenu puis libéré souffre d'insuffisance rénale chronique et vient dans le service trois fois par semaine pour les soins dont il a besoin. Il adopte un comportement agressif parfois violent et menace régulièrement de mort le personnel soignant. Une plainte a été déposée, ce qui pose des problèmes déontologiques aux médecins. « *Il a été accueilli à la sortie du service par la police et condamné, mais... prison ou pas, il est chez nous.* » (DRH) Une formation sur la communication a été imposée à tout le personnel du service. « *La formation elle est très bien, on apprend beaucoup de choses sur la manière de communiquer en non verbal, après quand le patient il a été vraiment violent ou qu'il nous a menacés de mort, c'est compliqué (...).* » (Une infirmière) Les personnels soignants tentent de s'arranger entre eux, mais se sentent démunis par l'ampleur de la difficulté. « *À un moment donné, tout le monde a des griefs. Tu peux exercer ton droit de retrait cette fois-là et la fois d'après on t'y remettra...* » (une infirmière) Une psychologue a été envoyée dans le service « *mais elle n'est pas passée longtemps puis c'était un peu tard, tout le monde était résigné* ». L'équipe prend le relais de la prise en charge de la situation, « *à un moment on faisait des staffs réguliers juste sur lui, tous les jours on se réunissait. À un moment donné, on a dit arrêtons, on le voit déjà 3 fois par semaine, si en plus quand il n'est pas là on en parle, on s'en sort plus, donc on a un peu stoppé parce que c'était trop* ». Un infirmier a toutefois demandé à passer de nuit pour ne plus être en contact avec ce patient et une autre infirmière du service nous confie s'interroger aujourd'hui sur sa capacité à continuer à travailler dans ce service où par ailleurs, elle considère

ses conditions de travail plutôt bonnes, apprécie l'équipe et le travail collectif.

Le deuxième facteur se rapporte à l'usure professionnelle, qu'elle soit émotionnelle ou physique.

« On tient, on tient et puis paf, un matin, on se rend compte qu'on ne peut plus. On a une collègue qui ne peut plus franchir les portes de l'hôpital... On n'avait rien vu avant et elle peut être non plus. » (Une infirmière, H3).

« J'ai des collègues usées, qui ne peuvent plus faire les nuits, qui ne peuvent plus porter de charges, qui souffrent physiquement. Et quand on ne peut plus faire son boulot, qu'on risque d'être reconvertie dans l'administratif, on se dit à quoi bon, tout perd son sens... » (Une aide-soignante, H2).

À côté de ces facteurs de risques « historiques » (les relations aux patients) et « biens connus et documentés » (l'usure professionnelle), les acteurs s'accordent pour désigner un troisième type de risque plus récemment reconnu comme tel : le déficit de management, qu'il soit absent et/ou qu'il dysfonctionne. Sont ici particulièrement visées les cadres d'unités qui ne jouent pas leur rôle de cadre, ou celles, plus rares, qui abusent de leur autorité. Une situation racontée par plusieurs interlocuteurs du même établissement illustre ce risque, en même temps qu'elle souligne la difficulté d'y faire face.

Un problème de management

Le cas du service social implique la cadre de ce service, une assistante sociale et le reste de l'équipe, huit personnes au total. La direction a pris connaissance de la situation grâce à un courrier des assistantes sociales faisant état de problèmes avec la cadre. L'assistante sociale qui a porté la « dénonciation » est aujourd'hui en arrêt maladie. Le problème n'a pas été posé pendant longtemps, car, « c'était une cadre qui pouvait être très violente dans ses propos (cette grosse vache, cette garce) et puis le lendemain très proche de certaines, donc ça a été très compliqué de faire la démarche d'aller dénoncer. Et il a fallu attendre que certaines soient en arrêt pour comprendre que c'était plus tenable. » (Une assistante sociale). Une assistante sociale, très proche de la cadre, et donc en conflit avec le reste de l'équipe, est partie en détachement dans l'armée (!). La résolution du problème exige des déplacements de personnes. « Quand vous avez des situations tellement enkystées, la solution c'est soit vous faites bouger le cadre du service, soit vous le rétrogradez et le mettez au même niveau que les autres... C'est ce qu'on a fait parce qu'on n'a pas le choix. » (Ingénieur risque). Une cadre supérieure de santé a été désignée cadre du service social en plus d'autres fonctions, car personne dans l'équipe ne voulait devenir cadre (et faire la formation nécessaire), ce qui n'est pas satisfaisant à long terme. La cadre rétrogradée est aujourd'hui en arrêt maladie. À son retour, il a été décidé de lui affecter le personnel, car c'est un poste qui limite les interactions avec les autres. L'assistante sociale jusqu'alors sur ce poste dit : « quand elle va revenir, elle va reprendre mon demi-poste d'assistante sociale du personnel, ce qui ne me convient pas. Je suis contractuelle (en CDD de 3 mois renouvelés), si j'étais titulaire je pense que j'essaierais de me battre pour garder mon poste, mais je vois bien que pour le bien-être des filles, c'est quand même ce qui est le plus acceptable, qu'elle puisse être à l'écart ». Le représentant CHSCT CGT dit : « On est pourtant sur le terrain, on n'a eu aucun écho pendant 4

ans... et puis il y a eu menace de pendaison, de suicide. »

3.1.4 Le cas spécifique des déménagements

Les situations spécifiques de déménagement sont aussi considérées comme à risques. Elles représentent des changements majeurs qui sont susceptibles de provoquer des changements de repères et surchargent les individus en efforts d'adaptation, mais surtout sont susceptibles de provoquer tout un tas de facteurs freins au « bien travaillé ». Les hôpitaux H3 et H4 ont tous les deux vécu des déménagements importants et récents. À H3, le déménagement s'est plutôt bien passé, il a été préparé avec soins, en impliquant les équipes.

« J'ai plusieurs cadres supérieures de santé anciennes que j'avais interviewées, qui me disaient, vous verrez au bout de trois ou six mois du déménagement, paf, tous les arrêts de travail qui... Moi je trouve que pour l'instant, on s'en sort bien, donc je me dis que voilà, les choses sont assez posées, les choses se disent, on a fait des réunions de service aussi pour parler de l'organisation du fonctionnement du service. » (Cadre, H3).

Toutefois, même dans ce contexte plutôt favorable, les secrétaires médicales ont connu des problèmes importants, générant de l'absentéisme lié à de nouvelles conditions physiques de travail très dégradées (locaux trop petits, non éclairés par la lumière naturelle, très grande proximité...). Ce problème d'aménagement des locaux s'ajoute aux difficultés d'une profession en tension où les absences sont difficiles à remplacer, car les compétences très spécifiques.

À l'hôpital H4, l'ampleur des bouleversements couplée au rejet de certains changements a engendré une vague de tensions au sein de l'établissement qui s'est notamment matérialisée par une recrudescence de l'absentéisme. Face à ces éléments, la direction a dû agir sans délai et mettre en place, sans attendre les résultats de l'enquête en cours sur les RPS, des groupes de travail pour « accompagner le processus de changement dans le nouveau bâtiment.

3.1.5 Au-delà des paramédicaux, les administratifs et les médecins

Nos interlocuteurs ajoutent le constat que le personnel soignant paramédical n'est pas le seul touché. Les administratifs et en particulier les secrétaires médicales et les agents des bureaux des entrées sont particulièrement vulnérables ainsi qu'un nombre croissant de médecins.

L'organisation est donc bien un facteur de risque tout autant que le métier.

Par ailleurs, au regard des situations racontées, on peut émettre l'hypothèse que les situations « périphériques » ne sont pas plus vulnérables que les autres. Nous entendons par périphérie, des métiers qui ne sont pas ceux du soin et qui ne bénéficient alors pas de mesures de préventions propres à la profession ou qui ne se situent pas géographiquement dans les locaux principaux et qui bénéficient donc moins de relations sociales informelles permettant de tirer des sonnettes d'alarme ou d'être alerté par l'anormalité de la solution.

Par ailleurs, bien entendu, les risques font système et les cas de situations graves rencontrées sont toujours l'objet d'un ensemble de facteurs, y compris liées à l'organisation.

3.2 Des controverses sur la manière de nommer les problèmes

Si certaines situations particulières font consensus sur le fait qu'il s'agit bien de situations à « RPS », ce terme fait tout de même largement l'objet de controverses.

Précisons d'abord que cette dénomination reste réservée aux initiés de la prévention des risques, la direction, l'ingénieur qualité et risques, les préventeurs, la médecine du travail, les représentants au CHSCT et certains cadres. Pour bon nombre d'autres salariés de l'hôpital, ce terme ne renvoie à rien de particulier.

« RPS ? Je ne comprends pas trop ce que ça signifie. Le risque de voir un décès ? » (Infirmière, H3).

« J'ai été trouver le cadre pour savoir ce que ça voulait dire, je ne me rappelle plus. » (aide-soignante, HPL).

Les membres des directions rencontrés se partagent entre ceux qui acceptent ce terme et ceux qui en cherchent un autre, soit parce qu'ils dénoncent l'utilisation « abusive » faite par d'autres — notamment les syndicats —, soit parce qu'ils le trouvent trop négatif. Ainsi des membres de la direction de l'hôpital H2 ne reconnaissent pas la légitimité des acteurs à l'utiliser.

« Les agents disent je suis en burn-out pour tout et n'importe quoi. Il y a du mal-être au travail partout. » (Ingénieur risque). Ou encore « je suis réticent sur le terme parce qu'il ne veut pas dire grand-chose. Il fait partie des termes qui sont agités comme ça, à tort et à travers. Il est beaucoup utilisé, notamment par les organisations syndicales qui s'en sont emparées sans toujours avoir un lien avec la réalité. » (DRH H2).

Ce discours est repris mot pour mot par le directeur de l'établissement privé lucratif HPL

« Après je pense que il faut garder un peu de mesure dans le domaine parce que comme toujours il y a des effets de mode qui s'ajoutent à ce qui est le sens réel des choses. Et les effets de mode ils n'ont jamais des effets positifs. On va parler de risques psychosociaux pour tout et n'importe quoi et du burn-out alors que simplement on est fatigué. Donc je pense qu'il faut ramener les choses à leur mesure, pour moi il y a risque psychosocial avéré quand il y a souffrance objectivée. C'est-à-dire qu'à un moment donné on a besoin de voir un médecin. » (DR HPL).

Il en est de même pour certains délégués syndicaux *« les RPS c'est quoi ? Le terme, il est moche comme tout. C'est l'humain qui est en détresse, c'est l'agent sur le terrain qui ne peut pas faire son travail dans les meilleures conditions possible. Je ne veux pas parler de RPS. » (Hôpital T).*

La controverse s'amplifie lorsqu'on traite de la légitimité même à faire des « RPS » un champ d'action à part entière, singulier. Si certains définissent leurs spécificités par *« des risques à l'articulation de l'individuel et du collectif » (DRH, H1)*, ou d'une manière plus cynique par *« ce sur quoi on peut agir quand on ne peut pas agir sur les moyens » (infirmière préventrice, H1)*, ou justifient leur existence propre *« puisqu'on voit bien qu'à conditions de travail équivalentes, tout le monde ne réagit pas pareil » (délégué CFDT)*, de nombreux acteurs considèrent que les RPS sont indissociables des conditions de travail. Ils dénoncent alors l'arbre dont la fonction est de cacher la forêt. Des délégués syndicaux rappellent alors que *« toutes les mesures RPS ne feront*

rien contre l'épuisement au travail », des médecins du travail parlent de la « grand-messe des RPS » (H2), qui leur fait perdre de leur crédibilité (H1) et même des DRH trouvent « qu'en matière de RPS, on finit par buter sur les moyens ». S'en suivent des comportements de contestation, mais plus encore de retraits des comités de pilotage associés aux démarches entreprises et des groupes de travail ou de lenteur dans la diffusion de l'information et dans la mise en œuvre d'actions.

Certains acteurs, essentiellement de la direction, du privé (HPNL, HL) comme du public (H1, H2), disent alors préférer le terme qualité de vie au travail, à la fois plus positif et sur lequel il est possible d'agir.

« RPS, c'est une vision trop défensive. » (DRH H2).

« Je vais être beaucoup plus à l'aise sur la qualité de vie au travail que sur le RPS. Alors pourquoi, je ne sais pas... Parce qu'en fait, la qualité de vie au travail pour moi, c'est quelque chose de concret. Et je dirais que la qualité de vie au travail est un élément qui me permet de réduire sans doute les RPS. Et je trouve que le RPS a été beaucoup... travesti, je veux dire par les médias, par tout ce qu'on entend au niveau de... mes supérieurs et aujourd'hui, beaucoup de salariés utilisent le mot RPS sans savoir ce que ça veut dire. » (DRH, HPL).

Ce terme renvoie toutefois aux mêmes débats et en particulier sur son sens au regard de ce qui est considéré comme les réels déterminants de la qualité de vie au travail : l'intensité du travail.

« Oui, la qualité de vie au travail. Moi je suis persuadé que quelqu'un qui se sent bien au travail est plus efficace, ça c'est clair. Mais comment on peut faire ? Je crois que c'est ça qui est un peu compliqué. Dans nos 12h, à part soigner dans ces 12h qui sont déjà énormément occupés comment on fait pour être bien au travail ? » (Cadre HPNL).

Les risques psychosociaux apparaissent donc comme un objet discuté et débattu, dont les enjeux divisent, et qui ne fait consensus qu'auprès de ceux qui sont les plus proches du traitement de ces risques.

Finalement, nous repérons 3 manières de délimiter le sens donné aux RPS selon que les individus le relient aux causes ou aux actions de préventions possibles, en postulant que plus on s'éloigne du cœur du travail, plus on s'éloigne des causes profondes, mais plus on retrouve des marges de manœuvre.

Les RPS naissent du cœur du travail, des conditions de travail et de la relation de soins. Il est inutile d'agir si on ne touche pas aux conditions de travail, voire à son organisation. Cette approche est plutôt portée par les syndicats et les médecins du travail.

Les RPS se situent « autour du travail » et sont en particulier causés par le management, les relations entre les individus, la conciliation vie au travail et hors travail, à l'interface entre l'individu et l'organisation. Ces domaines apparaissent accessibles à l'action. Cette approche est plutôt portée par les « initiés » aux RPS, DRH, préventeurs...

Les RPS sont potentiellement partout et méritent une attention de tous les instants qui passent éventuellement par des actions plus quotidiennes.

Synthèse du chapitre 3.

Finalement, nous ne repérons pas de différences entre établissements publics et privés, ni dans la manière de percevoir le phénomène, ni dans l'identification des causes, ni dans la manière de débattre de son sens et de sa légitimité. Le problème est partagé. Sa manifestation la plus visible et la plus dérangeante pour les directions est l'absentéisme. Les autres acteurs le perçoivent aussi à travers les comportements et les expressions de souffrance. Les conditions de travail, et en particulier son intensification ainsi que le management, sa forme comme son déficit, sont perçues comme facteurs de risque par les acteurs du public comme du privé. Les relations aux patients sont-elles, plutôt mentionnées par les salariés des établissements publics comme nous en avons fait l'hypothèse dans le chapitre 2. La légitimité à la fois du terme et de la nature des actions déployées fait en revanche débat dans tous les établissements. Pour les uns, représentants du personnel, médecine du travail, mais aussi certains DRH, les RPS étant produites par les conditions de travail, toute forme d'action qui ne s'y attaque pas est peu légitime parce que vaine. Pour les autres, ingénieurs et infirmiers en prévention des risques, infirmiers et certains DRH la prévention des RPS doit justement s'attaquer aux risques qui se déploient autour du travail sans le toucher, sorte de poche de réserve d'actions de limitation des RPS. Par ailleurs, en accord avec l'évolution nationale, certaines directions font la promotion d'une substitution des termes RPS pour une approche QVT, à la fois plus positive et donnant lieu à des actions à spectre plus large. Plus on s'éloigne du travail, plus la capacité d'action grandit, mais moins elles touchent aux causes profondes. De cet effet ciseau découle la plus ou moins grande légitimité accordée au terme et aux actions qui s'y rattachent. Notons qu'au-delà du clivage expliqué par les différences de rôles, il est notable que tous les interlocuteurs peuvent basculer au cours des entretiens d'une position à une autre montrant ainsi une forte ambivalence dans la manière dont il convient de poser les problèmes et les solutions.

Chapitre 4. Les déterminants de l'action pour la prévention des risques psychosociaux

4.1 Perspective historique : les temps de l'action, de 2009 à nos jours

4.1.1 2009-2012 : La première vague autour des risques psychosociaux

Le début des années 2000 marque l'apparition progressive du concept de risques psychosociaux et son inscription parallèle dans les impératifs légaux de prévention des risques professionnels (avec notamment l'extension de la responsabilité juridique de l'employeur à la prévention de la santé mentale des salariés). Mais il faut attendre la fin de cette décennie et la médiatisation de la vague de suicides, chez France Télécoms et Renault notamment, pour que le gouvernement l'érige en priorité publique. Des politiques de prévention dédiées aux risques psychosociaux commencent alors à s'engager dans les établissements.

La première expérience en la matière rencontrée dans les six établissements étudiés découle précisément du plan d'urgence pour la prévention des risques psychosociaux mis en place par le ministre du Travail en octobre 2009 demandant aux entreprises de plus de 1 000 salariés d'ouvrir une négociation sur le stress à partir d'un diagnostic partagé avant le 1^{er} février 2010 et menaçant de publier sur internet la liste des entreprises où ces négociations n'auraient pas abouti. Le ministre du Travail souhaite ainsi accélérer l'application dans les entreprises de l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail signé en 2008 (suivi en 2010 de la signature d'un accord national interprofessionnel sur le harcèlement et les violences au travail, tous deux en application de directives européennes antérieures).

Plus précisément, l'établissement privé étudié (HPL) n'a pas été directement concerné par cette mesure, mais c'est le groupe auquel il appartient qu'il l'a mise partiellement en œuvre. Ce groupe, leader du secteur privé de la santé à but lucratif en France, qui compte plus de 20 000 salariés, est visé par la nouvelle obligation et doit donc se saisir de la question. Dans le but de préparer la négociation, une enquête sur les risques psychosociaux est menée en 2010 auprès de sept établissements pilotes sous la forme d'un questionnaire ainsi que d'entretiens individuels et collectifs. La négociation n'aboutira pas. D'une part, l'obligation gouvernementale est supprimée entre-temps (sous la pression des organisations patronales...), d'autre part le groupe estime que *« cela ne fait pas sens, que ce n'était pas une bonne façon d'aborder les choses, les RPS étant une conséquence, un symptôme parmi d'autres. »* (Directrice du développement RH au niveau du Groupe, HPL). Enfin, la direction constate que ce n'est pas un sujet simple à partager avec les syndicats, *« un terrain sensible, souvent instrumentalisé par les syndicats et les CHSCT »*.

La seconde expérience est lancée en 2010 dans l'établissement privé à but non lucratif (HPNL) sous une forte impulsion syndicale. Les représentants du personnel de l'établissement se présentent en effet comme les initiateurs de l'enquête RPS déclenchée en 2010. Parmi leurs motivations, il y avait la volonté d'objectiver des *« évènements »* qui se produisaient au sein du groupe hospitalier et pour lesquels ils avaient le sentiment de ne pas être entendus par leur direction : *« quand on parle avec la direction, on a toujours l'impression qu'on ne parle que de cas, qu'on exagère. Et on s'est dit cette étude va nous permettre de leur montrer. »* (Représentant du

personnel, HPNL). Cette enquête, menée sous un pilotage paritaire avec la direction, a été confiée à un cabinet d'expertise proposé par l'organisation syndicale majoritaire et proche de celle-ci. Elle s'est déroulée selon le schéma classique questionnaire/entretiens collectifs et individuels et a débouché sur la mise en place d'une commission risques psychosociaux chargée de mettre en place des plans d'action dans chaque établissement du groupe hospitalier.

Au même moment, un des établissements publics étudiés (H3) s'engage dans une démarche de prévention des risques psychosociaux sous l'impulsion de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et en bénéficiant de l'aide de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT), organisme de Sécurité sociale à compétence régionale, dont l'intervention semble avoir été décisive et appréciée de tous (à l'exception notable des syndicats qui se plaignent de ne pas l'avoir rencontrée). Pour leur part, les représentants du personnel pensent avoir joué un rôle déterminant dans le lancement de cette démarche, suite à des formations dispensées sur le thème par leurs syndicats. Une enquête a donc été menée en 2010/2011, complétée d'une enquête spécifique sur les cadres en 2011. Depuis lors, un comité de pilotage pour la qualité de la vie au travail et la prévention des risques psychosociaux a été constitué. Fait notable, il s'agit du seul établissement de notre échantillon dont la situation financière est « confortable » (rapport de la chambre régionale des comptes de 2015). Ses résultats sont régulièrement excédentaires et la chambre régionale des comptes note que pour développer son activité, l'établissement recrute de façon volontariste et pratique des politiques de remplacement, d'avancement et de versement de primes « généreuses ».

4.1.2 2013-2015 : La seconde vague et l'évolution vers la qualité de vie au travail

Une deuxième vague de démarches débute en 2013. C'est le cas d'un autre des établissements publics étudiés (H1) qui met le sujet à l'ordre du jour de son projet d'établissement en 2013, suite à un audit financé à titre expérimental par l'Agence Régionale de Santé. Cet audit avait pointé un taux d'absentéisme en hausse et supérieur à la moyenne nationale trouvant sa source notamment dans le poids des risques psychosociaux. Le projet d'établissement prévoit alors un plan de prévention impulsé par l'ARS et financé par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH, organisme paritaire collecteur agréé de fonds de formation pour la fonction publique hospitalière). Ce plan débute par la réalisation d'une enquête sur les risques psychosociaux menée auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement par un cabinet de conseil externe. Il s'accompagne ensuite de la constitution d'un comité de pilotage et débouche notamment sur la mise en place de formations.

Les établissements publics n'ayant pas encore lancé de démarches sur la prévention des risques psychosociaux à l'hôpital se trouvent rattrapés par les injonctions ministérielles puisqu'en octobre 2013 l'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique institue l'obligation d'élaborer un plan d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux avant la fin 2015. L'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS, rattachée au Ministère de la Santé) du 20 novembre 2014 précise les modalités de déploiement de ce plan national d'action pour la prévention des RPS pour la fonction publique hospitalière.

De fait, les deux établissements publics étudiés restants (H2 et H4) entament leur démarche de prévention des RPS en 2014. Pour l'un d'entre eux (H2), il semblerait qu'elle fait suite à des

demandes anciennes des syndicats qui n'ont abouti que lorsqu'elles sont entrées en résonance avec les injonctions des autorités de tutelle et notamment l'intégration de la dimension « qualité de vie au travail » au processus de certification réalisé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Un groupe de travail « RPS et qualité de vie » a donc été mis en place et a été formé sur les RPS avant de se réorienter sur la qualité de vie au travail, sur laquelle il devrait à nouveau être formé.

Il s'avère qu'à cette époque, le « concept » RPS est en effet en passe d'être supplanté par celui de la qualité de vie au travail (QVT). 2013 est marqué notamment par la signature de l'accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle, auquel, par exemple, le gestionnaire qualité/risques de l'hôpital H2 se réfère très clairement : *« Donc une des problématiques phare depuis maintenant 2 ans, c'est la mise en place d'un groupe de travail sur les RPS. Et maintenant, depuis peu, sur la qualité de vie au travail parce qu'on en entend parler de plus en plus. (On veut) agrandir le spectre RPS et qualité de vie au travail, par rapport à l'accord national qui est paru donc en 2013, par rapport à la certification des établissements qui nous demande aujourd'hui d'avoir une démarche qualité de vie au travail. »* (Gestionnaire qualité/risques, H2).

Cette évolution est sensible et se traduit, par exemple, dans l'hôpital privé à but non lucratif (HPNL) par une inflexion de la démarche engagée sur les risques psychosociaux vers le concept de « bien-être au travail » avec la signature en 2013 d'un accord d'entreprise pour la « mise en œuvre d'une démarche bien-être au travail ».

L'influence de la certification par la Haute Autorité de Santé est prégnante dans notre établissement privé à but lucratif (HPL), qui, mis à part une démarche inaboutie engagée en 2012 par une responsable de soin qui, dans le cadre d'une formation pour devenir DRH, avait pris l'établissement pour terrain d'étude pour son mémoire de stage consacré aux risques psychosociaux, structure principalement son dispositif d'action autour de la QVT nécessaire à l'obtention de la certification HAS : *« La commande émane de l'HAS, c'est-à-dire qu'ils nous ont demandé ce qu'on appelle un compte qualité, c'est d'évaluer les risques prioritaires dans chaque secteur de soins et nous, dans les services de soins — parce que je suis responsable que de la qualité des services de soins —, on avait mis en évidence ce risque d'interruption des tâches. On avait mis en évidence aussi d'autres risques comme la relation médecin-soignant qui peut être parfois conflictuelle, sur laquelle il fallait qu'on travaille, c'était un choix. Et du coup comme c'est un risque qu'on a défini, c'est un risque sur lequel on a été évalué pendant la certification, donc un risque où on a mis en place un plan d'action. »* (Adjoint à la directrice des soins, HPL).

L'hôpital public H4 lance quant à lui sa démarche de prévention des risques psychosociaux en 2014 par la mise en place d'un comité de pilotage dédié et la réalisation d'une enquête par questionnaire puis par entretiens collectifs confiée à un cabinet de conseil externe.

4.1.3 2016 : Entre enlisement et professionnalisation

Aujourd'hui, les comités de pilotage institués se sont pour la plupart essoufflés et une partie des démarches engagées semblent s'être en partie enlisées. C'est notamment le constat fait par les médecins du travail de l'hôpital H3 : *« Alors il se passe des choses, on s'est rendu compte qu'il y avait des choses qui se passaient et puis un an ou deux ans après et ben les choses, elles sont*

revenues au point initial. Sur du long terme, c'est difficile de changer... et les organisations et les mentalités... et les comportements. » (Médecins du travail, H3).

Parallèlement, et presque paradoxalement, on assiste dans un même mouvement à une forme de professionnalisation de la démarche de prévention des risques psychosociaux. C'est le cas par exemple dans l'hôpital H1 où une préventrice a été nommée en 2015. Pour le DRH de l'établissement, cette désignation permet de répondre aux demandes de l'Agence régionale de santé et constitue un point important pour la certification. La cadre de santé désignée préventrice a été formée via un diplôme universitaire (DU) en risques psychosociaux et doit normalement consacrer 20 % de son temps à cette fonction. La mission qui lui a été donnée est « *de se mettre en conformité avec la réglementation* ». Plus précisément, elle doit « *animer des ateliers dont l'objectif est d'alimenter très précisément le document unique sur les risques psychosociaux qui sont peu identifiés ou négligés, d'aboutir à l'élaboration d'une charte managériale qui là aussi serait portée à la connaissance de l'ensemble des agents de l'établissement, y compris des cadres.* » (DRH, H1).

La mise sur l'établi de l'intégration des risques psychosociaux au Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) est également à l'ordre du jour dans l'hôpital privé à but lucratif (HPL), qui envisage par ailleurs le lancement d'une enquête sur les risques psychosociaux en 2017, dans le cadre d'une action initiée par le groupe.

D'autres établissements prévoient de mettre à jour leurs audits qui se fondent alors parfois dans des baromètres sociaux généralistes. C'est le cas dans l'établissement privé non lucratif (HPNL) où un audit social triennal, remodelé en 2014, intègre trois thématiques qui recoupent dans leurs enjeux ou dans leur formulation la problématique des risques psychosociaux (« Bien-être au travail — Travail en équipe — Conditions de travail ») et grâce auquel on apprend que 81 % des répondants (taux de réponse inférieur à 50 %) trouvent que leur métier les rend heureux bien que 57 % des mêmes estiment n'être pas reconnus dans leur travail.

Pour les établissements les plus récemment impliqués dans les démarches de prévention des RPS, l'heure est encore au déploiement des premiers plans d'action (hôpital public H4 par exemple).

Pour les plus anciennement engagés, des retours d'expérience sont réalisés, le plus souvent de façon informelle, et peuvent infléchir la nature des interventions. C'est le cas à l'hôpital H3 par exemple où la DRH se pose des questions sur l'efficacité des dispositifs. Elle constate que l'identification du problème suffit parfois pour que le cadre le prenne en charge, rendant inutile le reste de la démarche. Elle rapporte aussi qu'il faut 6 mois entre l'identification d'un problème et le lancement de la démarche et qu'entre temps, les problèmes ont parfois été résolus. Elle n'est par ailleurs pas certaine que les difficultés rencontrées soient correctement qualifiées. Qu'est-ce qui est de l'ordre de la qualité de vie au travail et des RPS ? Mais plus généralement, elle se demande si ces démarches ne ratent pas leur cible : « *Moi je suis vraiment perplexe, je vois... enfin je vous l'avoue, j'étais très enthousiaste au début, je me suis dit c'est un bel outil, on peut y consacrer du temps, mais maintenant je me pose la question de savoir qu'est-ce qu'on en attend. Je suis d'accord avec la CGT, il y a une forme d'instrumentalisation. C'est difficile de lui donner un contenu aujourd'hui je trouve, dans nos... dans nos démarches. On mène des démarches RPS sur des secteurs un peu ciblés, mais aujourd'hui je sais un peu quelles seraient les catégories socioprofessionnelles qui nécessiteraient vraiment une démarche, le management. Je pense que*

c'est la catégorie socioprofessionnelle qui aujourd'hui est la plus en proie à des injonctions paradoxales, mais ça arrange tout le monde de ne pas trop y toucher. » (DRH, H3).

Synthèse partielle.

De la première vague initiée à la fin des années 2000 suite à la mobilisation nationale autour des risques psychosociaux à l'intégration tardive de ces mêmes risques au document unique d'évaluation des risques professionnels qui démarre tout juste en 2016, les établissements hospitaliers étudiés ont entamé leurs démarches de prévention des risques psychosociaux à des époques distinctes qui influencent leur terminologie et leur approche, de la « souffrance au travail » à la qualité de vie au travail », mais qui semblent toutes s'essouffler dans le temps.

4.2 Les porteurs de l'action

4.2.1 Des directions diversement impliquées

La manière dont les directions des hôpitaux s'organisent pour porter la politique de prévention des risques psychosociaux est très variable d'un établissement à un autre, car très dépendante des rotations de personnel plus ou moins gérées au sein de ces directions.

L'influence du profil du directeur de l'hôpital

Parfois, c'est l'arrivée d'un nouveau directeur au sein de l'établissement qui pourra constituer un des moteurs de la démarche. C'est le cas dans l'hôpital public H4, où le changement de direction opéré en 2013 après vingt-deux ans de stabilité à la tête de l'hôpital a clairement apporté le souffle nécessaire au lancement de l'action. D'autant plus que le nouveau directeur s'avère personnellement sensibilisé aux risques psychosociaux de par la profession de sa compagne et qu'il a déjà déployé des initiatives similaires dans le précédent établissement qu'il dirigeait.

On peut aussi citer le cas de l'hôpital H2 où le directeur général en poste depuis 2 ans (sensiblement la période de lancement de la démarche de prévention des RPS sur l'établissement) a un parcours d'infirmier pendant vingt ans, suite à quoi il a occupé des postes de direction (directeur des soins puis DRH). Il est donc considéré comme « *comprenant les professionnels* » et l'on peut penser que son profil particulier a certainement marqué la démarche.

Autre hôpital (H3), autre profil atypique : le directeur, en poste depuis 8 ans, a quitté le corps des directeurs d'hôpitaux après un début de carrière comme chef d'établissement, pour rejoindre une chambre régionale des comptes, puis il a été successivement directeur d'une agence régionale de santé, détaché à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère de la Santé et employé à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Sa connaissance fine de l'environnement institutionnel, ce qui lui permet parfois selon ses dires de « *contourner la ligne* », n'est certainement pas sans rapport avec le fait que cet établissement est dans une situation

économique favorable, dispose sans doute de marges de manœuvre plus importantes et fait partie des précurseurs de notre échantillon dans le déploiement des politiques de prévention des RPS.

Le rôle central des directions des ressources humaines

Le plus souvent, la direction des ressources humaines est au centre des dispositifs déployés, car elle préside souvent le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), instance de représentation du personnel au centre de la prévention des risques professionnels.

On le constate dans le groupe hospitalier privé à but non lucratif (HPNL) où l'ensemble des dispositifs attachés aux RPS, à la QVT ou au bien-être au travail sont pilotés exclusivement par le DRH groupe. C'est donc une démarche intégrée au niveau du groupe qui se déploie sur ses différents établissements.

L'autre groupe privé étudié, à but lucratif celui-là (HPL) connaît une situation différente. Les dispositifs sont bien gérés par la DRH, mais deux politiques de prévention des RPS cohabitent, l'une au niveau de l'établissement et l'autre au niveau du groupe. Ceci s'explique bien sûr par la taille du groupe, sans commune mesure avec celle du groupe privé à but non lucratif (plus de 15 000 lits répartis sur 115 établissements contre moins de 600 lits répartis sur 4 établissements), mais mérite qu'on s'y arrête, car la façon dont interagissent les dimensions établissement et groupe n'est pas sans intérêt.

Le poids du groupe dans la politique de prévention d'un établissement

Dans l'hôpital privé à but lucratif étudié (HPL), la politique de prévention des risques psychosociaux est le fruit d'interférences entre des prescriptions venant du groupe auquel il appartient, qui possède une centaine d'établissements, et des initiatives prises au niveau de l'établissement.

La directrice du développement RH en charge de ces questions au niveau du groupe expose la nécessité d'accompagner les établissements sur ce sujet :

Appui en termes d'expertise pour construire et exploiter les indicateurs, tels que le taux d'absentéisme ou le taux de turnover, moyens affectés sur des actions estampillées « qualité de vie au travail », comme la création de 22 crèches, formation de sensibilisation aux RPS pour les CHSCT et les managers par des cabinets externes référencés au niveau du groupe, « parcours management », soit 14 jours de formation imposée aux huit cents managers du groupe pour développer leur compréhension du modèle économique et du système de gestion, celle-ci étant censée permettre de mieux vivre son travail et ses contraintes.

Mais il s'avère que le groupe intervient également dans la politique de prévention des établissements par prescription :

Défiance vis-à-vis des enquêtes RPS qui ne sont réalisées que lorsqu'ils sont sommés de le faire par le CHSCT ou l'inspecteur du travail. De fait, à date, l'établissement HPL, hors l'enquête menée dans le cadre de son stage par la responsable des soins, aucune enquête sur les RPS n'a été

réalisée, à l'inverse des autres établissements étudiés.

Consigne donnée au consultant diligenté par le groupe pour réaliser le document unique d'évaluation des risques professionnels de ne pas prendre en compte les RPS malgré les attentes du personnel et même les interpellations des DRH des établissements.

Contrôle assez rapproché en cas d'alerte RPS : l'établissement doit alors systématiquement informer le groupe, qui « *selon le niveau de maturité de l'établissement sur le sujet* », décidera si l'établissement peut gérer seul ou s'il intervient.

La marge de manœuvre des établissements sur la politique de prévention des RPS s'avère donc restreinte, le groupe pouvant imposer de ne pas traiter du sujet ou au contraire d'en traiter dans un certain cadre défini par lui. Elle n'en demeure pas moins réelle comme nous le montre l'exemple de cette décision du groupe (supprimer le pool de remplacement) sur laquelle il est revenu un an plus tard suite aux tensions provoquées, comme nous le raconte une représentante du personnel : « *il y a eu un moment où le groupe avait imposé à la direction de supprimer ce pool de remplacement parce que ça leur paraissait peut-être un peu superflu [...]. Il y a eu presque une année où ça a été très difficile, alors là du coup les gens étaient épuisés parce qu'on les rappelait sans arrêt [...] Là on s'est aperçu qu'il manquait cruellement et que c'était absolument ingérable [...] Et enfin, la direction a réussi à obtenir du groupe de réintroduire ce pool de remplacement.* »

La place secondaire de la direction des soins

De façon plus exceptionnelle, un cas sur les six établissements étudiés, c'est la direction des soins qui anime le dispositif de prévention des risques psychosociaux. Mais, à l'hôpital H4 où c'est le cas, cela semble plus être le fait de circonstances (carence et instabilité sur le poste de DRH pendant un an) que d'un choix stratégique. La DRH de H3 déplore d'ailleurs que le pilote des démarches de prévention des RPS ne soit pas la direction générale des soins puisque celles-ci impliquent très souvent l'encadrement de proximité. Mais ce n'est pas le cas pour le moment dans cet hôpital, peut-être à cause du fort turnover de la direction des soins qu'il connaît.

La relative absence des médecins

Enfin, un seul établissement (H4) paraît impliquer un médecin (chef de Pôle et présidente de la Commission Médicale d'Établissement) dans le pilotage des RPS (semble-t-il sous l'impulsion de la directrice des soins en charge de l'animation des dispositifs de prévention des RPS). D'une façon générale, les médecins semblent largement en retrait des dispositifs déployés bien qu'ils soient évidemment potentiellement concernés, parce qu'ils peuvent eux-mêmes être exposés à des risques psychosociaux comme l'a douloureusement rappelé le suicide sur son lieu de travail d'un médecin de l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris ; mais aussi parce qu'ils sont souvent aussi partie prenante de facteurs de risques psychosociaux qui ont trait aux conflits de travail qui peuvent naître entre équipes médicales et équipes soignantes ou au déficit de reconnaissance manifesté à certaines catégories de personnel (les aides-soignantes en particulier). Ceci pour les hôpitaux publics. La

question ne se pose pas dans les établissements privés à but lucratif où les médecins exercent en libéraux et ne sont donc nullement impliqués dans la gestion de l'hôpital, que ce soit pour la prévention des RPS ou pour autre chose.

Synthèse partielle.

Si l'implication des directions d'hôpitaux et la fonction du porteur de projet varient selon les établissements étudiés, on constate qu'au final, la prévention des risques psychosociaux ne fait pas l'objet d'un pilotage stratégique. Elle est d'ailleurs rarement mentionnée dans les projets d'établissement. La comparaison public/privé ne donne pas lieu à des différences notables sur l'échantillon, si ce n'est que les directions d'hôpitaux privés ne viennent pas forcément du secteur de la santé et ont donc tendance à importer des pratiques issues d'autres secteurs.-

4.2.2 Des services qualité en manque de légitimité

De la qualité dans l'industrie à la qualité de vie au travail

Si les démarches d'amélioration des soins existent de longue date dans les hôpitaux, à savoir régler les problèmes, en intégrant les innovations thérapeutiques et en améliorant l'organisation de l'activité, ce n'est qu'à la fin des années 90, sous l'impulsion d'une demande de transparence et de rationalisation des coûts de la part des pouvoirs publics (cf. ordonnance de 1996 créant l'obligation d'accréditation, devenue par la suite la certification), que sont formalisées les démarches et services qualité. Transposée d'une démarche existante dans l'industrie, la démarche qualité dans les établissements de soins répond à cette définition adaptée par l'Organisation Mondiale de la Santé : « *aptitude des établissements de santé à dispenser, dans le respect de la sécurité sanitaire et de la satisfaction du patient, l'ensemble des prestations de soins que l'usager est en droit d'attendre, compte tenu de l'état de la science médicale, et qui lui assureront le meilleur résultat en termes de santé, au meilleur coût pour la collectivité.* » Dans les hôpitaux, la qualité est définie tant par rapport à des critères de satisfaction des clients que par référence à des exigences de pratiques professionnelles et suit les exigences successives des procédures de certification (de la première version de 1999 à la 4e en cours depuis 2014 intégrant la notion de qualité de vie au travail).

Enjeu de santé publique, enjeu organisationnel, enjeu financier, la qualité doit répondre à des normes que l'hôpital doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel et intègre la vigilance dans un certain nombre de domaines, tels que pharmacovigilance, hémovigilance, biovigilance, nosovigilance, matériovigilance, etc.

Ces enjeux font que les services qualité sont souvent partie prenante, voire responsables de l'évaluation des risques physiques pour les personnels hospitaliers, car ils recouvrent une partie de leurs champs d'intervention (risques chimiques et biologiques par exemple).

Par glissement, les responsables qualité s'occupent donc parfois également de l'évaluation et de la prévention des risques psychosociaux.

Des gestionnaires qualité pas assez équipés pour la prévention des risques psychosociaux

C'est le cas, par exemple, dans l'établissement H2 où le gestionnaire qualité/risque est au centre du dispositif de prévention des risques professionnels. Pour compléter ses compétences « qualité » acquises dans un précédent poste dans l'industrie automobile, il a passé un diplôme universitaire (DU) en prévention des risques professionnels. Il définit (et semble imposer sa définition) les RPS comme la nécessité de prendre en charge les problèmes de collectifs de travail qui produisent du mal-être, de l'absentéisme, des départs et qui se situent à l'articulation de problèmes d'organisation (et souvent de management) et d'accompagnement individuel. Le gestionnaire qualité insiste sur la difficulté à traiter de la spécificité de la démarche RPS qui exige d'articuler l'approche organisationnelle et individuelle. Pour lui, les acteurs de la prévention ne sont pas équipés pour le faire : la médecine du travail n'est en mesure de proposer à l'hôpital des outils d'alertes et d'informations uniquement sur des situations collectives, les psychologues du travail ne savent faire que de l'accompagnement individuel et les cabinets de conseil extérieurs restent eux, au contraire, centrés sur la dimension organisationnelle. Dans ces conditions, le gestionnaire qualité se plaint du manque d'appui dont il bénéficie pour mener sa mission, qu'ils soient internes ou externes. Il regrette par exemple de n'avoir vu quelqu'un de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) qu'une seule fois.

Dans l'établissement H3, le responsable qualité/risque joue un rôle d'animateur dans un contexte où les différentes parties prenantes sont soucieuses d'interagir et où le directeur estime qu'il peut se détacher du sujet « *à partir du moment où les choses se passent bien* ». Le responsable qualité/risque prend donc en charge le suivi des RPS et son rôle s'accroît au fur et à mesure que la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) se retirent du dispositif qu'elle a contribué à mettre en place. Ce transfert de compétences est d'ailleurs critiqué par les représentants syndicaux qui s'interrogent sur le fait qu'un subordonné de la direction puisse s'occuper des RPS alors même que cela implique entre autres d'alerter ou de dénoncer des situations critiques : « *Il le fait bien, c'n'est pas lui le problème, le problème c'est la déontologie de ce que c'est qu'une analyse RPS.* »

Un travail restreint à la question de la certification

Enfin, dans l'hôpital privé (HPL), l'adjoint à la direction des soins, en charge de la qualité au niveau des soins, joue un rôle principalement parce que les actions engagées à date le sont principalement dans le cadre de la certification par la Haute Autorité de Santé, dont il a la charge. Il s'est occupé d'établir la cartographie des risques dans ce cadre et d'y associer un plan d'action pour répondre aux impératifs de certification : « *La commande émane de l'HAS, c'est-à-dire qu'ils nous ont demandé ce qu'on appelle un compte qualité, c'est d'évaluer les risques prioritaires dans chaque secteur de soins et nous, dans les services de soins — parce que je suis responsable que de la qualité des services de soins —, on avait mis en évidence ce risque d'interruption des tâches. On avait mis en évidence aussi d'autres risques comme la relation médecin soignant qui peut être parfois conflictuelle, sur laquelle il fallait qu'on travaille, c'était un choix. Et du coup comme c'est un risque qu'on a défini, c'est un risque sur lequel on a été évalué pendant la certification, donc un risque où on a mis en place un plan d'action.* » (Adjoint à la direction des soins, HPL). Pour un

exemple concret d'action mise en place suite à l'identification d'un risque pour le réduire : « on avait pris en cause le risque d'interruption des tâches qui crée un stress chez les professionnels, donc derrière il y avait un plan d'action qui a été mis en place [...] Alors par exemple en ambulatoire, dans les fiches de poste, on a redéfini qui et à quel moment on prenait les téléphones pour éviter que les filles soient interrompues dans leur tâche par le téléphone qui sonne. »

Mais la DRH de l'établissement distingue le travail pris en charge par le responsable qualité dans le cadre de la certification de la prévention des RPS dont elle pilote le déploiement dans l'établissement en lien avec le CHSCT : « la cartographie des risques de la qualité de vie au travail a une incidence évidemment sur la prévention des RPS. Mais la Qualité n'intervient qu'à ce niveau-là, sur la méthodologie en fait. Mais elle intervient pas sur les réunions que j'avais pour le CHSCT. »

Dans les autres établissements étudiés, les services qualité sont le plus souvent présents dans les comités de pilotage pour la prévention des RPS, mais ne nous ont pas été présentés comme ayant un rôle moteur dans les dispositifs.

Un seul des six établissements étudiés (H1) a nommé une préventrice dédiée aux risques psychosociaux en affectant 20 % du temps d'une cadre de santé à cette fonction. Installée depuis peu (2015), elle reste pour l'instant très circonspecte sur son pouvoir d'action : « Je suis à 20 % sur la prévention des risques, je n'ai pas de bureau, je travaille dans mon service, donc dérangée... il y a des services qui sont en réelle souffrance, ça j'en suis certaine, mais est-ce qu'on va m'autoriser à aller gratter ? (...). C'est pour ça que je vous dis on répond à une demande de l'ARS, de l'ANFH, voilà, on a rempli une case pour moi voilà. L'ARS demande pour une certification qu'il faut qu'il y ait un préventeur... la qualité de vie au travail donc hop on l'a... mais concrètement pour l'instant, je ne fais rien. »

Synthèse partielle.

Les services qualité jouent donc un rôle indéniable, mais pas central dans la prévention des risques psychosociaux en milieu hospitalier. On leur en délègue la gestion si le dispositif est déjà opérationnel ou parce que rien ne concourt à ce qu'il soit mis en place ou encore parce qu'il se limite à l'approche qualité de vie au travail de la certification. Manquant de formation sur la prévention des risques professionnels (soit parce qu'ils sont un profil de type « ingénieur industriel », soit parce qu'ils sont issus des professions de soin), perçus comme très dépendants de la direction, leur légitimité à prendre en charge la prévention des RPS est loin de faire l'unanimité.

4.2.3 Des médecins du travail qui peinent à coordonner leurs actions aux démarches formelles d'établissement

Une présence importante assortie d'une forme d'impuissance

Les médecins du travail, bien représentés dans les établissements hospitaliers (près de 80 % des hôpitaux de plus de 500 salariés possèdent un service autonome de médecine du travail), constituent également des partenaires incontournables de la politique de prévention des RPS. Leur position extérieure à l'organisation hospitalière qui leur confère une relative indépendance en fait tout à la fois des observateurs précieux et des confesseurs potentiels de la souffrance ressentie par les personnels. Mais elle les condamne aussi le plus souvent à ne pas avoir beaucoup de prise pour infléchir les politiques mises en place. Ce dont témoignent par exemple les médecins du travail de l'établissement H3 : *« Nous, on essaye d'aller dans les réunions institutionnelles, c'est-à-dire justement sur les risques psychosociaux, les CHSCT, les bureaux des risques, on essaye d'être présentes les unes et les autres partout dans ce genre de choses parce que on estime que ben c'est notre rôle hein, et puis ça nous permet de savoir ce qu'il se passe dans l'hôpital. Après, sur... les solutions, on donne les idées, mais on n'a pas d'action sur la solution. »* Les médecins du travail se trouvent souvent confrontés au manque de ressources pour mettre en place des solutions, comme l'explique celle de l'hôpital H2, ce qui les place parfois en situation délicate : *« Oui, parce que quand on fait des visites CHSCT, que nous déplaçons dans un service parce qu'on sait qu'il y a un problème, donc c'est moi qui ai signalé un problème, c'est les délégués du personnel, bon peu importe. Et qu'il est clairement expliqué qu'il manque une infirmière et 2 aides-soignantes, et qu'on leur envoie une aide-soignante avec plein de restrictions médicales qui est donc sur un poste aménagé. Moi, ça me met dans une position après très difficile. »*

Des baromètres de la santé au travail

Hors des visites de contrôle obligatoires, les visites spontanées des agents peuvent constituer un bon baromètre de la santé au travail dans l'établissement, tant par leur nombre que par ce qui motive les personnels à effectuer cette démarche. Parfois, c'est la direction qui demande au médecin du travail de rencontrer un salarié qu'elle estime être en difficulté. Ce que raconte un médecin du travail de H3 : *« J'ai eu là, il n'y a pas très longtemps, un coup de fil du directeur des affaires médicales qui était inquiet pour un praticien et qui m'a demandé si on pouvait le rencontrer. »* Et de poursuivre d'un ton ironique : *« C'est très pratique... on aime d'autant plus qu'on a en général beaucoup de solutions... On a n'a qu'à choisir ! »* Les représentants du personnel peuvent aussi être pourvoyeurs de visites médicales, car face à un salarié en détresse, c'est un conseil qu'ils donneront couramment. Mais les relations entre médecins du travail et organisations syndicales ne sont pas toujours constructives, la coopération entre ces acteurs n'étant pas acquise.

Sortir du colloque singulier pour mieux intervenir sur les collectifs de travail

Les médecins du travail ne s'en tiennent pas au colloque singulier salarié-médecin, mais tentent d'intervenir sur les collectifs de travail. Leur rôle pourra constituer notamment à interpréter les ressentis individuels qui leur sont livrés en consultation pour faire émerger une source relationnelle ou organisationnelle dans un service par exemple : « *Quand on voit un ou deux agents qui individuellement nous font des retours que ça se passe mal, on dit : ben demandez à nous rencontrer de façon collective. Et on a, à certains moments, eu des collectifs de travail, les sages-femmes sont venues nous voir, on a eu des personnels, des techniciennes de laboratoire et là, on a des rencontres avec 10/12 personnes qui viennent toutes... ce n'est pas une seule personne qui est venue se plaindre... On a un collectif de travail qui vient faire part de difficultés. Et là nous c'est plus facile de pointer par exemple qu'avec le médecin ça se passe mal. Quand... on est dans l'individuel, ça pose problème. C'est trop stigmatisant, enfin... Et on les rencontre ici, dans notre service... Elles souhaitent souvent que ce soit fait en dehors de la présence des cadres. Après à nous de savoir comment on renvoie à la personne concernée les difficultés qu'il génère, c'est là où ce n'est pas toujours facile hein, mais bon après on essaye de dire des choses, mais... » (Médecins du travail, H3).*

Même si, dans d'autres cas, comme dans l'hôpital H2, c'est précisément la difficulté des médecins du travail et des psychologues à sortir des relations individuelles avec les agents qui est critiquée par les autres acteurs. Le gestionnaire qualité/risques souligne la limite d'intervention des psychologues du travail et des médecins du travail, centrés sur la relation individuelle. Pour la secrétaire du CHSCT, le secret médical est effectivement une pierre d'achoppement qui a donné lieu à de vives discussions : « *On n'a pas réussi à leur faire prendre conscience que si elles voyaient 4 personnes du même service monter en exprimant des choses fortes, qu'elles devaient alerter, pas forcément les représentants du personnel, mais au moins la direction, et qu'on puisse intervenir. »*

La dérive vers l'assistantat social

Les médecins du travail se trouvent de plus en plus souvent confrontés aux difficultés sociales des personnels qui les laissent démunies. Les problèmes de santé au travail sont de plus en plus articulés avec les problèmes sociaux, en particulier chez les femmes agentes des services hospitaliers (ASH) ou aides-soignantes. Cette « souffrance sociale » n'est pas à proprement parler nouvelle, mais s'amplifie et a été rapportée dans tous les établissements. Agir sur les postes de travail pour permettre de concilier le travail et la situation de familles monoparentales par exemple peut alors faire partie du champ d'intervention de la médecine du travail : « *Quand vous avez une femme qui laisse trois enfants tout seuls chez elle pendant qu'elle est au travail, vous croyez qu'elle est au travail ? Comment croyez-vous qu'elle termine sa journée ? On en parle à la médecine du travail, à la DRH... après ils font ce qu'ils peuvent... en fonction des postes disponibles. Ça crée des sentiments d'injustice... C'est difficile... » (H3).*

La critique de la politique de prévention des risques psychosociaux

Parfois, les médecins et psychologues du travail se retirent des dispositifs formels de prévention des risques psychosociaux ne se reconnaissant pas dans les méthodologies déployées : « *on voyait des grosses usines à gaz, à remplir plein d'indicateurs très quantitatifs qui pour nous ne sont pas du tout représentatifs du mal-être qu'on peut retrouver au travail... remplir des tableaux, des indicateurs... L'absentéisme oui, mais bon ce n'est pas le seul critère. Par rapport au temps qu'on a nous dans l'institution, clairement on ne pouvait pas prendre en charge ça...* » (Psychologue du travail, H2).

Certains médecins du travail pourront eux dénoncer l'écart entre les discours et l'action sur la réalité du travail en fustigeant le manque de volonté de modifier les organisations du travail : « *on fait des enquêtes, mais ensuite sur le terrain, il ne se passe rien. Si on veut travailler sur les RPS, il faut avant tout travailler sur les organisations du travail et former les cadres de manières très pratico pratique* », (Médecin du travail, H1) ou les contraintes économiques délétères : « *l'injonction de devoir faire toujours plus avec des moyens constants fragilise beaucoup de gens, quelle que soit leur catégorie, médecin compris.* » (Psychologue du travail, H2).

4.2.4 Des CHSCT et des organisations syndicales ambivalents

Dans l'ensemble des établissements étudiés, la place des représentants du personnel pose question. Les discours à ce sujet sont le plus souvent contradictoires selon le point de vue de chaque catégorie d'acteurs : une direction nous assure que la démarche est consensuelle, paritaire et que les organisations syndicales sont parties prenantes ; alors que ces dernières assurent en être exclues et récusent les résultats et/ou les méthodes et/ou les plans d'action décidés. Un seul établissement, l'hôpital privé non lucratif a négocié et signé un accord relevant de ce champ (un accord d'une démarche de bien-être au travail pour être précis).

Une forte implantation des CHSCT dans le secteur hospitalier

En matière de santé au travail, la fonction publique hospitalière a un statut particulier, puisque depuis la loi du 4 août 1955, elle se voit appliquer les dispositions du Code du travail, mis à part quelques spécificités. De fait, alors que la fonction publique d'État et la fonction publique territoriale auront dû attendre l'application des accords de Bercy sur la rénovation du dialogue social dans la fonction publique signés en 2008, pour mettre en place des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), la fonction publique hospitalière abrite ces instances de représentation du personnel depuis les années 80 en application des lois Auroux.

L'enquête Conditions de travail 2013 confirme que les CHSCT sont bien implantés dans les établissements hospitaliers — 91 % des établissements du secteur hospitalier en possèdent un — y compris, et de façon plus surprenante, dans les établissements de moins de 50 employés où l'instance, non obligatoire, est tout de même présente à 43 %. Les CHSCT des établissements hospitaliers paraissent être des instances qui vivent puisqu'ils se sont réunis 4 fois ou plus dans les

12 derniers mois pour 78 % des établissements (et pour 92 % des établissements de plus de 500 employés).

Des acteurs centraux de la prévention des risques professionnels

De par leur fonction et leurs missions, les représentants du personnel, en particulier au CHSCT, mais pas seulement, sont des acteurs importants de la prévention des risques professionnels. Les membres du CHSCT, dont la mission est de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, représentent les salariés pour toutes les questions relatives à la santé et à la sécurité au travail. Si le CHSCT n'a pas de réels pouvoirs décisionnels en la matière, la responsabilité pleine et entière demeurant à l'employeur, il n'est pas seulement une instance consultative. Il exerce une activité de veille et de surveillance (respect de la réglementation et des conditions de travail) et dispose de capacités d'interventions (inspections, enquêtes, expertises externes, droit d'alerte) et de propositions (analyses, actions de prévention, formation à la sécurité).

De fait, de par leurs prérogatives traditionnelles, les représentants du personnel au CHSCT peuvent être des acteurs de l'évaluation et de la prévention des RPS. Par exemple, lors des visites d'inspection devant être effectuées régulièrement auprès des salariés aux postes de travail, des situations d'exposition aux RPS pourront être révélées. Le délégué syndical de l'hôpital H2 met ainsi l'accent sur les visites CHSCT sans faire toutefois de lien explicite avec les groupes et les visites RPS. Le service visité est choisi par les syndicats en fonction des remontées du terrain. Le CHSCT fait une visite en 2 temps ; d'abord avec les seuls agents, ensuite avec les cadres et les médecins. Puis le CHSCT statue sur le service. Cela peut déboucher sur un audit du service, avec au besoin mandatement d'un expert externe (le plus souvent lié à un syndicat) par le CHSCT. Ce fut le cas par exemple suite une visite du CHSCT au service d'imagerie médicale où les agents avaient parlé de maltraitance institutionnelle, de manque de cohésion, d'épuisement notamment dû à l'augmentation de l'activité.

Une sensibilisation accrue aux risques psychosociaux

Les représentants du personnel et organisations syndicales prêtent dorénavant une attention plus particulière aux risques psychosociaux. Cela peut faire suite à des formations reçues dans le cadre du CHSCT. La représentante du personnel de l'hôpital privé (HPL) insiste sur le rôle du CHSCT, dont les représentants du personnel ont été particulièrement sensibilisés aux risques psychosociaux lors de leur formation de prise de mandat : « *la formatrice a insisté pour dire que c'était un sujet dont on devait s'emparer* ». Mais c'est aussi le fruit de sensibilisations via les organisations syndicales (au niveau fédéral ou territorial). Une déléguée syndicale de l'établissement H2 reconnaît prêter une plus grande attention aux RPS, non pas pour transformer tout problème en RPS, mais parce qu'ils invitent à prendre en compte différents aspects des conditions de travail : « *Avant, les risques psychosociaux on ne devait pas en parler. Maintenant, y compris nous, dans nos permanences, dans les instances, on travaille beaucoup plus là-dessus. Quand on va voir les gens, on leur dit on n'est pas simplement là pour savoir combien vous êtes et combien vous avez d'heures sup, mais quels sont vos risques, et professionnels, en termes*

d'ergonomie, en termes de matériel, en termes d'organisation, mais aussi en termes de risques psychosociaux ? Est-ce que vous avez par exemple une difficulté vis-à-vis de votre patientèle ? » Pour certains représentants syndicaux, les RPS et les conditions de travail sont indissociables. Parler des premiers nécessite de parler des seconds (Représentants syndicaux, H3).

La difficulté d'agir sur le mal-être des salariés

Les représentants du personnel et les organisations syndicales font souvent office de réceptacles de la souffrance et du mal-être des salariés. Les manifestations des risques psychosociaux leur parviennent alors par le biais de problèmes individuels, le plus souvent liés à des phénomènes d'épuisement professionnel ou à des cas de harcèlement moral. Une représentante du personnel de l'établissement privé HPL nous explique que dans ce cas, ils tentent « *faire le tour de la problématique* » par des discussions avec les salariés, puis ils alertent la DRH et en cas de besoin, activent les moyens des instances représentatives du personnel (réunion de CHSCT ou de délégués du personnel, enquête du CHSCT). Dans ce travail, les représentants du personnel sont confrontés à deux enjeux principaux :

- ✓ Démêler les causes personnelles et professionnelles, la direction ramenant souvent l'origine des problèmes à la vie privée des personnels : « *Alors des fois, quand on alerte, on nous dit : ah oui, mais nous, mais on... enfin, ils insistent beaucoup en disant : mais oui, il y a la composante personnelle vous voyez. Mais c'est vrai, je pense que c'est en partie lié en plus. Dans ce problème-là, il y a... les deux... sphères sont... liées hein. C'est-à-dire que le travail va avoir une répercussion sur la vie personnelle, la vie personnelle sur le travail et des fois, on sait plus où est l'origine en fait, c'est très très difficile. Mais forcément, le travail y est aussi pour quelque chose, enfin il n'y a pas que...* » (Représentante du personnel, HPL)
- ✓ Rechercher au-delà des cas individuels s'il y a des causes organisationnelles au problème soulevé : « *C'est des gens qui vont nous faire part de difficultés. Alors souvent certains viennent discuter personnel et puis en fait on s'aperçoit en faisant... parce que quand quelqu'un vient nous voir on fait un peu... une étude, un état des lieux, et on s'aperçoit souvent que... il y a des interactions et qu'un problème personnel des fois révèle un problème plus général dans un service, dans une organisation du travail ou des choses comme ça vous voyez ?* » (Représentante du personnel, HPL)

Les délégués syndicaux de l'établissement H3 estiment qu'ils sont informés en continu des difficultés des agents ou des services. Dans la pratique, ils sont en contact régulier avec la médecine du travail, passent dans les services et reçoivent beaucoup de salariés individuellement. Ils voient la DRH en rendez-vous toutes les 6 semaines pour parler des situations particulières et l'alertent dès lors qu'il y a un nombre d'arrêts maladie jugé « anormal ».

Le CHSCT, une instance où on enterre les problèmes ?

Une déléguée syndicale de l'hôpital H2 regrette que sur le sujet spécifique des RPS, la direction ne soit pas assez à leur écoute et surtout pas assez réactive : « *y'a des services où on a alerté, en disant là on a une équipe qui est épuisée, les compteurs sont en train d'exploser, y'a des arrêts*

maladie, on a des agents qui sont allés à la médecine du travail exprimer qu'ils étaient en souffrance, qu'il y avait des conflits entre eux qui étaient pas gérés, une fois, deux fois, dix fois. Sauf que après quand ça explose, c'est un peu tard. »

Dans l'hôpital privé non lucratif (HPNL), malgré les différentes actions qu'ils ont pu impulser – enquête RPS, accord bien-être au travail, psychologue – les représentants du personnel ne voient pas dans le CHSCT une instance qui permette de lutter contre les RPS : « *Au niveau du CHS ce qui les intéresse c'est surtout des choses concrètes, organisationnelles, la plainte qui a été remise, voilà la porte qui ne marche pas. Après les RPS c'est évident que c'est un sujet tabou.* » À cela s'ajoute, pour certains élus, la complexité intrinsèque de la question des RPS : « *il faut aller chercher beaucoup de choses dessous quand on ne sait pas l'attitude de la direction qui aime bien les choses bien réglées. C'est un peu plus compliqué il y a un travail de fond à faire.* » Et de déplorer l'absence d'outils de suivi mis à leur disposition, notamment pour suivre les RPS : « *On n'a pas de pourcentage, on n'a pas de tableau on n'a pas d'indicateur. On n'a pas de machin alors si après on nous demande d'étudier la charte du travail je trouve que c'est un peu grotesque.* »

Le CHSCT est donc perçu comme une institution destinée à enterrer les problèmes : « *je ne vais pas dire qu'on ne fonctionne pas bien, je vais seulement dire que limite si on n'arrive pas à noyer le poisson, à tourner autour du pot de certaines choses. Et que quand on demande quelque chose, c'est traîné dans le temps, la direction n'apporte peu ou rarement une réponse à notre demande [...]* ». Dans ce contexte, les élus estiment qu'au CHSCT, « *on ne parle plus des RPS parce que ce n'est même pas entendu.* »

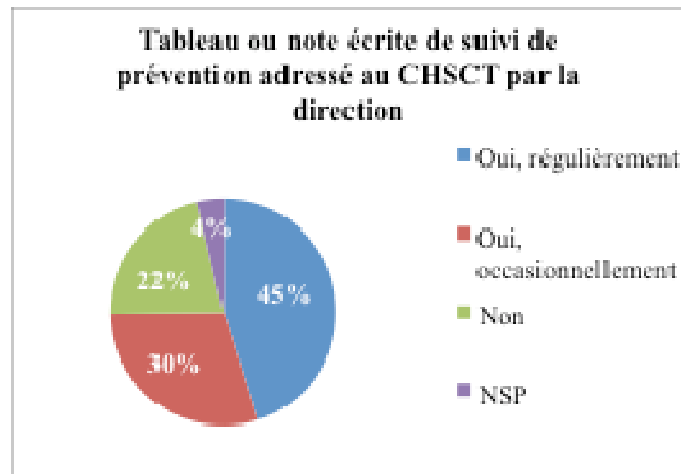
Une légitimité à conquérir

Dans l'hôpital H4, la direction nous a présenté le CHSCT comme partie prenante de la démarche de prévention des RPS, alors que les représentants du personnel estimaient de leur côté ne pas avoir été intégrés au dispositif, voire avoir été mis délibérément de côté. Cela s'inscrit dans une perspective plus générale où le CHSCT doit sans cesse s'imposer comme un acteur des conditions de travail, car sa légitimité à s'en occuper est loin d'être toujours évidente pour la direction :

- ✓ Soit parce que cette association ne leur est pas naturelle : « *Ce n'était pas du tout dans la mentalité à l'hôpital, il y a des années de rendre des comptes au CHSCT, jamais jamais jamais. On avait très très peu d'informations et moi qui y suis depuis un an je me rends compte qu'il y a un boulot monstrueux à faire parce que les directeurs, ils font, mais ils ne voient pas pourquoi ils devraient nous en informer, donc c'est à nous un peu de nous imposer et en disant, attendez là on parle de conditions de travail, on parle d'hygiène, on parle de sécurité, il faut qu'on soit au courant.* » (Représentant syndical, H4).
- ✓ Soit parce qu'il chercherait délibérément à l'éviter ne voulant pas répondre à certaines demandes : « *Donc les groupes de travail aujourd'hui, si on veut pas nous inviter, on ne nous en parle surtout pas et quand on nous en parle si on peut éviter d'y être sincèrement, il y a certains directeurs ou encadrants qui seraient ravis, parce qu'ils savent pertinemment qu'on va poser des questions que le personnel leur pose et auxquelles ils n'ont pas envie de répondre, parce que ça va impliquer des dépenses, des dépenses en matériel, des dépenses en personnel, or eux ils veulent pas dépenser de sous, ça ils nous*

l'ont expliqué, ils nous l'ont dit, ils nous le répètent, ils ne veulent pas. » (Représentant syndical, H4).

La difficulté à obtenir les informations et à les exploiter



*Champ : Établissement du secteur hospitalier (privé et public),
+ de 500 effectifs
Source : Enquête Condition de travail 2013*

La transmission des informations au CHSCT semble problématique. L'enquête Conditions de travail nous apprend que dans seulement 45 % des établissements de plus de 500 effectifs, une note est régulièrement transmise au CHSCT sur le suivi de la prévention des risques professionnels. Le témoignage de la secrétaire du CHSCT de l'hôpital H4 nous apprend que disposer des informations dont il a besoin est l'objet d'une lutte permanente pour le CHSCT. Ce fut le cas par exemple pour la transmission des résultats de l'enquête sur les RPS menée par un cabinet extérieur. Dans un premier temps, la direction n'avait transmis au CHSCT qu'une courte synthèse d'une page et demie réalisée par la DRH et c'est seulement après insistance du CHSCT qu'ils ont pu obtenir le rapport complet du consultant. Autre exemple, la transmission des fiches d'évènements indésirables dont une partie implique directement les conditions de travail des agents a été aussi l'objet d'une bataille pour ce CHSCT : *« Et donc le secrétaire du CHSCT en 2014, mon collègue demande une première fois en disant voilà, il y a des fiches d'évènement indésirable, on sait qu'elles arrivent au niveau de la cellule qualité, qu'est-ce qu'elles deviennent après ? (...) Nous en tant que membres du CHSCT on doit pouvoir avoir accès à ça, pour pouvoir éventuellement mener une enquête et voir si ça devient répétitif, de pouvoir vous alerter. Et la direction ouh la lalalala commence à dire ouuuuf ! ils ont senti que ça, alors un directeur des soins qui était là à l'époque dit, non non, il faut qu'on fasse un tri, etc. donc ça a traîné et au bout d'un an, finalement ils ont fini par céder puisqu'on a eu la chance d'avoir un attaché d'administration, qui nouvellement arrivé, a étudié un peu les textes et qui a dit en effet dans les fiches d'évènements indésirables, il y a des faits qui vous concernent complètement en tant que CHSCT, on va ouvrir un classeur de façon à ce que vous connaissiez les évènements qui se passent dans cet hôpital qui concernent les conditions de travail et la sécurité des agents. »* (Représentant syndical, H4).

L'énergie dépensée pour obtenir les informations se solde parfois par une absence de leur exploitation. Les élus de CHSCT peuvent éprouver des difficultés d'appropriation de ces documents, par manque de temps et/ou par manque de connaissance sur des sujets parfois très techniques : « *La seule chose c'est que là encore on a manqué de temps tout simplement, pour analyser ça [les fiches d'évènements indésirables] puisque évidemment, moi j'ai relevé les grands thèmes, les défauts de prise en charge des soins, les choses comme ça, mais derrière il faudrait que je puisse les lister et qu'on puisse voir si c'est toujours dans le même secteur, pouvoir aller sur le secteur, mener une enquête en tant que membre de CHSCT et voir ce qui manque et ce qu'il faut donner. Et ça il faut avoir du temps sauf qu'aujourd'hui, on a deux mille deux cent agents qui sollicitent le syndicat de telle façon que le CHSCT, il est appelé partout (...)* Mais il y a des choses dont on n'a pas la connaissance, on n'est pas des experts hein ! C'est vraiment, on apprend au fur et à mesure et on étudie les textes au fur et à mesure hein. On n'est pas des professionnels de la sécurité ou de la santé. » (Représentant syndical, H4).

Une position alternant engagement et défiance vis-à-vis des dispositifs de prévention...

Dans tous les cas, s'emparer du « dossier RPS » n'est jamais anodin pour les représentants du personnel et les organisations syndicales et leurs positions à cet égard font l'objet de nombreuses hésitations.

Prenons l'exemple de l'établissement privé à but non lucratif (HPNL) où les organisations syndicales ont été à l'origine de la démarche avant de prendre des distances avec le dispositif mis en place. Ces dernières ont été co-décisionnaires avec le DRH du choix du cabinet en charge de l'enquête sur les RPS (un cabinet proche d'un syndicat) et où les élus du personnel se montrent satisfaits des moyens qui ont alors été engagés : « *on a eu des moyens vraiment très intéressants : les gens ont pu remplir par internet. C'était diffusé tout de suite.* » Dès le départ, ils sont enthousiastes et s'impliquent auprès du personnel pour qu'ils répondent au questionnaire. Cependant, leur enthousiasme est rapidement freiné par la faible participation des salariés qu'ils expliquent principalement par la crainte des salariés d'être identifiés : « *Dans les questionnaires les gens ils ont toujours peur entre parenthèses qu'ils soient reconnus, que la direction soit au courant de qui a dit quoi, machin et tout ça, donc c'est vrai que au début ça n'a rien donné du tout.* » Face à ces réticences du personnel, les représentants du personnel s'engagent et passent dans les services pour lever les appréhensions et parvenir à un taux de réponse *in fine* d'environ 50 % : « *il a fallu que nous on s'y remette avec eux, qu'on aille dans les services, qu'on leur explique, qu'on leur dise : je vous assure que, ça se passe pas du tout avec la direction, on est là. On a dû rassurer les gens parce qu'ils ont peur des suites de ce qu'ils disent.* » Les réticences à répondre sont telles au niveau de l'encadrement que seuls les cadres représentants du personnel participent aux groupes de travail mis en place par le cabinet. Pour ces volontaires, la prise de parole est jugée salvatrice mais éprouvante, ce qui les amène à refuser toute prise de notes et restitution à la direction de l'établissement : « *On était les seuls cadres on nous avait dit faut y aller, la direction nous avait dit allez-y. On avait un peu peur aussi mais on s'est toutes lâchées, mais on est toutes tombées en pleurs autour de la table. Ils ne savaient pas où se mettre. Mais on leur a dit : "on ne veut pas que vous écriviez quoi que ce soit." Mais nous ça nous a permis de dire de nous délivrer mais on dit "on ne veut pas que ça passe à la direction. Puisqu'on était les seuls à avoir accepté à les voir en groupe, ils savaient de toute façon qui c'était..."* »

D'une façon générale, les rapports des élus du personnel à la direction dans le cadre de cette enquête sont empreints de défiance. Tout d'abord car la direction a revendiqué la primeur des résultats de l'enquête RPS, ce que le cabinet lui a refusé : *« Il y a eu un blocage assez rapidement parce que la direction voulait les résultats avant nous, ce qui n'est pas du tout la façon de faire de l'organisme. [...], ils nous ont prévenus en disant que si la direction insistait ils arrêtaient tout, en expliquant pourquoi. »* Par ailleurs, il semble qu'il y ait eu des tentatives de la part de responsables d'influer sur le contenu du rapport : *« Il faut quand même signaler qu'on a une responsable de soins qui a interdit de mettre certaines notes dans le rapport. Elle a trouvé que c'était trop fort, alors que nous on trouvait que c'est ce qu'il fallait écrire. »*

Finalement, les représentants du personnel s'avouent déçus non pas tant des résultats produits qui confirmaient leur ressenti quotidien mais surtout par le caractère restreint des résultats du rapport communiqué au personnel : *« la restitution qui a été faite auprès des salariés dans chaque bureau était sous forme de diaporama de petits camemberts, alors que le rapport en soi avait à peu près une centaine de pages quand même. On a demandé à ce que ce rapport effectivement puisse être lu si un salarié le souhaitait. »*

Cette défiance des personnels et de leurs représentants vis-à-vis des enquêtes se retrouve dans l'établissement privé à but lucratif (HPL) où le taux de retour de l'enquête menée par la directrice des soins en stage RH s'avère vraiment très faible (de l'ordre de 26 à 27 %). La DRH l'explique par la méfiance suscitée par le statut de cadre de l'enquêtrice et le refus du CHSCT de s'y investir : *« la raison primaire et première c'était : elle fait partie de l'encadrement, donc sa vision va être faussée. Donc on avait sorti un peu les rames [...] il y avait eu une suspicion de la part de la majorité des salariés en disant que finalement ce n'était pas quelque chose d'anonyme alors que ça l'était complètement, mais on avait beaucoup de mal à avoir un taux de retour satisfaisant. [...] Et on avait eu un refus important du CHSCT de nous accompagner dans la démarche. »* L'introduction ultérieure d'un cabinet extérieur dans le dispositif aurait permis de mettre davantage en confiance les représentants du personnel : *« les IRP se sont rendu compte que finalement... si on avait voulu que ce soit pro employeur, eh bien on aurait ciblé nos questions et on aurait fait en sorte de ne pas sortir les sujets qui étaient délicats ou sensibles. Là, le fait de faire intervenir une entreprise externe finalement a apporté un peu de confiance des IRP »*. Au final, elle retient surtout une mauvaise communication auprès des équipes pour expliquer que l'enquête RPS *« avait été un peu un flop quand même. »*

Il y a aussi le cas de l'hôpital H4 où le syndicat le plus à la pointe du sujet des RPS s'est finalement retiré du dispositif d'enquête au démarrage de la démarche, ce que le directeur de l'établissement n'a pas compris du tout : *« C'était plus ce syndicat qui était motivé, l'autre était plus sur du pratico pratique, les horaires, maintenant ils ont été tout à fait d'accord pour participer. Curieusement par contre, c'est celui-là qui s'est exclu de la démarche parce qu'ils ont voulu monter une enquête en parallèle, donc le CHSCT avait pris une position disant que où ils arrêtaient l'enquête ils restaient dans le groupe de travail de l'enquête principale qui avait été missionnée par le CHSCT et la direction ou alors ils s'excluaient de l'enquête globale ; donc paradoxalement le syndicat qui a été le plus intéressé par les risques psychosociaux s'est exclu lui-même de l'enquête tandis que ceux qui étaient le moins enfin c'était pas la priorité du moment, honnêtement si je ne l'avais pas mis, ils n'auraient pas réclamé cette enquête. »* (Directeur de l'établissement, H4).

... Et se soldant souvent par une forte déception

Moteurs de l'action, suivistes ou exclus des démarches de prévention des RPS, plus ou moins enthousiastes, les représentants du personnel et les organisations syndicales finissent le plus souvent par être déçus de ce qui leur apparaît in fine comme une « mascarade » dénonçant le manque de marges de manœuvre pour agir à la source des problèmes identifiés. Comme ce délégué syndical de l'hôpital H1 qui témoigne d'une forme d'impuissance : « *On est dans cette espèce d'incapacité d'innover, de proposer des choses qui redonnent de la... de la liberté, sans que ça coûte, ça demande de l'organisation.* » Ou cette secrétaire de CHSCT de l'hôpital H2 qui déplore que l'action engagée le serait juste par souci de mise en conformité mais sans volonté réelle de changement : « *on fait quelque chose, mais ce n'est pas vraiment parce qu'on y croit, parce qu'on a envie, c'est parce que on est obligés, qu'il va falloir qu'on rende des comptes à l'ARS, au ministère. Parce que dans la certification il va y avoir maintenant le volet...* » Ou encore cette représentante syndicale de l'hôpital H4 qui dénonce la lenteur des dispositifs mis en place qui n'aboutiraient finalement à aucune action concrète : « *Après je pense que nous personnellement syndicat, je pense que la direction ne se donne pas les moyens d'aller jusqu'au bout. Pour nous c'est de la parade cette question. Pour être honnête, on a fait un bilan, on a interrogé les agents, on leur a demandé de participer et tout mais ça s'arrête là, RAS. Si vous voulez derrière, il n'y a pas de service après-vente, donc c'est trop long, ça traîne trop en longueur.* » In fine, ils en reviennent souvent à la question du manque d'effectifs qui leur paraît centrale : « *Je pense qu'effectivement le gros caillou dans la mare comme nous on l'appelle à l'hôpital c'est les effectifs. Vous avez un manque certain d'effectifs alors le directeur vous dit oui, mais je n'ai pas de moyen d'embaucher.* » (Représentante du personnel, H4).

Cette impuissance expliquerait aussi la difficulté à en faire un sujet de discussion et de négociation dans les instances de représentation du personnel : « *Non, aujourd'hui non, les RPS ne sont pas un sujet abordé en CHSCT ! (...) parce que les RPS c'est quoi ? C'est l'humain, parce que le terme, il est moche comme tout le RPS mais c'est l'humain qui est en détresse, c'est l'agent sur le terrain qui peut pas faire son travail dans les meilleures conditions possible. Or aujourd'hui le directeur lui, il a pour consignes de faire fonctionner son hôpital avec l'effectif le plus minimum possible et le matériel le minimum possible ; il ne faut pas qu'il dépasse un certain budget, bon il a des contraintes d'un petit peu partout, donc on va lui dire, mettez de l'humain pour soulager ceux qui sont en détresse, remplacez, on parle d'absentéisme, remplacez les congés mat, poste par poste, remplacez les congés maladie.* » (Représentante du personnel, H4).

Synthèse partielle.

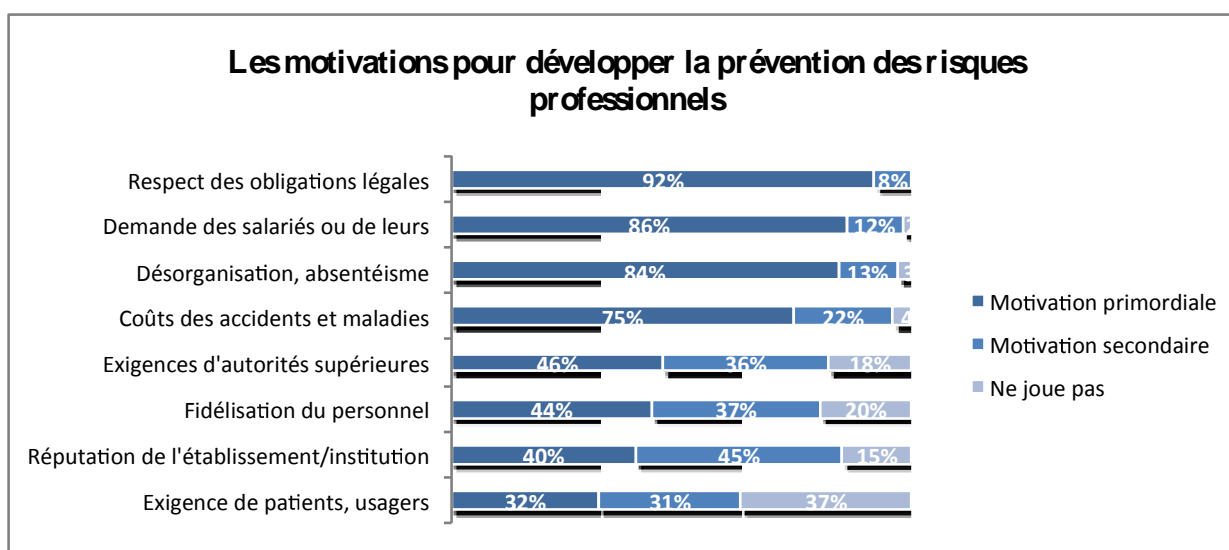
La prévention des RPS s'avère être un objet pas si simple à intégrer dans les relations sociales : les directions ne veulent pas entendre certaines choses (la violence qui peut affleurer quand on lance ce sujet) et ne sont pas forcément prêtes à remettre en cause leur pouvoir unilatéral sur l'organisation du travail. Le CHSCT et les organisations syndicales ont du mal à trouver leur position. Il peut y avoir des difficultés techniques par exemple dans l'appropriation d'un document comme le rapport de la commission « Gollac » n'est pas si accessible. Il y aussi des problèmes de temps et de priorités syndicales qui peuvent être mis sur d'autres sujets. Il y a encore la capacité

des représentants du personnel à « absorber » la souffrance au travail, dont ils peuvent eux-mêmes être victimes, et ceci à double titre, en tant que travailleurs et en tant que représentants des travailleurs ce qui les expose à des risques psychosociaux spécifiques. Enfin, certaines organisations syndicales, parties prenantes de la démarche au départ, s'en retirent ensuite par la crainte d'être jugées « complices » de ce qui s'avèrerait n'être finalement qu'une « mascarade ».

4.3 Les motivations de l'action

La variété des porteurs de la prévention des risques psychosociaux nous montre qu'il y a le plus souvent une pluralité de facteurs, exogènes et endogènes aux établissements, incitant à l'action. Selon les acteurs et les époques, certaines motivations seront plus ou moins mises en avant ; d'autres restant en partie indicibles. Le plus souvent, c'est la concomitance de plusieurs motifs alliée à la capacité momentanée d'un ou plusieurs acteurs de porter le sujet qui va motiver l'action.

Le trio des motivations qui arrivent en tête pour développer la prévention des risques professionnels dans les résultats de l'enquête Conditions de travail 2013, à savoir le respect des obligations légales, la demande des salariés ou de leurs représentants et la désorganisation et/ou l'absentéisme, se retrouvent bien au sein des établissements étudiés.



Champ : Établissement du secteur hospitalier (privé et public), + de 500 effectifs

4.3.1 Le respect des obligations légales

Le calendrier des actions comme la relative normalité des dispositifs déployés confirment la prééminence du respect des obligations légales comme motivation pour développer la prévention des risques professionnels, telle qu'elle ressort dans l'enquête Conditions de travail 2013 : motivation primordiale pour 92 % des établissements de santé de plus de 500 effectifs, et secondaire pour 8 % d'entre eux. Les démarches de prévention des risques psychosociaux suivent de près l'évolution des obligations légales en la matière : négociation sur le stress dans les grands

groupes pour la première action engagée dans le groupe de cliniques privées ou encore obligation d'élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS dans la fonction publique pour les hôpitaux publics H1 et H4 en particulier.

Et pourtant, parmi les différents acteurs rencontrés, si cette motivation est incontestablement présente, elle n'est pas forcément mise en avant. La DRH de l'établissement H1 mentionne à plusieurs reprises dans l'entretien la nécessité de se « conformer à l'obligation », mais elle n'énonce jamais clairement ces obligations. Quant à la préventrice des risques professionnels désignée dans ce même hôpital, elle n'y fait, elle, jamais référence.

Dans l'hôpital H4, le directeur de l'établissement, s'il exprime clairement le cadre légal dans lequel s'inscrit la démarche déployée sur la prévention des RPS, ne s'en tient pas à cette motivation, mais la resitue dans un contexte lié à la fois à son histoire personnelle et à la situation de l'établissement. Il conçoit le cadre légal comme un outil pour l'action avec la volonté que cela ne se réduise pas à une simple mise en conformité. Arrivant dans l'établissement, l'enquête s'est inscrite pour lui dans une perspective d'audit de l'hôpital : *« Oui, disons que ma compagne travaille dans les ressources humaines, dans l'audit elle a été DRH, donc aussi dans l'audit des ressources humaines, etc., donc j'avais une sensibilisation à la maison, et on voulait à cette occasion rappeler aussi qu'il y avait un cadre légal, donc c'est vrai que j'avais lancé une enquête quand j'étais sur mon précédent hôpital, j'ai refait la même chose ici. Donc il y a une obligation légale qui fait qu'on est tenu de s'intéresser aux risques psychosociaux, vous le savez mieux que moi, après, il y a deux façons de le voir, si on le voit comme voilà je coiffe la cale, ou on essaie de faire une enquête un peu plus approfondie qui soit une volonté d'essayer d'avoir des outils pour avancer, pour faire avancer l'établissement, c'est plutôt dans ce sens que j'ai voulu qu'on la mène. En plus, ici, ça avait une résonance particulière parce que mon prédécesseur est resté un peu plus de vingt ans, donc avec une marque très très forte sur l'établissement, et c'est aussi intéressant de faire un point après vingt ans sur l'impact de cette gestion, les gens ne connaissent pas ce qu'il y a eu en positif comme en négatif, en positif aussi bien sûr, sur l'ensemble donc c'était un moment clé de l'hôpital. »*

4.3.2 Réorganisation, désorganisation et absentéisme

Mais le dispositif RPS mis en œuvre dans cet hôpital répond aussi à une autre nécessité du fait des tensions très importantes suscitées par un déménagement doublé d'une réorganisation menée à la même époque. L'ampleur des bouleversements (nouveaux locaux, changement des horaires de travail avec passage du rythme en 12h à celui en 7h30, recomposition des équipes et fusion de service, mutations d'agents et développement de la polyvalence, création d'une nouvelle fonction d'intendante, redéfinition des tâches dévolues aux aides-soignantes et aux agents des services hospitaliers) a engendré une perte de confiance et de la souffrance chez les personnels qui se sont notamment matérialisées par une recrudescence de l'absentéisme. Les démarches de prévention des RPS engagées s'inscrivent alors dans la nécessité immédiate d'apporter des réponses aux tensions provoquées par la réorganisation.

Les problèmes liés à l'absentéisme sont quasiment toujours présents dans les discours des directions sur les motivations des actions de prévention des RPS.

La désorganisation peut aussi provenir de déficits de management. La nécessité que les cadres « *exécutent mieux leur rôle* » est invoquée par la DRH de l'hôpital H1. Le directeur de l'établissement H2 met également en avant le management comme un facteur clé, sachant que son hôpital est marqué par des problèmes de déficit d'encadrement qui ont dégradé le fonctionnement d'équipes, et ce à l'abri de tout regard extérieur. Pour ce directeur, qui réfute le lien entre conditions de travail et RPS, en tous les cas dans son hôpital, à conditions de travail égales, le management fait la différence.

4.3.3 Demande des salariés ou de leurs représentants

Le rôle des représentants du personnel dans le lancement des démarches de prévention des RPS est apparu dans plusieurs établissements étudiés. Par exemple, dans l'hôpital H3, où les représentants du personnel pensent avoir joué un rôle déterminant dans le lancement de cette démarche suite à des formations dispensées sur le thème par leurs syndicats. Même si, comme nous l'avons vu, les appuis de l'Agence régionale de santé (ARS) et de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ont constitué des moteurs déterminants pour concrétiser l'action. Les médecins du travail de l'établissement apportent un éclairage intéressant, car ils pensent que, même si l'impulsion a été externe, la DRH — et l'hôpital dans son ensemble — était sensibilisée aux RPS, car l'hôpital avait connu des événements difficiles aux alentours des années 2010.

4.3.4 Les « événements » qui ne disent pas leur nom

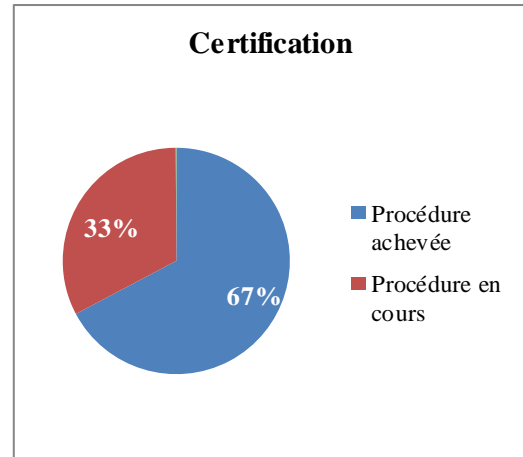
Les « événements difficiles » sont souvent les grands absents dans les motivations énoncées par les différents acteurs même si, au fil des échanges, on s'aperçoit que rares sont les hôpitaux qui n'en ont pas connu, notamment des tentatives de suicides ou suicides de salariés, parfois sur le lieu même de leur travail. Ces situations dramatiques, si elles sont incontestablement présentes à l'esprit de tous, ne sont quasiment jamais présentées comme des motivations pour l'action, parce qu'elles sont amenées souvent du bout des lèvres et parce que la prudence est toujours de mise sur les liens à faire avec la situation professionnelle.

4.3.5 La santé du personnel n'a pas de coût ?

La motivation qui arrive en 4e position dans l'enquête Conditions de travail 2013, « Coût des accidents et maladies » n'a quant à elle jamais été énoncée. Peut-être parce que la question portant sur les risques professionnels en général, cet item répond plus à des accidents physiques et à des maladies professionnelles pour lesquelles le lien avec les RPS est rarement fait, même lorsqu'il existe (comme dans le cas des troubles musculo-squelettiques). Si la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles commence à s'améliorer depuis la loi dite Rebsamen d'août 2015 qui facilite notamment la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel, la route est encore longue avant que soit reconnu le coût social et économique de ces affections.

4.3.6 Le rôle phare de la certification

Les exigences d'autorité supérieure apparaissent comme une motivation phare dans les établissements hospitaliers concernant la prévention des risques psychosociaux, en particulier depuis que la Haute Autorité de Santé (HAS) a intégré dans sa procédure de certification des critères liés à la qualité de vie au travail. Notons que 100 % des établissements de santé de plus de 500 effectifs sont certifiés ou en cours de procédure de certification. Cela n'a fait que renforcer une motivation déjà présente avant, comme on a pu constater avec le rôle déterminant joué par l'intervention de l'Agence régionale de santé dans l'impulsion des démarches.



(privé et public), + de 500 effectifs
Source : Enquête Condition de travail 2013

Dans l'hôpital H2, la réflexion sur les risques psychosociaux est très clairement rattachée aux obligations liées à la certification. Tout comme dans l'hôpital privé HPL, où l'enjeu pour la DRH, est d'alimenter le plan d'action de prévention nécessaire à l'obtention de la certification HAS et de son volet qualité de vie au travail. Cependant, elle souhaite cette année l'intégrer dans une démarche plus large « parce que le groupe veut mettre en place une étude RPS au niveau de tous les établissements ». Une grille d'analyse des RPS est actuellement élaborée par le responsable prévention du groupe pour être déployée dans l'ensemble des établissements.

4.3.7 La recherche de financements

Une dernière motivation non citée par l'enquête Conditions de travail est apparue dans l'établissement privé à but non lucratif (HPNL) où l'on a déjà observé le rôle des syndicats dans l'initiation de la démarche. Après une première enquête sur les RPS et la mise en place d'une commission afférente, le processus « *s'est un petit peu usé dans le temps* » selon le DRH. Il lance alors une réflexion sur le bien-être au travail dans la structure paritaire sur les RPS : « *je leur ai proposé qu'on monte un dossier ensemble, notamment avec la commission RPS, puisque cette commission, on l'a faite perdurer.* » Ce processus va déboucher sur la signature d'un accord « bien-être au travail ». Cet accord trouve son origine dans la volonté de la direction et des syndicats d'obtenir des financements délivrés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre des Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) : « *La première année, j'ai fait tout un dossier sur les risques, enfin, sur les TMS. Je n'ai rien eu du tout. Je n'ai pas eu un centime de CLACT. La deuxième année, j'ai fait un projet sur le bien-être au travail. C'est là où l'on a signé un accord, pour renforcer encore, parce que les syndicats, ils sont partants. Ils disent "ouais, on va faire des dossiers. On va avoir de l'argent". Et en plus, les syndicats font partie des commissions d'attribution au niveau de l'ARS.* »

Synthèse du chapitre 4.

Calendriers de l'action qui diffèrent d'un établissement à un autre, pluralité des acteurs concernés par l'identification et la résolution des problèmes de RPS, motivations implicites et explicites diverses, la façon dont chaque établissement porte ou non les démarches de prévention des risques psychosociaux est liée aux histoires singulières des établissements, mais nous pouvons noter quelques convergences fortes : peu de pilotage stratégique, beaucoup d'ambivalence dans l'implication des différents acteurs et des problèmes de coordination entre ces acteurs et les démarches dont ils sont porteurs. On aurait pu naïvement croire que le consensus serait simple à trouver sur un tel sujet : tout le monde a intérêt à réduire les RPS... mais pas forcément pour les mêmes raisons. Et, en effet, la confrontation au mal-être des salariés, si elle met tout le monde d'accord pour tenter d'y remédier, n'efface pas pour autant les contradictions inhérentes aux différentes parties prenantes du monde hospitalier et n'accroît pas par magie les marges de manœuvre dont elles disposent pour agir sur l'organisation.

Quant à la comparaison public/privé, elle s'avère un axe d'analyse peu pertinent pour comprendre les déterminants de l'action pour la prévention des RPS des établissements hospitaliers. Sur notre échantillon, le statut public ou privé semble moins explicatif que d'autres éléments de contexte pour appréhender les démarches de prévention des RPS.

Chapitre 5. Les pratiques de prévention : de la boîte à outils institutionnelle aux pratiques plus autonomes

Dans ce chapitre, nous regarderons à la fois comment les établissements déclinent les actions de préventions dans une démarche plutôt descendante, mais aussi comment les professionnels s'emparent des actions de préventions déployées.

5.1 Un mode de pilotage et une phase d'évaluation relativement normalisés

La classification des modes de pilotage de la prévention des risques psychosociaux et des outils mis en œuvre pour évaluer ces risques observés dans les six établissements étudiés révèle des convergences de pratiques importantes.

	H1	H3	H4	HPNL	H2	HPL
Instance de pilotage dédiée	+	+	+	+	+	—
Enquête/Diagnostic	+	+	+	+	+/-	+/-
Intervention d'un cabinet externe	+	+	+	+	—	+/-
Participation CHSCT/OS	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Participation encadrement	+/-	+ —	+/-	+/-	+/-	—
Intégration des RPS au DUERP	—	—	—	—	—	—
Indicateurs	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-

Lecture : + = existe +/- = existe plus ou moins — = n'existe pas

Comme ce tableau l'indique, on observe une grande identité de pratiques puisque quatre des six établissements étudiés présentent la même catégorisation (ce qui n'exclut pas des nuances sensibles comme nous le détaillons ci-dessous). Les deux établissements restants se distinguent pour des raisons différentes :

L'hôpital public (H2) est marqué par des difficultés financières importantes notamment dues au financement de nouveaux locaux en 2011 dont le coût de construction a dépassé de 40 % la prévision initiale. Engagé dans un plan de retour à l'équilibre, l'établissement a parallèlement connu une forte augmentation de son activité (+ 37 % d'augmentation des entrées entre 2010 et 2012 selon la chambre régionale des comptes), qui a eu des conséquences importantes sur les conditions de travail des agents. La mise en place actuelle du groupement hospitalier de territoire avec deux autres hôpitaux, eux-mêmes déficitaires, n'arrange pas la situation. Ce contexte pèse certainement sur le fait que, si la démarche de prévention des risques psychosociaux a été engagée (tardivement) dans cet hôpital, elle se déploie pour l'instant plutôt avec des moyens « *a minima* ».

L'hôpital privé à but lucratif (HPL) se distingue pour des raisons bien différentes puisqu'il est considéré en bonne situation financière. Dans son cas, comme nous l'avons vu précédemment, c'est plutôt le poids des prescriptions du groupe auquel cette clinique appartient qui a entravé le

déploiement d'une démarche de prévention des risques psychosociaux, même si des actions ont été réalisées (en particulier dans le cadre d'une démarche personnelle de formation d'une responsable de soins et surtout dans celui de la dimension qualité de vie au travail de la procédure de certification de la Haute Autorité de Santé). Toutefois, les choses bougent actuellement puisqu'une enquête sur les risques psychosociaux serait programmée en 2017 (dans le cadre d'une démarche du groupe) et que le travail d'intégration des risques psychosociaux au document unique d'évaluation des risques professionnels a démarré courant 2016.

5.1.1 Les comités de pilotage risques psychosociaux et/ou qualité de vie au travail

Si on rentre dans le détail, tous les établissements, à l'exception de l'hôpital privé lucratif, ont mis en place un « comité de pilotage » dédié à la démarche RPS/QVT, instance paritaire qui regroupe peu ou prou toujours les mêmes acteurs, même si chacun peut y tenir une place différente selon les établissements comme nous l'avons noté dans le chapitre précédent. Les membres de ces comités de pilotage sont le plus souvent : le directeur, la DRH, la direction des soins, le médecin du travail, des représentants du CHSCT et/ou syndicaux, le service qualité, des cadres de santé et des agents, souvent issus de services jugés « à risque » comme les urgences. Ce comité de pilotage se déclinera le plus souvent, dans le cadre du plan d'action, en groupes de travail thématiques, par exemple le très prisé groupe de travail sur l'absentéisme. Les groupes doivent en général, à partir d'un suivi de situations à risques préalablement choisies et/ou à partir d'un travail sur des indicateurs, faire des recommandations de bonnes pratiques.

Dans l'hôpital H4, le lancement de la démarche de prévention des risques psychosociaux par le directeur d'établissement s'est traduit par l'installation d'un comité de pilotage *ad hoc* en 2014. Mais le comité de pilotage ne s'est, semble-t-il, réuni que deux fois, pour le travail de lancement de l'enquête puis pour la présentation des résultats. Il paraît s'essouffler après plus d'un an : « *On va dire depuis qu'il est en place, il s'est réuni 2 fois, pour le retour de l'audit, juste une fois, et moi je n'ai pas pu y aller, mais je crois que la date était difficile à trouver pour avoir un maximum de personnes. J'ai l'impression que le soufflé est retombé.* » (Médecin Chef de pôle et présidente de la Commission Médicale d'Établissement, H4) C'est une instance parallèle au CHSCT qui, sans être totalement paritaire, dans la mesure où c'est clairement la direction qui pilote, ne met pas de côté les organisations syndicales qui y sont représentées.

Dans l'établissement H3 où la démarche de prévention des risques psychosociaux est plus ancienne, un comité de pilotage pour la qualité de la vie au travail et la prévention des risques psychosociaux se réunit deux fois par an depuis 2011 et semble avoir une activité plus sensible. Sa principale mission est d'identifier les services ou les catégories socioprofessionnelles qui connaîtraient des risques psychosociaux. Puis il décide de la méthode à retenir pour résoudre les problèmes, par exemple faire appel à un consultant extérieur ou interne. Lorsque des situations problématiques sont remontées aux membres du comité de pilotage, une étude des indicateurs type taux d'absentéisme et taux de turnover des services concernés s'ensuit afin d'arbitrer sur les services qui seront retenus pour une action sur le terrain et ceux qui ne le seront pas. Une fois le service choisi, la démarche lui est présentée, un questionnaire est envoyé à l'équipe. Les réponses étaient initialement analysées par la personne envoyée par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). À présent, il est prévu que cela se fasse en interne, avec l'appui de l'ingénieur qualité/risques.

Dans l'établissement privé à but non lucratif (HPNL), où les pratiques de prévention des risques psychosociaux sont également anciennes, le recul sur les commissions RPS, mises en place suite à l'enquête sur les risques psychosociaux pour décliner les plans d'action dans chaque établissement du groupe hospitalier, permet de dresser un bilan mitigé de leur fonctionnement. Elles se réunissent trois fois par an, « *pour faire le point sur les actions qui ont été menées sur chaque site et voir si certaines actions pourraient aussi être réalisées sur d'autres sites.* » (DRH, HPNL). Les représentants du personnel, par exemple, ne contestent pas tant le principe des commissions mises en place, au sein desquels ils estiment qu'un vrai travail est réalisé, mais le fait que cela ne débouche sur aucune action concrète : « *Chaque clinique avait une thématique si je me souviens bien, en fin de compte, il y a eu pas mal de réunions, beaucoup de travail, mais le concret on va dire après, il n'y a rien quasiment.* » Les représentants du personnel décrivent un processus au terme duquel des commissions, toujours vivantes officiellement, ne se réunissent plus sans qu'aucun bilan de leurs actions n'ait été réalisé : « *il y a eu chaque établissement avait un sujet, une thématique à traiter et ça s'est arrêté à un moment donné. Il n'y a même plus eu de réunions, il y a plus rien eu. On ne sait même pas où on en est [...]. Elle existe sur le papier. Oui, [mais] elle est en standby, elle est au point mort on va dire.* »

Au sein de l'hôpital public qui semble en retrait des dispositifs de prévention des RPS (H2), il y a bien un groupe projet sur le thème « RPS et qualité de vie », mais, selon l'ingénieur qualité/risques, il serait encore en « phase test », la secrétaire du CHSCT ayant un jugement plus sévère : « *le groupe n'a encore rien produit et personne ne le connaît.* » L'objectif de ce groupe projet est de mener une campagne de sensibilisation auprès de l'encadrement puis auprès des agents avec l'idée que « *une fois sensibilisés, ils pourront faire remonter les problèmes.* » Il est prévu à terme la mise en place de dix groupes de travail. L'enjeu est de pouvoir construire des indicateurs pertinents.

5.1.2 Les enquêtes

Tous les établissements ont fondé leur diagnostic sur une ou des enquêtes globales à l'ensemble de l'établissement et/ou ciblées sur certains services. L'enquête sur les risques psychosociaux est souvent la mesure clé mise en avant au lancement de la démarche. Ces enquêtes allient une approche quantitative, sous la forme d'un questionnaire adressé par papier et/ou par voie électronique, et une approche qualitative fondée sur des entretiens, souvent organisés de façon collective par « corps de métier », parfois accompagnés d'entretiens individuels. Là encore, l'hôpital privé lucratif se distingue puisqu'il y a bien eu une enquête, mais de façon incidente à l'occasion d'un mémoire de stage réalisé par une responsable de soin en formation pour devenir DRH.

Les porteurs de la démarche sont souvent déçus d'une participation jugée faible à l'enquête par questionnaire (il a souvent été difficile de récupérer de façon précise ce taux de participation qui oscille selon les établissements entre 25 % et 45 % de taux de réponse). Ils sont parfois amenés à mettre en place des actions correctives sur les modes de passation pour maximiser ce taux de participation. C'est notamment le cas pour les établissements qui avaient d'abord prévu un mode de passation en ligne avant de se rendre compte que ce n'était pas adapté à toute une partie du personnel de l'hôpital qui n'avait pas d'accès facilité à un poste informatique pour répondre (HPNL). Certains ont mis à contribution l'encadrement pour qu'il incite les agents à répondre

(H4) ; d'autres ont mis en place des tournées de représentants du personnel pour rassurer les salariés sur la démarche (H4, HPNL). D'autres ont fait le choix de distribuer les questionnaires avec le bulletin de paye (H1).

Les résultats de ces enquêtes ont, dans certains cas, confirmé le diagnostic initial posé par la direction, comme dans l'hôpital H4, tout en l'affinant et réservant quelques surprises : « *Donc en fait on s'est rendu compte quand on a eu le résultat, globalement, la moitié des réponses étaient déjà dans les plans d'action qu'on avait déjà bâtis, donc après c'était plus une question de dosage. Ça, c'est le plus rassurant, visiblement on avait bien répertorié les problèmes existants. [...] Selon ce qui apparaît dans cette enquête et qui est assez surprenant, c'est que il y a aucune différence d'un pôle à l'autre, c'est la première fois qu'ils rencontraient aussi ça la société dont je vous parle et c'est la première fois aussi que je rencontre ça, c'est juste des différences de niveau, ce n'est pas des différences de nature. Tous les pôles de cet hôpital ont à peu près le même vécu, la seule chose qui change c'est l'intensité du vécu.* » (Directeur de l'hôpital, H4). En particulier concernant le problème des relations avec les patients et leur famille, qui est ressorti dans tous les services, et notamment l'hospitalisation de jour, alors qu'ils pensaient que ce sujet était plus concentré sur les urgences : « *C'est assez frappant, d'habitude on a l'impression que c'est surtout aux urgences qu'il y a des problèmes de conflits avec les familles, non c'est mal vécu, ici en fait c'est dans tout l'hôpital.* » (Directeur de l'hôpital, H4). Cette enquête a donc permis de faire ressortir des secteurs en difficultés alors qu'ils n'étaient pas identifiés comme tels, notamment parce qu'ils ne faisaient pas parler d'eux : « *Cet audit et qui a permis de montrer qu'il y avait des secteurs qui étaient fortement en souffrance. Ce n'était peut-être pas forcément ceux auxquels on pensait.* » (Directrice des soins, H4).

Dans d'autres cas, comme dans l'établissement H1, cela a pu provoquer un « clash », selon les mots de la préventrice, tempérés par ceux de la DRH qui confirme néanmoins que l'enquête a mis en avant une souffrance au travail particulièrement aiguë des cadres déclenchant « *une prise de conscience* » et l'orientation de la prévention vers cette catégorie de personnel.

Pour l'hôpital privé lucratif (HPL), il n'y a pas eu de dispositif d'enquête formalisé dans une démarche de prévention des risques psychosociaux, mais une enquête réalisée de façon opportuniste à l'occasion d'une formation réalisée par une responsable de soin voulant devenir DRH qui a utilisé l'établissement comme terrain d'étude pour son mémoire de stage portant sur les RPS. Selon la DRH, l'instruction de l'enquête s'est révélée difficile et le taux de retour de l'enquête, de l'ordre de 26 à 27 %, fut assez faible. Elle l'explique par la méfiance suscitée par le statut de cadre de l'enquêtrice et le refus du CHSCT de s'y investir. La faible représentativité des résultats n'a permis de déboucher que sur un plan d'action restreint et ciblé sur deux catégories de salariés. D'une part, le personnel de nuit, qui exprimait « un sentiment d'abandon et de non-reconnaissance » et d'autre part les aides-soignantes, dont l'enquête a montré qu'elles se sentaient « *insuffisamment formées ou choisies pour suivre les formations de l'établissement* ».

Enfin, l'hôpital public H2 connaît un statut particulier puisqu'il n'y a pas eu d'enquête « générale » à l'établissement, mais des dispositifs d'évaluation des risques psychosociaux circonscrits à des services. D'une part ont été menées deux démarches d'audit, dans les blocs opératoires et au service d'imagerie médicale. Le premier fait suite à des remontées d'agents sur des problèmes avec les chirurgiens dans un contexte de croissance d'activité et de réorganisation importante. Le

second a été déclenché à l'issue d'une visite CHSCT où les agents ont parlé de maltraitance institutionnelle, de manque de cohésion, d'épuisement dans un contexte d'augmentation de l'activité. D'autre part, le groupe de pilotage des RPS détache des binômes sur le terrain qui procèdent par entretien individuel pour mieux cerner les problèmes (contrairement au CHSCT qui s'appuie davantage sur des réunions collectives). L'objectif à terme est de voir deux à trois services par an, certains où ça se passe mal, certains où ça se passe bien. Il s'agira ensuite de proposer une méthode d'intervention et de faire des recommandations plus générales. Le gestionnaire des risques note d'ores et déjà une recommandation : l'importance d'avoir recours à une médiation.

5.1.3 Les conseils extérieurs

À l'exception de l'hôpital public H2, tous les établissements se sont tous fait accompagner par un intervenant extérieur dans leur démarche de prévention des RPS. Le plus souvent, il s'agit d'un cabinet de consultant choisi par la direction. Dans un cas, celui de l'établissement privé non lucratif HPNL, le cabinet a été choisi par les organisations syndicales.

Un établissement (H3) cite également l'appui déterminant de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). Pour la DRH de cet hôpital, l'accompagnement des services et personnes par recours à un consultant externe permet d'enrichir les compétences du comité de pilotage dédié aux risques psychosociaux et évite de « *repeindre la lune systématiquement.* »

Pour l'établissement privé lucratif (HPL), la DRH a fait intervenir un cabinet, avec lequel elle avait déjà travaillé par le passé, non pour mener l'enquête, mais pour faire la restitution de l'étude et travailler sur le plan d'action. Selon elle, introduire un cabinet extérieur a permis de mettre en confiance les représentants du personnel sur l'objectivité de la démarche.

Par rapport aux conseils apportés sur la santé et la sécurité en général (et non sur les risques psychosociaux en particulier tel que libellé dans le questionnaire) cités dans l'enquête Conditions de travail 2013, on retrouve donc bien les différents organismes intervenants : médecine du travail, agence régionale de santé, CARSAT, consultants. Même si cette dernière catégorie de cabinets de conseil semble beaucoup plus présente proportionnellement dans les conseils sur les risques psychosociaux par rapport à la santé et sécurité en général.



*Champ : Établissement du secteur hospitalier (privé et public), + de 500 effectifs
Source : Enquête Condition de travail 2013*

5.1.4 La participation du CHSCT

Concernant la participation des CHSCT aux démarches de prévention des risques psychosociaux, nous avons vu précédemment qu'elle n'était acquise et fluide dans aucun des établissements étudiés, nous ne revenons donc pas sur cet élément.

5.1.5 La participation de l'encadrement

Tous les hôpitaux butent également sur la participation de l'encadrement aux démarches de prévention des risques psychosociaux. Si tous les acteurs s'accordent à dire que les cadres de santé ont un rôle clé à l'hôpital, si certains les qualifient même de « nœuds », force est de constater qu'il n'est pas toujours facile de le « dénouer ». Il apparaît souvent difficile pour les cadres de santé de s'approprier les démarches de prévention des RPS et encore plus d'en être les moteurs. Il faut dire aussi que ces cadres se trouvent dans une situation ambivalente, étant tout à la fois sources de régulation pour les équipes qu'ils encadrent, mais aussi potentiels facteurs de tensions, notamment sur les questions de planning, mais pas seulement. Les cadres de santé sont aussi, eux-mêmes, exposés à des facteurs de risques psychosociaux qui leur sont spécifiques, et qui ne sont pas toujours abordés dans leur singularité dans ces démarches.

5.1.6 L'intégration des RPS dans le document unique d'évaluation des risques professionnels

Concernant l'intégration des risques psychosociaux dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, aucun des établissements rencontrés ne l'a réalisé à date. Nous revenons ci-après plus en détail sur ce point.

5.1.7 Les indicateurs

Les indicateurs de taux d'absentéisme et de taux de turnover sont fréquemment cités comme des outils de pilotage et de diagnostic, mais des difficultés apparaissent quant à la façon de les formaliser (problème de rigueur dans la construction des indicateurs), à la capacité à les mettre à jour durablement, et encore plus à les exploiter. Dans l'hôpital H1 par exemple, c'est seulement suite à l'audit sur l'absentéisme financé à titre expérimental par l'agence régionale de santé (ARS) qu'ont été mis en place des tableaux de bord mensuels très précis sur l'absentéisme, sa nature, ses causes : « *C'est bien de parler d'absentéisme qui augmente, qui diminue, mais si on sait pas de quoi on parle, si on sait pas qui s'arrête, dans quelles conditions, essayer d'identifier les secteurs à risque, c'est compliqué.* » (DRH, H1). Les cadres de santé de l'établissement soulignent toutefois que ces tableaux sont peu lisibles, peu utiles pour elles et qu'elles fabriquent donc leurs propres tableaux dans leurs services.

Cette difficulté à construire des indicateurs pertinents pour suivre les risques psychosociaux se retrouve aussi dans l'expérience menée sur l'hôpital H3 où les cadres de santé se souviennent avoir travaillé avec la DRH et un intervenant extérieur sur les risques psychosociaux propres aux cadres avec un objectif de construction d'indicateurs avant d'abandonner ce travail sans qu'aucune ne garde le souvenir d'effets tangibles ou même de restitutions.

De fait, peu de créativité se fait jour sur les indicateurs utilisés. Nous n'avons pas trouvé trace d'indicateur « original » dans les établissements étudiés, comme celui connu dans un centre hospitalier universitaire (CHU) qui, faisant le constat que la fréquence des changements de planning constituait un facteur de risque psychosocial, a créé un indicateur de changement de planning qui comptabilise tous les changements de planning du personnel que ce soit à la demande de l'agent ou à la demande du cadre.

Les fiches d'évènements indésirables : un indicateur pertinent ?

Selon la définition retenue par la Haute Autorité de Santé (HAS) : « un évènement indésirable est un évènement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau ». L'évènement indésirable traduit la conséquence de la défaillance du système (dysfonctionnement de l'organisation, aléa, erreur) et peut aller du presque évènement à l'évènement indésirable grave mettant en jeu le pronostic vital du patient. On distingue habituellement la cause immédiate des causes profondes qui contribuent à la survenue de l'évènement indésirable.

La grande majorité des hôpitaux a mis en place des dispositifs de signalement des évènements indésirables : selon l'enquête Conditions de travail 2013, 92 % des établissements hospitaliers en possèdent, et jusqu'à 98 % pour les établissements de plus de 500 effectifs. Si les fiches d'évènements indésirables n'ont pas été mises en place pour traiter des risques psychosociaux du personnel hospitalier, elles sont potentiellement un outil pertinent pour identifier ces risques.

Le plus souvent, les fiches d'évènements indésirables permettent de faire remonter des problèmes relationnels, liés aux comportements jugés violents envers le personnel. Par exemple, à l'hôpital H3, les évènements indésirables liés à la violence des patients sont analysés une fois par semaine par le médecin du travail et la psychologue avant de faire l'objet d'un traitement par le directeur général lui-même. Mais ces fiches peuvent aussi permettre de signaler des comportements jugés violents émanant du personnel. C'est le cas dans l'hôpital H1 où ces fiches sont traitées ensuite par le service qualité, mais selon les cadres de santé de l'établissement, elles ne sont pas exploitées. Ce sentiment de manque de suivi des fiches d'évènements indésirables se confirme dans l'hôpital privé lucratif (HPL) où le dispositif rencontre du scepticisme de la part du personnel soignant qui estime ne pas avoir de retour systématique sur les évènements qu'il signale.

Dans l'établissement H2, le gestionnaire qualité constate que, malgré la charte de non-sanction, peu de situations sont signalées (3 ou 4 par an). Elles impliquent en général des problèmes relationnels avec les médecins, auprès desquels souligne-t-il il est difficile d'intervenir... Un cadre de santé de l'établissement confirme que les fiches d'évènement indésirables sont vécues comme des attaques ultimes contre des personnes. Il trouve que les comités de retour d'expérience (CREX) sont plus propices à l'analyse des risques.

In fine, les fiches d'évènements indésirables semblent un outil peu opérationnel pour traiter des risques psychosociaux, ce que confirme la difficulté que les représentants du personnel de l'hôpital H4 ont eue à les obtenir dans le cadre du travail de veille que le CHSCT souhaitait mener.

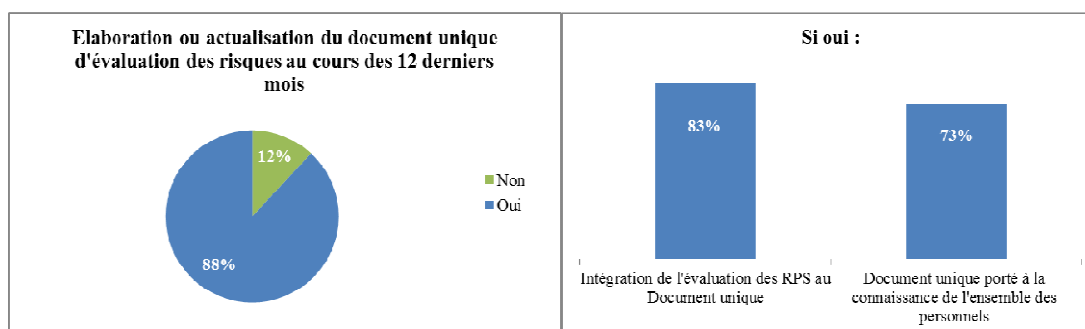
Synthèse partielle.

En conclusion, on peut relever la relative normalisation des dispositifs mis en place pour piloter les démarches de prévention des risques psychosociaux et des outils déployés pour les évaluer. Ceci peut s'expliquer par l'influence des contraintes réglementaires d'une part et par l'intervention de conseils extérieurs, qui déploient des méthodologies de diagnostic et de traitement des risques psychosociaux relativement standardisées. Mais c'est aussi très certainement le signe de la difficulté, de surcroît dans une organisation hautement « institutionnalisée » telle que l'hôpital, pour les acteurs à se saisir et à agir sur l'objet « RPS » qui s'avère particulièrement fuyant.

5.2 Les difficultés à se saisir du document unique d'évaluation des risques professionnels comme outil de prévention des risques psychosociaux

Bien que le cadre réglementaire impose que les risques psychosociaux soient intégrés en tant que tels dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, aucun des établissements étudiés ne l'a réalisé à date. Sans compter que le document unique en lui-même n'est pas toujours, loin de là, un outil que les établissements parviennent à faire vivre dans la durée.

Et pourtant, les résultats de l'enquête Conditions de travail 2013 nous apprennent que 88 % des établissements du secteur hospitalier de plus de 500 salariés auraient élaboré ou actualisé leur document unique au cours des douze derniers mois et que, parmi ces derniers, 83 % y auraient intégré l'évaluation des risques psychosociaux.



Champ : Établissements du secteur hospitalier (privé et public),
+ de 500 effectifs
Source : Enquête Condition de travail 2013

Ce résultat pour le moins surprenant nous a poussés à en savoir plus sur les réponses des établissements étudiés à travers l'enquête Conditions de travail 2013. Et l'on constate alors la dichotomie entre les déclarations réalisées au sujet du document unique et les réalités constatées sur le terrain.

Réponses des établissements étudiés aux questions sur le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) dans l'enquête Conditions de travail 2013

	H1	H2	H3	H4	HPNL	HPL
Élaboration ou actualisation du DUERP au cours des 12 derniers mois	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	/
Intégration de l'évaluation des RPS au DUERP	Non	Oui	Non	Oui	Oui	/
DUERP porté à la connaissance de l'ensemble des personnels	Oui	Oui	Non	Non	Non	/

N. B. HPL ne fait pas partie des répondants à l'enquête Conditions de travail 2013

Pour illustrer cette dichotomie, prenons exemple de l'hôpital H2 : alors que les résultats de l'enquête Conditions de travail nous indiquent que le document unique a été élaboré ou actualisé au cours des 12 derniers mois, que l'évaluation des risques psychosociaux y est intégrée et que le DUERP a été porté à la connaissance de l'ensemble des personnels, lors de nos entretiens en fin d'année 2015, nous apprenons que :

- ✓ Le document unique a été revu en 2011 puis décliné par pôle et unité fonctionnelle. Il est alimenté par le gestionnaire qualité/risques qui rencontre systématiquement les responsables de services pour faire une analyse des risques. Il est enfin complété par les visites du CHSCT.
- ✓ Les risques psychosociaux n'ont pas encore été intégrés au document unique.
- ✓ Le gestionnaire qualité/risques souhaite que le document unique soit un document vivant, mis à jour régulièrement, consultable par tous sur internet et qu'il devienne un outil d'amélioration de la pratique et non pas une simple contrainte administrative.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce décalage : méconnaissance de la personne ayant rempli le questionnaire, souci d'apparaître en conformité avec les prescriptions légales, désir d'anticipation sur une démarche qu'on sait devoir mettre en place... Dans tous les cas, cela devrait nous amener à nuancer l'interprétation du résultat de l'enquête Conditions de travail 2013 sur ce point.

Il n'en reste pas moins, que bien que ces chiffres soient à relativiser, les établissements du secteur hospitalier déclarent plus que les autres secteurs avoir intégré les risques psychosociaux au document unique : ils sont 80 % à déclarer l'avoir réalisé contre seulement 29 % pour l'ensemble des établissements tous secteurs confondus. Néanmoins, en neutralisant l'effet taille, la différence est quasiment nulle : 83 % des établissements hospitaliers de plus de 500 effectifs l'ont réalisé contre 82 % pour les établissements privés de 500 salariés et plus. Par contre, la fonction publique hospitalière semble en pointe sur le sujet par rapport aux deux autres fonctions

publiques (71 % contre environ 40 %) ²⁵. Le secteur hospitalier a encore des progrès à faire en la matière, mais force est de constater que la mise à jour régulière du document unique et l'intégration des RPS sont compliquées partout.

Heurs et malheurs de l'intégration des RPS au document unique :
l'exemple de l'hôpital privé lucratif (HPL)

La principale action engagée en 2016 par la direction de l'établissement HPL en matière de prévention des risques psychosociaux s'appuie sur le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Ce document, révisé en 2014 avec l'aide d'un cabinet extérieur diligenté par le groupe, n'avait pas intégré les risques psychosociaux, comme l'aurait pourtant exigé la réglementation et malgré les attentes du personnel. L'adjoint à la direction des soins raconte : *« ben des fois, on essayait d'en parler, on avait une fin de non-recevoir par l'auditeur, il dit non... Le burn-out [...] c'était hors contexte. C'était pas un sujet qu'il voulait aborder. »* Ce que nous confirme un cadre de santé qui avait assisté à une réunion organisée par le consultant avec cette catégorie de personnel pour identifier leurs risques professionnels. Le résultat a été jugé frustrant puisque l'impasse était faite sur les risques psychosociaux alors qu'ils constituent, aux yeux du cadre interrogé, leur principal risque : *« Quand on parlait du stress du responsable, il répondait "ce n'est pas dans mon cahier de charge". Alors effectivement on parlait du torticolis parce que on utilisait trop notre téléphone ou qu'on se déplaçait beaucoup dans les couloirs et que le sol était abîmé, mais pour moi, le principal risque des responsables, c'est le stress et ça n'était pas évoqué, c'était un peu frustrant. On a demandé à ce que ce soit dans le cahier de charge je ne sais pas, je ne veux pas faire le parano, mais... C'est la première chose qu'on évoque autour de la table où il n'y a que des responsables. J'avoue que ça m'avait un peu agacé. »* (Cadre de santé).

La DRH s'est donc engagée depuis 2016, en accord avec le CHSCT, dans un exercice d'actualisation du document unique, intégrant cette fois les RPS : *« on n'a pas repris la question en disant qu'il fallait qu'on fasse les RPS, on a repris la question en disant : on refait le DUERP et dans le DUERP, on y inclut les RPS. »* Un groupe de travail émanant du CHSCT a été mis en place et se réunit mensuellement. La procédure est la suivante : la DRH transmet le document unique aux responsables de service et convient d'un rendez-vous avec eux pour étudier les évolutions survenues depuis la dernière actualisation de 2014. Une fois ces éléments identifiés, elle en fait la restitution aux membres du groupe de travail lors des réunions mensuelles. La démarche a d'abord été centrée sur les services administratifs — *« on a commencé par le plus simple »* —, puis a évolué sur les services dans lesquels les membres du CHSCT, essentiellement des soignants, travaillent.

La démarche est perçue comme fastidieuse par la DRH : *« donc un métier, une fiche. Et un métier, un service. C'est-à-dire qu'une infirmière d'orthopédie a sa fiche, l'infirmière de dialyse a sa fiche, l'infirmière ambulatoire a sa fiche, donc vous imaginez le nombre de fiches qu'il est nécessaire de revoir [...], c'est extrêmement long. »*

²⁵ Les statistiques de l'ensemble des établissements de l'enquête Conditions de travail 2013 sont issus de : Selma Amira, "La prévention des risques professionnels - Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés", *Dares Analyses*, n°013, mars 2016.

Et les représentants du personnel, qui regrettaient pourtant que les RPS n'aient pas été intégrés au document unique en 2014, ont un avis mitigé : « *alors c'est utile oui, c'est utile oui... mais après, ça reste... on va dire assez généraliste, assez... comment dire ? Ça n'ouvre pas sur beaucoup de... de mesures concrètes d'amélioration.* »

Le chemin est encore long avant que le document unique d'évaluation des risques professionnels ne devienne un outil opérationnel de prévention accessible à l'ensemble des acteurs...

5.3 Les différents types de mesure de prévention des RPS mises en œuvre par les établissements

5.3.1 Des plans d'action et des dispositifs hétéroclites

Les outils institutionnels, et notamment les diverses enquêtes RPS ont débouché dans la plupart des établissements de l'échantillon sur tout un ensemble de mesures de prévention assez hétéroclites. Celles-ci peuvent aller du plan d'action aux dispositifs plus ponctuels d'accompagnement psychologiques en passant par des actions de formation spécialisées. De façon élargie, ces mesures peuvent inclure les dispositifs de reclassements des personnels inaptes, mais leur public reste majoritairement affecté par des usures physiques.

Le contenu même de ces différents types de mesures ne recouvre pas partout les mêmes réalités. Ainsi, la notion de plan d'action peut renvoyer dans un établissement à un document validé par la direction et les instances représentatives du personnel et évalué régulièrement avec des responsables identifiés quand, dans un autre, il ne s'agit que de vagues décisions dont il est bien difficile de prévoir ce qu'elles vont devenir. Si la nécessité d'avoir un plan d'action ne se discute généralement pas vraiment, en revanche la forme que celui-ci doit prendre reste très variable. Ce phénomène montre également le délitement progressif de la démarche RPS, qui extrêmement cadrée au départ, s'efface et devient de plus en plus vague et discrète parfois jusqu'à sa disparition totale.

Au final, parmi les établissements enquêtés, tous ne font pas explicitement référence à des plans de prévention des RPS ; seuls H4, HPNL et HPL le font. Dans les deux premiers cas, il s'agit de réponses découlant directement d'enquêtes RPS menées en amont, dans le dernier cas, le plan d'action s'inscrit avant tout dans le cadre de la certification HAS et renvoie à quelques mesures sans portée générale. Pour ces établissements, ces plans d'action vont constituer le cadre de déploiement des mesures de prévention des RPS.

Le plan d'action RPS de l'établissement H4

Les principaux enjeux du plan d'action sont de :

Restituer le sentiment d'équité

Rédaction de règles connues de tous et appliquées à tous

Travail sur la qualité des relations avec la hiérarchie et les collègues

Limiter le recours aux rappels

Politique de remplacement

Groupe de travail sur l'absentéisme

Travail sur l'annualisation de la gestion du temps de travail

Créer une culture managériale et partager les règles du vivre ensemble

Groupes de travail pour élaborer des chartes (encadrement, médecin, agent...)

Séminaire de management dans les pôles

Accompagner les professionnels dans la mise en place des nouvelles organisations

Groupes de travail dans l'accompagnement du processus de changement dans le Nouveau Bâtiment Hospitalier (NBH)

Faire savoir, faire connaître, partager, faire comprendre

Renforcer la communication auprès des agents pour partager les décisions à chaque niveau de la chaîne hiérarchique

Cycle de communication ressources humaines (sur QVT, lecture bulletin de paie, etc.).

Le plan d'action RPS de 2010/2011 de l'établissement HPNL

Les principaux dispositifs de prévention envisagés sont :

- Le développement des réponses communes dans le travail, avec notamment la création d'un groupe qualité au sein de chaque service à l'initiative de la direction et piloté par le cadre du service ;
- Un travail sur les pratiques professionnelles appuyé sur la relation au patient :
 - Mise en place des groupes de supervision animés par un intervenant extérieur au service, sans lien hiérarchique, une fois par mois.
 - Mise à disposition un soutien psychologique en cas d'évènement traumatique (suicide, décès...).
- Mise en place d'un guide de bonnes pratiques pour pouvoir gérer un incident grave dans l'immédiateté des faits,
- un travail sur le relationnel en interne, avec une réflexion menée dans deux directions :
 - La mise en place d'un système de remontée des difficultés rencontrées au sein des équipes de travail
 - La formation du management à la connaissance des risques psychosociaux.

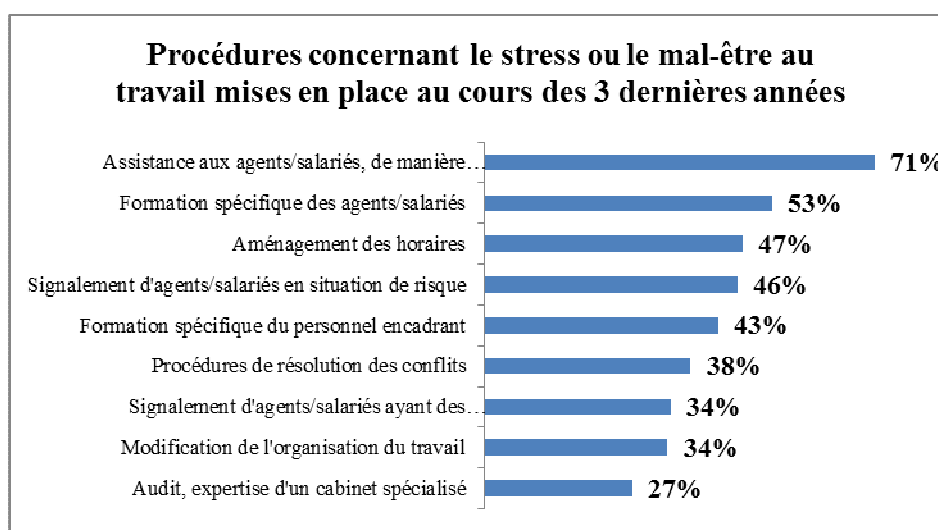
Pour les auteurs du rapport, le succès du plan d'action reposera la capacité des managers à

accompagner le changement. Dans ce but, certaines conditions doivent notamment être réunies :

Aménager leur temps de travail/organisation de travail pour leur permettre d'absorber cette nouvelle charge de travail

- Accorder davantage de latitude décisionnelle
- Nommer un référent ou un groupe de référents méta service, observateur et soutien du cadre dans sa démarche d'analyse

Cette diversité des actions dans les plans d'action trouve son écho dans la diversité de procédures liées au stress et au mal-être au travail mises en place dans les établissements dont rend compte les résultats de l'enquête Conditions de travail 2013 montre la prédominance de l'assistance individuelle aux agents. Un élément confirmé par la présence dans les outils de gestion des ressources humaines de dispositifs de prise en charge des difficultés psychologiques du personnel pour 66,3 % des établissements (82,9 % pour les plus de 500 salariés). À l'autre bout du spectre figurent l'audit et l'expertise d'un cabinet spécialisé, mais également les modifications de l'organisation du travail.



Source : Enquête Conditions de travail 2013

Dans notre échantillon, les mesures d'accompagnement peuvent prendre place dans le cadre d'un accord QVT, comme c'est le cas pour l'hôpital HPNL.

Les mesures de l'accord bien-être au travail de l'hôpital HPNL

Dans son préambule, l'accord fait référence à l'analyse des risques psychosociaux réalisée en 2010 ainsi qu'au document unique d'évaluation des risques (DUER) comme indicateurs de conditions de travail particulièrement difficiles dans le groupe, mais plus généralement dans le secteur de la santé. Il cible particulièrement deux catégories de personnels, les aides-soignants et les agents logistiques, « plus âgés » et « plus exposés » à l'usure professionnelle. Le texte propose quatre dispositifs de prévention :

- le recours à un ergonomiste,
- le recours à des intervenants médico techniques/rééducateurs,
- le massage de confort,
- le tutorat.

Ce dernier dispositif est particulièrement détaillé, notamment en termes de définition, de désignation, de conditions d'accès et d'exercice de la fonction tutorale ainsi que sa reconnaissance. Chacun des dispositifs fait l'objet d'un chiffrage qui, total, représente un montant de 140 000 euros.

L'accord conditionne la mise en place de l'accord à l'obtention de financements dans le cadre du CLACT et prévoit, à défaut, une priorisation, par les signataires, des actions pouvant être maintenues.

Le tutorat occupe une large part de l'accord. De fait, la direction souligne que c'était son point d'entrée dans la démarche : elle s'est lancée en disant « c'est ça qu'on va faire, l'accompagnement des personnels en difficulté. » L'enjeu n'est pas tant l'accueil des nouveaux arrivants que d'accompagner au sein des services, la personne qui est « un petit peu en perte de vitesse ou qui a des difficultés physiques », en désignant « un tuteur qui va l'accompagner, qui va partager son travail, qui va trouver des solutions avec elles ».

Le recours à un ergonomiste destiné à travailler sur l'environnement de travail et plus seulement sur les individus est présenté par le DRH comme arrivant dans un second temps dans la réflexion : « on s'est dit "tiens, on pourrait peut-être rajouter des actions d'ergonomistes de manière à améliorer les conditions de travail ou les postes de travail". » Sur les quatre dispositifs prévus par l'accord, c'est finalement le seul qui recevra un financement de l'ARS : 5 000 euros sur les 140 000 demandés. Il est mobilisé chaque année sur des activités différentes par exemple les postes administratifs ou encore les salles de soins. Dans ce dernier cas, le recours à un ergonomiste a été jugé « très efficace » par la direction.

L'accord prévoit par ailleurs, en quelques lignes, l'extension des « massages de confort » à l'ensemble des services de soins.

L'éclectisme constaté en matière de mesures de prévention des RPS peut-être réduit en repartant de la classification proposée par la Dares dans une note consacrée à la prévention des risques

professionnels²⁶. Celle-ci distingue d'une part les mesures d'ordre collectif (aménagement des horaires, modification de l'organisation du travail, mise œuvre de procédures de résolution des conflits...), les mesures d'ordre individuel (procédures de signalement de salariés en situation de risque, assistance aux salariés de manière confidentielle...) et enfin la formation du personnel (formation des salariés/des managers).

5.3.2 Les mesures d'ordre collectif (organisation et procédures)

Réactiver des lieux d'expression collective

La mise en tension des agents à travers de nouvelles organisations et des horaires plus contraints débouche sur une réduction voire une suppression des moments d'échange dans le travail que les agents d'encadrement et les soignants déplorent. Les agents n'arrivent plus à se parler pendant le travail, éprouvent des difficultés à faire les transmissions sur les temps de travail et tendent à désertier les réunions d'équipe. Pour faire face à ces difficultés, généralement bien identifiées, les directions et le management essayent « *réactiver des lieux d'expression collective* », selon l'expression du DRH de l'hôpital H1 pour qualifier la remise en action des réunions de service, obligation de moins en moins mise en œuvre au fil du temps. Il s'agit dans ce cas précis de passer d'une réunion rapide d'informations descendantes à une réunion d'expression de tous. Dans l'établissement HPL, c'est une enquête lancée suite à des problèmes rencontrés dans les équipes de nuit qui a mis en évidence « *un sentiment d'abandon et de non-reconnaissance* ». Une des principales mesures du plan d'action qui en a découlé a été de favoriser les temps d'échanges entre les équipes de nuit et leur responsable, « *ce qui n'existait pas du tout* », en s'assurant qu'ils se rencontrent au minimum une fois par mois et qu'il y ait des réunions de service régulièrement.

Au-delà des réunions d'équipe classiques, plusieurs établissements ont mis en place des réunions accompagnées par un psychologue. Elles sont prévues pour discuter avec les soignants des malades dont ils s'occupent et d'évoquer les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. C'est notamment le cas dans l'hôpital H3 où il existe des réunions de supervision sur les cas difficiles, animées par une psychologue extérieure. Elles sont organisées une fois par mois, ouvertes à tous les membres du service entre 12h et 14h. Cependant, si les médecins sont présents, les autres professionnels le sont peu, car sur cette tranche horaire, le travail est rarement terminé pour l'équipe en place. Celles qui viennent de terminer ne prennent pas sur leur temps de repos pour assister à ces réunions. Il en va de même pour celles qui s'apprêtent à commencer leur service.

Les « quicks-réunions » de l'hôpital HPLN, évoquées plus loin, permettent d'éviter cet écueil de l'absentéisme et sont également l'occasion d'échanges réguliers — tous les 15 jours — entre l'équipe et une psychologue. Là aussi, la présence de cette dernière constitue avant tout pour le personnel un apport dans la connaissance des patients : « [...] *elle nous apprend des choses que nous ignorons, donc si ça apporte quelque chose à l'équipe elle en parle, et nous aussi on parle de comportement de patient auprès d'elle et donc elle va aussi sélectionner ses passages vis-à-vis de telle ou telle personne. Oui, donc c'est bien, c'est très bien.* » (Infirmière). Au-delà des apports

²⁶ DARES (2016), La prévention des risques professionnels. Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés, Dares Analyses n°2016-013, mars.

concernant les patients, les membres du personnel apprécient de pouvoir discuter avec la psychologue des questions liées à l'activité de l'équipe : *« ça fait du bien parce que les gens peuvent s'exprimer, rien que de pouvoir s'exprimer même s'il n'y a pas forcément de réponse, ça fait du bien. »*

D'une façon générale, les groupes de travail, très présents dans les établissements étudiés, constituent autant d'espaces potentiels de réactivation de la parole. Au-delà des projets spécifiques qu'ils sont censés faire avancer, ce sont des moments importants pour discuter des pratiques professionnelles et des difficultés rencontrées. Comme le souligne un responsable d'unité de l'établissement privé HPL, l'existence même de ces groupes de travail constitue la reconnaissance d'un problème potentiel ou vérifié qui permet le déploiement d'une réflexion : *« Donc c'est vrai qu'elles [les soignantes] ont de moins en moins de temps... Alors... elles ont de moins en moins de temps auprès du patient, c'est pour ça qu'on est sur ce groupe de travail "Tâches annexes" : qu'est-ce qu'on peut leur enlever pour qu'elles aient de plus en plus de temps auprès du patient ? »* D'autres groupes de travail ont été ainsi mis en place sur la base de risques identifiés dans le cadre de la certification HAS : *« alors par rapport aux interruptions de tâches, c'est tout ce qui était gestion téléphone [...] on a identifié certaines solutions, mais on ne les a pas toutes identifiées, c'est pour ça qu'on remet en place le groupe de travail, là on devait retravailler avec tout l'ensemble des services techniques, soignants et non soignants, administratifs et techniques pour justement trouver des solutions pour éviter que les infirmières quittent le moins possible le service, soient le moins coupées, dérangées dans leurs tâches ».*

L'activation de l'expression collective peut également associer les représentants des salariés comme le montre dans l'hôpital H1 la création d'un « Observatoire de la vie sociale ». Demandé par les organisations syndicales il y a 6 ou 7 ans, il a été mis en place pour s'occuper des problèmes relationnels, d'organisation du travail, de communication qui se posent au plus près des services. Informées par les agents, les organisations syndicales saisissent la DRH qui convoque l'observatoire composé pour moitié de représentants médicaux du directoire et pour moitié de représentants des organisations syndicales. Sont invités les cadres, les médecins et les agents du service. L'objectif est de permettre l'expression de tous et de trouver des solutions collectivement. Il est réuni plusieurs fois par an. Il s'est par exemple réuni récemment pour résoudre le problème d'un cadre trop brutal.

Doter l'établissement de spécialistes pour prévenir les risques

Plusieurs hôpitaux, publics, mais également privés, ce sont dotés de spécialistes pour traiter de la question des RPS. C'est notamment le cas dans l'établissement H1 où une cadre de santé a été désignée en 2015 comme « préventrice ». Pour le DRH, cette désignation permet de répondre aux demandes de l'ARS et constitue un point important pour la certification. Cette personne a passé un diplôme universitaire (DU) en risques psychosociaux et doit normalement consacrer 20 % de son temps à cette fonction. La mission qui lui a été confiée est *« de se mettre en conformité avec la réglementation »*. Pour le DRH, elle doit ainsi *« animer des ateliers dont l'objectif est d'alimenter très précisément le document unique sur les risques psychosociaux qui sont peu identifiés ou négligés, d'aboutir à l'élaboration d'une charte managériale qui là aussi serait portée à la connaissance de l'ensemble des agents de l'établissement, y compris des cadres »*.

Pour le moment, cette préventrice attend d'être investie formellement dans son rôle. Le DRH ne l'a pas encore intégrée officiellement au CHSCT. En attendant d'être reconnue et d'avoir des moyens, son action est en suspens. Elle n'intervient pas directement auprès des équipes. Elle explique ainsi : « *là, il n'y a pas longtemps, j'ai entendu qu'une secrétaire s'était suicidée, je me dis... qu'il faudrait que j'y aille parce que ce sont des secteurs dont les secrétariats sont en souffrance, mais tant que je ne suis pas officiellement investie, je ne vais pas aller dans le service.* » Cette préventrice a peur de susciter des attentes sans avoir les moyens d'y répondre. Pour l'heure, elle accompagne le cabinet d'experts dans ses démarches. Elle a par exemple fait des simulations d'entretien type RPS pour introduire cette dimension au document unique.

De son côté, l'établissement HPLN a introduit le recours à un ergonome dans son accord bien-être au travail. C'est d'ailleurs une des mesures les plus visibles dans les services : « *il n'y a pas longtemps on a fait venir un ergonome qui, il a fait le tour de l'ensemble de la clinique, pour voir un petit peu ce qu'on pouvait améliorer notamment dans les postures des infirmières [...]. Voilà donc l'ergonome nous a conseillé des tabourets roulants légers qu'on a mis en place, ce genre de choses, on a fait évoluer certains bureaux. [...] Donc a vraiment travaillé avec l'ergonome sur comment réorganiser le stock pour qu'elles aient le moins possible à porter, qu'elles ne fassent l'aller-retour dans le stock quand elles préparent leurs matériels, etc.* » (Cadre coordonnatrice).

5.3.3 Les mesures d'ordre individuel (ciblées sur l'individu concerné)

Des mesures d'accompagnement psychologiques

Dans l'échantillon d'établissements étudiés, il est fréquent de trouver un dispositif d'accompagnement psychologique proposé aux personnels. Ainsi, dans l'établissement H3, une cellule violence au travail est en place depuis longtemps déjà. Une psychologue présente à 25 % d'équivalent temps plein est chargée de prendre en charge les événements aigus et les conflits larvés dans les services. Toutes les personnes rencontrées au sein de l'établissement connaissent l'existence de cette cellule, mais aucune ne l'a vue « en fonctionnement ».

À l'hôpital HPNL, la mise en place d'une psychologue sur le groupe hospitalier trouve son origine dans la demande du CHSCT d'une clinique au sein de laquelle les élus n'arrivaient plus à faire face aux sollicitations des salariés et se trouvaient en porte-à-faux en orientant directement les salariés sur des professionnels extérieurs : « *En fait, on envoyait nous-même des salariés vers des psychologues, ce qui est strictement interdit, certes je le sais, mais à un moment donné on est aux limites. Moi je ne suis pas psychologue je ne suis pas psychiatre...* ». La demande a été faite à la direction de prendre un psychologue. L'idée d'avoir recours à un salarié de l'établissement a été repoussée — « *on a dit que ce n'était pas bon en réunion* » — et il a été proposé de recourir à une personne extérieure. Le DRH a accepté, car, comme le souligne un représentant du personnel « *il aime bien ce genre de choses* ». Pour autant, les moyens consacrés au dispositif demeurent faibles et la première psychologue pressentie a refusé la proposition de l'établissement de venir consulter sur place environ un jour par mois : « *elle n'a pas accepté parce que le salaire qu'il proposait n'était pas du tout intéressant.* » Les représentants du personnel ont tous conscience que le dispositif actuel est insuffisant. Certains considèrent que c'est un point de départ et qu'ils pourront chercher à l'étendre. D'autres en revanche sont plus sceptiques sur ce type de

consultation qu'ils assimilent à une démarche personnelle et doit donc se dérouler à l'extérieur de l'établissement : *« Sincèrement, moi si j'ai un problème psychologique entre parenthèses je vais aller voir à l'extérieur. »*

De fait, d'autres hôpitaux, et notamment HPL, ont fait le choix d'un dispositif d'accompagnement extérieur à l'établissement en mettant à la disposition de ses salariés un organisme, pour un suivi psychologique. Il propose ainsi une prise en charge anonyme pour 20 séances par ce réseau de psychologues. La communication pour ce service est effectuée par plusieurs canaux *« par le biais des responsables, par le biais du CHSCT, par mon [DRH] intermédiaire, pour tout salarié qui se trouverait en difficulté psychologique en lien avec son travail ou avec la famille ou à titre personnel. »* Pour autant, le personnel interrogé ne considère pas ce service qui leur est proposé comme un dispositif de soutien spécifique aux difficultés dans le travail, mais plutôt comme un dispositif de soutien individuel destinés à traiter les problèmes personnels en général : *« c'est si vraiment on a des gros problèmes extérieurs liés à nos vies privées qui peuvent engendrer des soucis dans notre travail ou aussi, par exemple, je ne sais pas, un décès qui s'est très mal passé, qu'on a mal vécu, on peut avoir cette aide à l'extérieur. » (Aide-soignante).*

Pour autant, à partir de septembre, l'hôpital devait accueillir un psychologue destiné aux patients, mais dont la DRH explique qu'il *« va être aussi là pour les équipes, pour aider les équipes à la prise en charge des patients »*. Et celle-ci de souligner que ce psychologue ne *« sera pas là pour le salarié en tant qu'individu, mais pour l'équipe »*. Cela signifie qu'une équipe qui se trouverait en difficulté, avec par exemple un patient en soins palliatifs, ou pour la prise en charge d'une famille extrêmement compliquée, le psychologue interviendra ce qui, pour la DRH, *« va améliorer évidemment la prise en charge, mais également l'appui psychologique de cette équipe »*.

Il est intéressant de noter qu'au sein de l'établissement HPNL, coexistent plusieurs dispositifs d'accompagnement psychologiques intervenant théoriquement à des niveaux différents, mais qui en réalité s'entremêlent. Alors que le cadre coordinateur considère que les cas particuliers doivent être traités au niveau des consultations de la psychologue mises en place pour le groupe hospitalier, il arrive que les membres de l'équipe voient à titre individuel *« pour un souci privé »* celle du service : *« Alors en général c'est vis-à-vis d'un patient [...]. Maintenant, on peut avoir un souci privé et aller la voir aussi, il n'y a aucun problème. [...] Elle est très ouverte. Et ça nous fait du bien [...] »*

Un autre type de réunions, plus ciblées sur les agents en difficultés, sont depuis longtemps en place dans l'établissement hospitalier H1. Elles réunissent médecin du travail, DRH et directrice des soins autour des agents en difficultés, congés longs maladie avec adaptation de poste, burn-out, ou autres problèmes sociaux. Si la médecin du travail est satisfaite de ce dispositif, elle regrette néanmoins la difficulté d'être réactif et d'apporter des solutions concrètes faute de pouvoir toucher aux causes profondes. *« Les TMS surviennent souvent sur toile de fond de perte de sens. Il en est ainsi des pathologies de l'épaule qu'on ne voyait pas il y a 15 ans. Et pour ça, on n'a pas de réponse. »*

À ces accompagnements dans la durée peuvent s'ajouter ceux, plus ponctuels, que mettent en place les directions en cas d'événements spécifiques. La direction de l'établissement H1 évoque ainsi le suicide récent d'une secrétaire autour duquel ont été mobilisés la médecine du travail, la psychologue du travail, les cadres pour établir des espaces de paroles. Ou encore, dans la cadre

de la prise en charge d'un patient violent des groupes de parole, de la formation, l'organisation des équipes de sécurité été mis en place. Ces mesures d'accompagnements ponctuels ne sont pas forcément reconnues par les autres professionnels ou ne donnent pas forcément satisfaction au personnel.

Un accompagnement de performance

À la frontière de l'accompagnement individuel et collectif, les directions proposent parfois des formes d'accompagnement qui visent à faciliter l'optimisation des services. Ainsi, l'hôpital H3 a mis en place, à la demande de la hiérarchie et des personnes concernées, ce que la DRH nomme du « coaching », individuel ou collectif, lorsqu'un cadre ou une équipe se trouve en difficulté. Intégré dans le plan de formation ou mobilisé hors plan en cas d'urgence, ce dispositif est utilisé actuellement par un ingénieur en situation nouvelle de management dans une équipe qui a un « passé un peu lourd » et qui connaît des difficultés. Le dispositif a aussi été déployé sur la chambre mortuaire avec une équipe « *à la dérive, avec des relations extrêmement conflictuelles et des attitudes non professionnelles* ». Le coaching a été accompagné d'une modification de l'organigramme et de départs.

Le même établissement envisage la mise en place d'un « accompagnement au changement ». Le dispositif est en cours d'élaboration et n'a pas encore été mis en œuvre. L'idée est de le déclencher à la suite de modifications des conditions de travail, lorsque certaines catégories de personnels font des demandes spontanées plus importantes à la médecine du travail. Dans ce cas, la DRH, en accord avec la médecine du travail, ferait appel à un psychologue extérieur. Elle orienterait ces personnes vers une sorte de coaching de repositionnement sur leur métier, centré sur des problématiques professionnelles. La psychologue du travail de l'établissement n'y serait pas associée puisqu'elle intervient davantage sur des situations de crise. Cela pourrait par exemple concerner les aides-soignantes qui préparaient les plateaux-repas et les commandes et qui ne le font plus dans le nouvel hôpital, car ces tâches sont dévolues aux agents hôteliers logistiques. Certaines aides-soignantes ne peuvent plus prendre en charge des patients et trouvaient leur compte dans ces activités logistiques. Pour l'heure, le dispositif a été sollicité par 5 personnes.

Des mesures ciblées sur le confort individuel

L'hôpital HPNL est sans doute l'un de ceux qui ont poussé le plus la diversification des mesures pouvant être proposées au personnel pour les accompagner individuellement face aux difficultés générées par le travail. Ainsi, le DRH a porté l'introduction d'un dispositif dit de « toucher-massage » : « *c'était quelque chose qui avait attiré mon attention parce qu'au service de soins palliatifs, le personnel s'était formé sur le massage de confort pour les patients.* » Expérimentés depuis quelques années, ces « touchers-massages » sont destinés à l'origine à soulager les patients pour lesquels il n'y a plus de soins curatifs. Ils sont pratiqués pendant une durée d'une dizaine de minutes sur une chaise par le personnel formé à cette technique. Progressivement, les membres de l'équipe soignante se sont appliqués entre eux ces massages courts « *parce qu'ils trouvaient de l'intérêt, comme ils étaient stressés, comme ils étaient fatigués, quand ils n'étaient*

pas en forme, quand ils prenaient leur poste de travail. » L'une d'entre elles est allée un plus loin en devenant formatrice et en organisant des actions de formation à l'extérieur. Le DRH l'a sollicitée pour, dans un premier temps, faire en interne des journées d'initiation et de démonstration sur tous les sites avec l'aide d'intervenants extérieurs. Dans un second temps, il a demandé aux membres du personnel si d'une part ils étaient intéressés et, d'autre part, s'ils étaient prêts à se former aussi, avec pour idée de disposer d'un réseau dans tous les services.

Si la politique globale en matière de prévention des RPS n'est pas toujours précisément connue de l'encadrement, le toucher-massage apparaît comme une mesure clairement identifiée. De fait, les séances se déroulant sur le temps de travail, cela implique que celui-ci organise le travail pour permettre au personnel d'y aller. *« On s'était organisé puisqu'en fait c'est sur leur temps de travail [...] — ça dure vingt minutes — pour qu'elles puissent y aller chacune leur tour »* (Cadre de santé). Pour la cadre de santé interrogée, ces séances sont bienvenues dans le travail des infirmières. Elles constituent *« des petites bulles dans leur quotidien. »* Parmi les mesures prévues dans l'accord Qualité de Vie au travail et mises en place par la direction, le « toucher-massage » est sans doute celle qui a le plus de visibilité auprès du personnel soignant : *« je sais qu'il y a des massages qui sont prodigués si on en veut, et j'ai vu une affiche en sortant de pause, on a un tableau d'affichage à côté de notre salle de pause avec une date bien précise où on peut bénéficier de ces fameux massages. »* (Aide-soignante). Pour autant, la connaissance du dispositif reste limitée : *« je ne sais même pas comment c'est organisé, s'il y en a régulièrement, s'il y a tous les jours, s'il y a une salle précise prévue pour cela... »* (Infirmière).

Le peu d'information dont disposent l'infirmière et l'aide-soignante sur les séances de « toucher-massage », à savoir leur caractère ponctuel et programmé, suscite l'ironie avec l'idée qu'il faut en avoir besoin le bon jour : *« Donc ça m'a fait un peu sourire, je me dis tiens, il faut vraiment prendre rendez-vous ou être là ce jour-là pour bénéficier des massages. Alors les massages a priori ce n'est pas à l'avance, ça doit être ponctuel quand on en a besoin. »* (Aide-soignante).

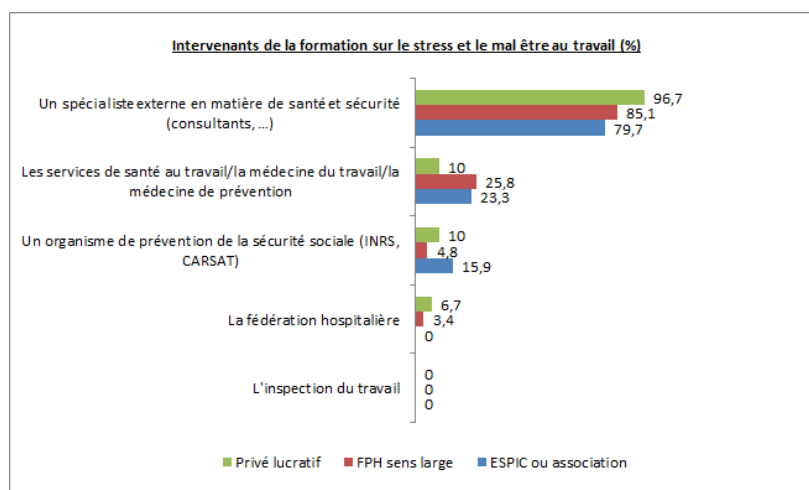
Sur le principe du dispositif, entre les personnels interrogés les avis sont partagés. Pour l'une, l'idée n'est pas mauvaise sous réserve qu'il soit possible d'accéder au dispositif sans prise de rendez-vous, quand le besoin s'en fait sentir : *« on se dit maintenant il faut que j'y aille, faut que ça me fasse du bien pendant 5 minutes, et je reprends le travail ; ça ce serait bien. »* (Infirmière). Pour l'autre, l'idée même que le travail fasse souffrir au point de nécessiter la mise en place d'un tel dispositif pose question : *« je ne sais pas, moi c'est le jour où le boulot me donne des contractures, je ne suis pas bien, tu arrêtes de bosser, tu changes d'endroit, je ne sais pas. [...] Ça me semble un peu ridicule en fait. »* (Aide-soignante).

La direction du groupe hospitalier a également porté un autre dispositif destiné à soulager individuellement le personnel de son stress éventuel : la méditation « pleine conscience ». Contrairement au « toucher-massage », celui-ci ne s'inscrit pas dans le cadre de l'accord « Bien-être » au travail. Mais, tout comme celui-ci, il a largement été porté par le DRH qui avait eu connaissance de cette technique lorsqu'il était juré de la Commission de recherche de la fondation du groupe qui récompense les meilleurs travaux de fin d'études de l'IFSI. Au départ circonspect sur le sérieux de l'approche, il s'est rendu compte en se documentant qu'elle était portée par le milieu médical (médecins, psychiatres) et était pratiquée par le personnel infirmier dans plusieurs établissements de santé : Institut de Formation en Soins Infirmiers » (IFSI) c'est

devenu pour moi une technique très sérieuse parce que ça permet de lutter très efficacement contre le stress. » Le dispositif de déploiement mis en place par la Direction est sensiblement identique à celui du « *toucher-massage* ». Le DRH a organisé une conférence réunissant des spécialistes de la « *mindfulness* » — psychiatres, consultants... — pour présenter la démarche et proposer un atelier d'initiation. Puis, pour les personnes intéressées, la direction de l'établissement a financé une formation à la méditation. Pour le DRH, l'engouement du personnel pour le dispositif est caractérisé à la fois par l'effectif concerné et sa diversité : « *à la conférence, il y a plus de deux cents personnes. Dans les ateliers d'initiation, donc une fois testée, il y a eu aussi plus de cent cinquante personnes. Et ensuite, sur les formations, j'ai eu cent vingt personnes qui se sont inscrites. Dix pour cent de l'effectif ! Et là aussi, toutes les catégories : la directrice des soins, l'infirmière, la secrétaire, la personne de l'accueil.* » Au total, le personnel a bénéficié du financement de huit séances de deux heures et demie.

5.3.4 La formation du personnel

Les actions de formation donnent elles aussi lieu à des pratiques éclectiques. Si elles sont présentes dans l'ensemble des établissements, elles vont de la focalisation précise sur les risques et les pathologies (sensibilisation aux RPS, prévention du stress professionnel, diagnostic RPS...) à des éléments plus lointains comme des formations au management ou à des techniques de relaxation ou à la méditation. En matière de prévention du stress et du mal-être, les formations en direction des agents prédominent sur celles du personnel encadrant (cf. tableau ci-dessus). Ces sessions sont très majoritairement animées par des spécialistes externes en matière de santé et sécurité (78 %) et finalement assez peu par des institutionnels, exception faite des services de santé au travail (21 %). Si les établissements privés lucratifs recourent plus fortement que les autres types d'établissements aux consultants spécialisés, ils sont en revanche plus en retrait dans la sollicitation des services de santé au travail (cf. tableau ci-dessous).



Source : Enquête Conditions de travail 2013

Dans l'établissement H1, le service formation déclare assurer des formations « estime de soi, émotivité, stress, gestion des conflits » assurées pour environ 60 personnes par an. Ces formations sont indépendantes de l'enquête bien-être. Elles s'approchent des formations au

stress délivrées il y a quelques années au sein de l'établissement HPL, mais qui ont depuis disparu. Le dispositif reste cependant encore présent dans les mémoires quand est évoquée la prévention des RPS. Il s'agit d'une formation au stress dont deux des trois interlocuteurs rencontrés ont pu bénéficier. Le regard porté sur cette formation s'étendant sur deux ou trois jours, et faisant notamment appel à la sophrologie, est contrasté. Pour les uns, il s'agissait d'un soutien : « [...] moi, par le passé, j'ai pu bénéficier quand même d'une formation sur la gestion du stress. Je peux dire que ça m'a bien servi » (Infirmière). Pour d'autres, c'est l'inverse : « moi ça n'a pas du tout marché, à cette époque ce n'était pas mon truc [...] Il faut adhérer moi je n'adhère pas du tout à la sophrologie. Je n'ai pas ressenti du tout ce que les autres ressentaient. Je n'arrivais pas à me concentrer. » (Aide-soignante 1).

Comme le montrent les chiffres de l'enquête conditions de travail 2013 présentés plus haut, il semble que l'encadrement bénéficie moins de formations spécifiques au RPS que les soignants. De fait, à l'instar de ce qui a été observé à l'hôpital H2, ce sont surtout les agents en formation de cadre qui bénéficient de module concernant la gestion des RPS. Ainsi, depuis environ cinq ans, les cadres de l'établissement HPL participent à une formation obligatoire délivrée par le groupe Générale de Santé. Longue de 16 jours, elle est essentiellement destinée à les positionner en tant que responsables. La question de la prévention des RPS figure parmi l'ensemble des thèmes abordés, ce qui pour la DRH se justifie par le fait que « ce sont les cadres qui sont les mieux armés pour appréhender ces problématiques de RPS ». En 5 ans, 10 cadres sur les 25 cadres que compte l'établissement sont partis en formation, soit une moyenne de deux par an. Pour autant, la DRH estime que dans les différentes formations qui sont proposées, « [la question des RPS demeure] quand même beaucoup de littérature... et c'est vraiment quand on est devant un cas concret qu'on arrive à se poser la question de savoir ce qu'on doit faire. » Selon elle, la difficulté ne provient pas tant dans la détection des RPS que dans leur prévention : « souvent comment faire face au RPS une fois qu'il s'est déclenché qui est complexe. Ils sont dans la capacité, tous, de se dire : là mon équipe ne va pas bien, ou là une personne ne va pas bien dans mon équipe. [Mais] les former sur la détection de ce risque, c'est une chose, mais les former ensuite sur une véritable prévention de ce risque et ensuite une action curative de ce risque est beaucoup plus compliqué. »

Notons cependant que les cadres de l'hôpital H1 ont demandé il y a déjà plusieurs années des formations sur la gestion des conflits et qu'elle a été mise en œuvre cette année. De la même façon, l'encadrement de l'hôpital HPLN peut bénéficier d'une formation à « la communication non violente ». Une cadre coordinatrice insiste sur le fait qu'elle permet de faire passer des messages sans basculer dans le conflit : « en fait ça libère plein de tension c'est-à-dire quand on a vraiment quelque chose de difficile à dire aux équipes, le fait d'utiliser cette technique c'est que ça engendre une discussion au lieu d'engendrer l'effet rebond du style je vous balance quelque chose vous me balancez quelque chose, je vous balance quelque chose. Il n'y a pas, ça diminue les tensions, et ça permet d'entrer en communication... »

Synthèse partielle.

Les mesures collectives s'articulent principalement à la volonté de réactiver des lieux d'expression passablement ébranlés par les nouvelles formes d'organisation du travail qui laissent peu de place à l'échange. Ces lieux peuvent prendre la forme classique de réunion d'équipe, mais sont parfois, dans notre échantillon, redéfinis par de nouveaux formats de durée et de positionnement horaire ainsi que l'élargissement à des tiers (psychologue, médecin du travail...). À l'instar des groupes de travail, ils ont pour enjeu le questionnement des pratiques professionnelles par les équipes.

Ces mesures collectives cohabitent avec tout un ensemble de mesures individuelles visant moins à prévenir les risques psychosociaux qu'à les prendre en charge. L'approche est alors moins centrée sur l'organisation que sur l'individu. Elle peut se décliner dans un accompagnement destiné à aider l'agent à faire face à des problèmes considérés comme personnels et pouvant tout à fait relever de la sphère privée. L'approche peut également déboucher sur un autre type de mesures visant cette fois à soulager ponctuellement la personne des désagréments physiques ou psychiques causés par son travail. Enfin, certains établissements voient également dans l'accompagnement un levier pour l'atteinte des objectifs de performance organisationnelle.

Outre ces dispositifs spécifiques figure la formation qui, comme bien souvent dans d'autres secteurs, est mobilisée comme un outil évident, qui permet d'apporter des solutions aux problèmes rencontrés sans pour autant qu'une évaluation de la pertinence et de l'efficacité opérationnelle de ces formations ne soit réalisée. Il n'est donc pas étonnant de retrouver ce levier de prévention des RPS dans la plupart des établissements de l'échantillon.

5.4 Une participation timide du personnel

5.4.1 Les agents

Aux yeux des personnels soignants rencontrés, les démarches liées aux RPS au sein de leur établissement apparaissent plutôt floues et peu identifiées. C'est particulièrement vrai des enquêtes RPS qui ont pourtant vocation à s'adresser à l'ensemble du personnel, mais qui, au dire des directions concernées, se sont heurtées à de faibles taux de participation. Ainsi, dans le Groupe hospitalier HPNL, une infirmière interrogée n'en a pas entendu parler « *En tout cas moi je n'ai pas eu d'échos, je n'ai pas participé du tout...* » À l'hôpital H4, une autre personne a essayé de répondre au questionnaire, mais n'en pas eu le temps, car trop long : « *j'avais essayé de le faire sur mon temps de travail, mais je n'avais pas fini.* » (H2E6). Et dans l'établissement HPL où le personnel a été sollicité tant le cadre de plusieurs démarches (Enquête Groupe, certification HAS, mise à jour du DUERP), c'est un sentiment de nébulosité qui domine : « *il y a eu des petits papiers de faits, je crois, il y a quelques années, mais moi, je n'ai pas participé [...] j'en ai entendu parler. C'était comme un espèce de brainstorming ou un niveau de la Générale de santé. Et puis il y a eu aussi [...] ça a dû être demandé pour l'accréditation de lister... ça fait partie des critères. [...] et les filles devaient dire ce qui leur posait problème dans chaque référentiel métier, aide-soignant, infirmière, on n'a pas eu de retour de ça [...]* » (Infirmière).

De façon liée, les groupes de travail généralement mis en place à la suite de ces enquêtes ont globalement été peu investis par le personnel soignant. Malgré leur multiplication, ces lieux d'échange touchent finalement assez peu de personnes dans les services. À l'hôpital H4, celles qui

n'y ont pas participé n'ont qu'une idée plutôt vague des thématiques traitées (« **il y en a eu sur le binôme IDE/AS, l'intendance, l'hygiène...** »), et de façon générale, ne savent pas ce qui s'y passe. Les participants rencontrés estiment quant à eux que les groupes ne se réunissent pas souvent, qu'il est difficile de dépasser la phase de diagnostic (« **c'est du blabla, on n'avance pas** » [H2E8]) et que si le dispositif offre une réflexion commune, les choses y semblent déjà jouées d'avance. Le même sentiment domine pour l'enquête « Bien-être » à l'hôpital H1 : « **c'était avant la certification, je pense que c'était pour faire bien... ça a pas trop évolué, le groupe de travail j'en ai plus trop entendu parler. [...] C'est dommage parce que j'étais assez motivée... après je sais pas si au niveau direction, ils voulaient vraiment que ça aboutisse, je ne sais pas, je sais après qu'il y a une cadre qui a fait un DU là-dessus... tout ça... mais on s'est plus jamais regroupé avec le groupe de travail.** »

Au final, domine, chez les agents interrogés, le sentiment d'un décalage entre ces enquêtes et groupes qui interrogent leur travail et le retour qu'ils en ont. C'est notamment le cas à l'hôpital H4 où la diffusion des résultats de l'enquête RPS lors de la convention annuelle du personnel n'a touché qu'une petite partie du personnel, qui plus est composée essentiellement de cadres. Cela se vérifie auprès des personnes interrogées qui, faute d'avoir pu assister à ladite convention en raison de la tenue de leur service, déclarent ne pas en connaître les résultats alors même qu'elles éprouvent un réel intérêt pour l'attention portée à leurs conditions de travail (« *C'est intéressant, on s'intéresse à nos conditions de travail, mais les résultats on les a pas vus.* » [H2E6]). De la même manière, les résultats issus des groupes de travail ne semblent pas avoir fait l'objet d'une diffusion. La première explication avancée, toute simple, est qu'à ce jour peu de groupes de travail ont abouti sur des propositions d'actions concrètes et leurs travaux sont, pour la quasi-totalité d'entre eux, toujours en cours. Mais, par ailleurs, la communication sur les travaux demeure restreinte et franchit difficilement, dans tous les cas, les portes du CHSCT pour être diffusée aux représentants du personnel. Il en résulte que si les agents interrogés évoquent l'existence de groupes de travail sur des sujets plus ou moins clairs pour eux, pratiquement aucun n'a idée des résultats obtenus.

Si ces dispositifs d'analyse et de réflexion sur les RPS demeurent abstraits pour les agents, ces derniers ont une meilleure visibilité sur les mesures pratiques mises à leur disposition. C'est notamment le cas des accompagnements psychologiques qui sont mis à leur disposition par certaines directions d'établissement ou encore des dispositifs plus spécifiques comme le toucher-massage dans le Groupe Hospitalier HPNL.

D'une façon générale, et alors même que les représentants du personnel sont clairement identifiés comme des recours face à l'exposition aux RPS et sont sollicités en ce sens, le rôle de l'institution représentative théoriquement en charge de la prévention des RPS, le CHSCT, apparaît parfois aux yeux du personnel soignant bien loin de leurs préoccupations en la matière. Dans l'établissement HPL, l'infirmière interrogée explique qu'« *il y a le CHSCT qui existe, mais ils sont absents.* » De la même façon, un autre dispositif institutionnel comme le DUER semblent ignorés des personnels. À l'hôpital d'Avignon, à la question « avez-vous connaissance du DUER ? », les interlocuteurs ont majoritairement répondu par la négative exceptés des agents (tous niveaux hiérarchiques confondus) dont les fonctions les amènent nécessairement à en connaître l'existence ou qui auraient participé à un moment donné à son élaboration. D'autres ont dit « en

avoir entendu parler », mais ne pas savoir où le trouver ni même qu'il pourrait être utilisé aujourd'hui comme support dans l'exercice de leur travail.

5.4.2 Le management

À moins d'avoir été directement associé à une réflexion dans un groupe de travail, comme ce fût le cas pour une bonne partie des cadres rencontrés à l'hôpital H4, l'encadrement est généralement peu disert sur les mesures de prévention déployées par les directions. Ainsi, à Strasbourg, une cadre de santé explique : *« J'en ai entendu parler [...] par des amies infirmières qui m'avaient dit que c'étaient intéressant, que ça y est on prenait enfin en compte leurs ressentis et pas forcément juste l'organisation du travail. »* (H3E5). Ces cadres de santé, qui ont conscience que la Direction *« a mis beaucoup de choses en place »*, jugent plutôt positivement les mesures développées *« qui peuvent être utiles »* et qui notamment peuvent *« permettre de sortir un peu la tête du guidon »*. Pour autant, ils n'ont pas toujours une vision très précise des actions se rapportant spécifiquement à la prévention des risques psychosociaux : *« le contenu exact ; j'avoue que je ne m'y suis pas spécialement penchée. »* (H3E5). Ce qui ne les empêche pas d'essayer de les mettre en place, si ce n'est à la lettre, au moins dans l'esprit : *« Je crois qu'il y avait aussi... je ne me rappelle plus de ce truc... sur les moments de convivialité qu'on devait faire aussi. Ça, on fait assez régulièrement. Alors, en O.R.L., c'est un peu plus compliqué, mais sur le digestif et la gastro, c'est des choses qu'on fait régulièrement. »* (H3E3).

Si certains cadres de santé sont parties prenantes des dispositifs déployés par la direction sur les RPS, leur investissement n'est pas acquis pour autant. Ainsi, à l'hôpital H4, leur position a été relativement attentiste. Certes, leur fonction a été représentée dans le Comité de pilotage sur les RPS et ils ont participé à la définition de la méthodologie de l'enquête. Les cadres de santé ont dû ensuite relayer l'initiative dans leurs équipes notamment pour inciter les personnels à répondre au questionnaire ou participer aux entretiens collectifs, mais sans illusions sur la portée de l'outil : *« Il fallait donner du sens aux équipes pour faire en sorte, leur donner les moyens peut être parfois les accompagner, mais qu'ils puissent remplir ce questionnaire s'ils souhaitent, mais là encore on ne mettait pas le couteau sous la gorge. [...] Oui, en même temps paradoxalement c'est que les gens ne sont pas bien, les agents ne sont pas bien, mais y a pas une forte participation au questionnaire. [...] Ce que moi je comprends de ce qu'on a vu en haut que c'est encore un questionnaire, de toute façon ça ne va rien changer et que on va perdre du temps et donc, il n'y a rien qui va, de toute façon. Les groupes, les groupes de pourparlers, bah c'est pareil, il n'y a pas eu grand monde. »* (Cadre de santé 1).

En tant qu'agents et donc également destinataires de ces dispositifs de prévention, l'encadrement y porte un regard tout aussi circonspect que les soignants. S'ils sont sensibles au côté *« institutionnel »* de la démarche, qui traduit une préoccupation de la Direction, ils peuvent également être sans illusions sur les résultats du fait des contraintes budgétaires : *« Alors c'est sûr que là ce qui était intéressant c'est que c'était une démarche institutionnelle. Donc se dire que peut-être au-dessus de nous aussi on essaie de favoriser le bien-être des professionnels c'est très important. Mais malheureusement, je pense qu'on n'a pas les moyens. »* (Cadre de santé 2).

Il n'est donc pas étonnant de constater que les cadres n'ont pas forcément participé plus massivement que les autres fonctions à l'enquête. Ainsi, dans l'établissement H4, certaines disent

ne pas s'être reconnues dans le questionnaire qui n'aurait pas tenu compte des spécificités du métier de cadre et des risques auxquels elles sont exposées : « *Donc il y a des cadres, tu sais des collègues qui m'ont dit, mais nous en plus ce questionnaire on n'a pas le temps quoi, on est débordés, il faut tout organiser, il nous manque du personnel, tout le monde n'a pas adhéré (...) Ça ne va pas, mais, on ne va pas dire "ça ne va pas" et on ne fait rien pour mettre en place des choses pour avancer ça, en tout cas pour aller le dire.* » (Cadre de santé 1). D'autres avaient le sentiment que ça n'allait servir à rien et n'ont pas eu le temps ou pas pris le temps de répondre.

Finalement, au-delà de ces mesures portées par les directions, le management associe plus spontanément la question des RPS à des réflexions et actions autour du travail et de son organisation au quotidien. Les cadres de santé sont ainsi plus enclins à parler de la problématique des plannings ou encore des moments d'échanges avec les équipes, que ce soit en individuel ou dans le cadre de réunion. Ils sont avant tout à la recherche de réponses immédiates aux agents, mais sont assez pessimistes sur la capacité de l'organisation à les apporter : « *les petites choses peuvent se faire, mais au niveau de l'organisation c'est long. Même les petites choses peuvent prendre du temps. Ça, c'est pénible. Des choses simples à faire tout de suite. Moi c'est ça que je veux, le concret, répondre à leurs problèmes au quotidien. Mais faut des autorisations pour changer les choses, les systèmes sont compliqués, c'est l'administration. C'est épuisant.* » (Cadre de santé 1).

Synthèse partielle.

Les soignants qu'ils soient simples agents ou encadrants ont une vision assez floue des dispositifs de prévention des RPS. Si ces dispositifs d'analyse et de réflexion sur les RPS demeurent abstraits pour les agents, ces derniers ont une meilleure visibilité sur les mesures pratiques mises à leur disposition. Le management associe plus spontanément la question des RPS à des réflexions et actions autour du travail et de son organisation au quotidien. De la même façon, les infirmières et les aides-soignantes semblent plus sensibles à la question des horaires, de la charge de travail et des moyens, notamment humains pour la réaliser. Ils semblent avant tout à la recherche de réponses immédiates que le management semble en incapacité de leur apporter sans interroger l'organisation.

5.5 Une gestion au plus près des pratiques professionnelles... localisée et limitée par les conditions de travail

5.5.1 Attentions portées aux individus et réunion d'équipe

Aux côtés des actions « institutionnelles » partagées par les établissements étudiés, la prévention des risques psychosociaux passe par tout un ensemble d'actions issues des pratiques professionnelles dont l'objectif est de résoudre les problèmes concrets pouvant survenir au quotidien. Ces actions ne sont en général, pas reconnues formellement comme actions de prévention des RPS, les personnes préférant parler d'actions de prévention de la santé au travail. Elles touchent à l'attitude de l'encadrement, les dispositifs d'accompagnements individuels ou collectifs, et enfin les « arrangements » dans l'organisation du travail. Elles sont déployées à un rythme qui leur est propre.

Attention aux individus

L'attitude du cadre est reconnue par beaucoup d'entre eux, mais aussi par les directions et les syndicats comme un facteur de protection de la santé au travail. Les cadres, selon leur histoire personnelle et professionnelle, vont alors dire être attentifs à la communication, à la prise en compte des situations personnelles, aux formes de reconnaissances. Certains formalisent leurs pratiques de prévention en donnant tout son sens à la notion de cadre de proximité. La position du cadre de santé, au plus près des équipes, donne le sentiment à certains de devoir et pouvoir anticiper les situations à risques pour les individus :

« Je suis là, pour accompagner une équipe... Faire que le travail soit moins stressant pour les agents parce que j'ai conscience de ce qu'elles vivent... Je dois intervenir parfois pour leur demander de s'arrêter et de se poser parce que je vois bien qu'elles montent en pression et que ce n'est bon, ni pour elle ni pour le patient. » (Cadre de santé, H3).

L'autre jour j'ai vu... j'ai aperçu une femme de ménage qui avait dû aller pleurer, je l'ai prise dans mon bureau, enfin voilà... » (Cadre de santé, HPL).

Une déléguée syndicale CGT renchérit : « *Quand vous empilez votre millefeuille, que vous avez de plus en plus d'activités, que vous êtes pas assez nombreux, que vous avez des patients plus exigeants, qu'on en demande toujours plus, si vous n'avez pas la couche de la cohésion de l'équipe et la couche du cadre ou du médecin qui vous dit "... là j'ai amené des croissants, merci, voilà, merci pour ce que vous faites", vous craquez.* » (Hôpital H2).

Dans la clinique HPL, cette dimension du rôle de cadre est aussi très présente et semble particulièrement partagée. Elle semble d'autant plus importante que les espaces de discussion sont faibles.

« *Ca nous est arrivé il y a quelque temps sur des aides-soignantes, je les ai rencontrées individuellement après je les ai rencontrées toutes les 2, les choses se sont améliorées. Et c'est souvent vu qu'elles sont dans le travail et n'arrivent pas à un moment à avoir un temps pour échanger entre elles et voir clairement les problèmes et leurs causes. Moi mon boulot c'est de les aider à pouvoir parler entre elles et d'essayer d'arranger.* » (Cadre HPL).

La fabrication des plannings

Cette attention à l'autre peut aussi passer par les plannings. « *Il y a des périodes où on rappelle tous les jours, où on a l'impression de les maltraiter... On connaît malgré tout les vies personnelles. J'essaie de ne pas mettre la pression. Des fois, je dis, celle-là, je ne la rappelle pas sinon...* » (Cadre de santé, H4). Une psychologue du travail insiste sur le rôle du cadre en mettant en avant le besoin de reconnaissance des agents. « *On est face à des agents qui ont des demandes qui ne sont pas aberrantes. Vu les sacrifices qu'on leur demande... juste merci vous faites bien votre travail, c'est... c'est tout ce qu'ils demandent quoi.* » Une cadre dit ainsi que ce qui est le plus dur pour un agent, c'est d'être rappelé quand on est en congés et plus encore l'incertitude qui pèse sur les rappels. Elle a alors mis en place des périodes intouchables, où les personnes sont certaines de ne pas être rappelées. (Cadre HPNL).

Des dispositifs d'échanges ad hoc.

Les dispositifs d'échanges qui soutiennent des individus et les collectifs de travail sont aussi des leviers de prévention des risques développés localement. La survenue d'évènements potentiellement traumatisants est un facteur déclenchant d'actions de soutien psychologique localisées et circonscrites dans le temps. Elles s'inscrivent dans le prolongement des pratiques professionnelles « standards » des soignants, de la médecine du travail, des démarches psychologiques. Confrontée au suicide d'une infirmière dans son équipe, une cadre de santé de l'hôpital H4 a ainsi demandé et obtenu la mise en place d'un groupe de parole auprès de sa supérieure et de la DRH. En l'absence de psychologue du travail dédié aux agents dans l'hôpital, la cadre fait appel à son réseau professionnel :

« *Moi j'ai fait remonter au cadre sup que là il fallait qu'on nous aide. Un psychologue est venu animer, c'était libre tout le monde n'a pas participé. [...] À ma connaissance, il n'y a pas une psychologue qui est rattachée à la DRH à laquelle on peut faire appel. Moi quand c'est comme, ça je fais appel à celle de réanimation que j'ai connue.* » (Cadre H2).

En dehors des évènements exceptionnels, les psychologues, les médecins du travail et les organisations syndicales disent écouter régulièrement des personnes en souffrance.

Des réunions d'équipe

Les réunions avec les équipes sont aussi considérées comme importantes et des cadres cherchent à promouvoir des espaces de paroles au sein desquels les problèmes liés à la pratique quotidienne pourraient être discutés. C'est d'ailleurs souvent une recommandation des intervenants RPS extérieurs. Ils prennent alors des formes variées, groupes de supervision, pour parler de cas difficiles, réunions courtes et fréquentes pour parler de problèmes rencontrés, ou plus simplement, réunions de service. À l'hôpital H1 par exemple, le cabinet d'experts a suggéré au pôle de médecine de se proposer comme pilote, pour expérimenter une réunion de service trimestrielle. Une cadre de santé de l'unité de dialyse de HPNL, en s'inspirant de ce qu'elle avait observé chez Auchan dans le cadre d'un stage de l'école des cadres, a créé des « quicks-réunions » dont le principe est d'identifier sur un temps court, les problèmes liés aux patients et aux équipes. À l'hôpital H1, les services ayant des soins palliatifs prévoient des réunions de supervisions mensuelles. À HPL, ce sont 4 réunions par an qui sont organisées, sur des horaires décalés pour maximiser les présences.

« Je prévois un thème principal, mais je laisse la possibilité de remonter des questions ou des problèmes, qu'on les évoque ensemble. En général, j'organise ces réunions le soir vers 20h30 pour une durée de 2h : approximativement à chaque fois j'ai une bonne vingtaine de personnes. Je tente des différents horaires. J'en ai essayé une à 16h j'ai eu 3 personnes donc je ne le referai pas. Mais j'essaye, la nuit je fais 1 réunion par an. » (Cadre HPL).

La prévention des RPS passe enfin par des « arrangements » au sein de l'organisation du travail. Ce sont parfois des « microarrangements » qui font partie de ce travail invisible d'organisation mené par les cadres (Bourret, 2014)²⁷. Ces arrangements organisationnels seront traités dans le chapitre suivant.

5.5.2 Les limites des pratiques « autonomes » : individus dépendantes et contraintes du travail

Ces dispositions, au plus près du travail, qu'elles concernent les attitudes managériales, la mise en place de soutiens ou les réorganisations du travail, présentent deux limites de mise en œuvre.

Localisées et individus dépendantes

La première est qu'elles sont individus dépendantes et très localisées. Elles dépendent du cadre, de sa sensibilité, de sa formation, de sa trajectoire. La formation des cadres sur les attitudes managériales et l'organisation du travail est encore peu formalisée et dans tous les cas, pas systématique, en particulier dans le public. Elle apparaît plus formatée dans le privé, en particulier

²⁷ Bourret, P. (2014). *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*. Seli Arslan.

lucratif, au moins pour la clinique étudiée qui appartient à un groupe. Beaucoup de cadres sont des « faisant-fonction » qui ne sont pas passés par la formation en école. Il est reconnu que les premiers salariés touchés par les RPS sont les cadres eux-mêmes, les rendant vulnérables aux risques de déploiement de mauvaises pratiques managériales. À la dépendance aux individus s'ajoute la dépendance aux unités de travail elles-mêmes. Ce qui se pratique dans un service peut ne pas être mis en place dans un autre pour des contraintes d'activité, de nature de la pratique médicale, de comportement des médecins.

L'obstacle des contraintes de travail

La deuxième caractéristique est que leur mise en œuvre se heurte très souvent aux contraintes du travail et à la disponibilité des ressources. Les cadres disent ainsi « *sur le principe, les réunions de service, c'est bien. [...] moi, ça fait un an que je n'ai pas le temps, que je n'ai plus le temps de faire des réunions programmées alors que c'était prévu toutes les six semaines dans les trois services.* » (HPNL). À H3, il existe bien des réunions de supervision sur les cas difficiles, organisées une fois par mois, ouvertes à tous les membres du service entre 12h et 14h. Si les médecins sont présents, les autres professionnels sont rares. Le travail de l'équipe en place est rarement terminé, celles qui viennent de finir leur service ou qui n'ont pas encore commencé ne prennent pas sur leur temps de repos pour assister à ces réunions. Un médecin souligne ailleurs : « *On a eu une aide-soignante qui a fait une tentative de suicide... bon... ça aurait mérité qu'une psychologue vienne... mais bon, il n'y a pas eu de suivi. Elles n'ont pas de disponibilité.* » Parfois, ce sont les contraintes sur les ressources qui ruinent les efforts de prévention. « *Vous pouvez faire tous les efforts que vous voulez en termes de reconnaissance, de communication. Si vous rappelez trois fois de suite une personne en repos, vous mettez tout par terre. Ça me rend malade.* » (Une cadre, H1). C'est aussi ce que ressent une infirmière sur un tout autre sujet, celui de la polyvalence. « *En ce moment, ils veulent nous faire tourner sur plein de services, ils veulent qu'on soit polyvalente... mais en fait on a plus de reconnaissance dans notre compétence infirmière... c'est dans l'air du temps d'être polyvalente, on vous met sur des plannings, comme des pions... On ne se sent pas en sécurité, on se sent dévalorisées...* »

Synthèse partielle.

À côté des dispositifs institutionnels orchestrés par le niveau central, les cadres des services de soins mettent en œuvre des pratiques plus autonomes, dans la tradition de leur profession et de l'activité d'encadrement traditionnel : attention à la reconnaissance, attention aux spécificités individuelles, groupes d'échanges ad hoc en cas de coup dur, réunion d'équipe, micro arrangement de l'organisation du travail. Ces initiatives montrent peu de différences entre les établissements publics et privés rencontrés, et pour cause... Ils partagent le même cœur de métier. De manière surprenante, les réunions d'équipe occupent une faible place et semblent devenir des événements exceptionnels, ayant été absorbées par l'intensification du travail et donc parfois enlevées puis remises en place. Il semble toutefois que les pratiques soient plus homogènes entre services dans l'établissement privé lucratif. Deux causes possibles à cela : sa taille et une formation des cadres plus standard et plus systématique au service d'un pilotage plus contrôlant et contrôlé.

Chapitre 6. Prévention des risques psychosociaux et organisation du travail

6.1 Des pratiques organisationnelles différenciées ayant un impact sur les RPS

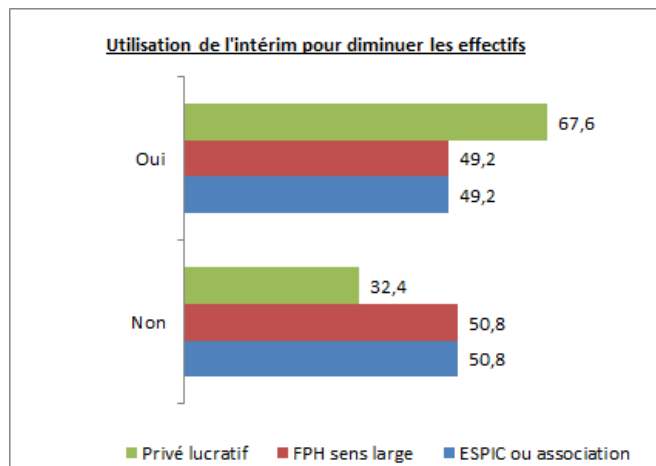
Au-delà de mesures explicitement ciblées pour la prévention des RPS, il existe tout un ensemble de pratiques touchant à l'organisation et ayant un impact direct comme facteur de risque ou de prévention. Parmi elles figurent tous les dispositifs mis en œuvre par les directions pour pallier l'absentéisme dont nous avons vu plus qu'il est au cœur des pratiques organisationnelles hospitalières. Le problème est que bien qu'ils soient conçus pour répondre à l'absentéisme, ils contribuent pour partie à son renforcement. Ainsi, l'équipe de Laurent Brami, Sébastien Damart et Mathieu Detchessahar estime à ce propos que l'absentéisme est pour partie « *autoalimenté* ». Les arrêts maladie peuvent être la conséquence directe de l'épuisement du personnel face à des plannings lourds et des rappels incessants. L'exemple de l'hôpital H4 montre que ce sont souvent les décisions prises pour compenser les absences (fermeture de services, rappel du personnel) qui sont elles-mêmes génératrices d'absentéisme. De l'avis des cadres de santé, confirmés par les représentants du personnel, il s'agit là d'un problème qui pénalise le bon fonctionnement des services. Ces dispositifs sont « *autolégitimant* » au sens où « *plus ils sont utilisés et plus leur recours est perçu comme légitime empêchant de fait toute possibilité de changement pour réduire l'absentéisme*²⁸. »

Les « Pools » et « Équipes Mobiles de Remplacement » pour faire face à l'absentéisme

Une pratique bien établie dans les établissements privés de l'échantillon

Les deux établissements privés — lucratif et non lucratif —, de l'échantillon ont mis en place des unités exclusivement dédiées au remplacement pour faire face à l'absentéisme. Un des enjeux de ces dispositifs est de limiter le recours à l'intérim qui s'avère extrêmement lourd pour les budgets. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la diminution du recours à l'intérim caractérise plus fortement (+18,4 points) le secteur privé lucratif, bien plus que les autres types d'établissements.

²⁸ Brami L., Damart S., Detchessahar M., Devigne M., Habib J., Kletz F., Krohmer C. (2014), *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*, Presses des Mines, collection Économie et Gestion.



Source : Enquête Conditions de travail 2013

À l'hôpital HPL, il s'agit d'un « pool » de remplacement qui intervient sur l'ensemble de l'établissement. Il est constitué de 18 infirmières en équivalent temps plein (ETP) et de 10 aides-soignantes, toutes en CDI. Ce sont le plus souvent des jeunes embauchées, le pool qui constituant « *la première porte pour intégrer l'hôpital* » avant qu'un poste se libère et qu'elles se fixent dans un service. Elles sont formées sur les services où elles effectuent prioritairement les remplacements. Pour la DRH de l'établissement, cela leur permet de développer des habitudes de travail et des relations avec le personnel et d'être ensuite directement opérationnelles. Certains membres du pool n'y sont qu'à temps partiel, par exemple à 50 %, et sont affectés le reste du temps dans un service classique, type cardiologie. Les remplacements via le pool sont directement gérés par une personne du service Ressources Humaines.

De son côté, le Groupe hospitalier HPNL a constitué une « Équipe Mobiles de Remplacement » (EMR) qui intervient sur ses différents sites. Il s'agit d'une équipe d'une quarantaine de personnes. Composée au départ uniquement de soignant, dans une proportion de 80 % d'infirmières et de 20 % d'aides-soignants et elle a ensuite été élargie à des personnels d'accueil-standard, de secrétariat médical ou encore des sages-femmes, de manière à réduire le recours à l'intérim ou aux CDD. L'EMR est essentiellement composé de volontaires auxquels peuvent s'ajouter, par exemple, des personnes revenant de congé parental auxquels il n'a pas pu être proposé de postes ailleurs. D'une façon générale, il s'agit d'un personnel jeune, le DRH considérant, à l'instar de son homologue de l'hôpital HPL, que l'EMR, « *pour une jeune infirmière qui sort de l'école, c'est assez formateur* ». À terme, la direction du Groupe Hospitalier HPNL envisage également de créer sur ses plus gros établissements, des équipes mobiles de remplacement de site. L'idée est de couvrir tout l'absentéisme non prévisible avec des personnes dédiées au site qui en connaissent bien les services.

L'internalisation de l'intérim : l'exemple du pool du Groupe HPNL

Outre l'EMR, le Groupe Hospitalier HPNL dispose lui aussi d'un « pool », mais qui lui est alimenté par du personnel extérieur. Il s'agit en fait, selon les propres termes du DRH, d'une « structure d'intérim interne ». À son arrivée dans l'établissement en 2010-2011, celui-ci a estimé que le recours à l'intérim était trop coûteux sans pour autant garantir le niveau de qualité de service

attendu. Il a donc décidé de créer un pool de remplacement, à savoir une équipe de personnes qui ne sont pas salariées du groupe hospitalier, mais qui sont disponibles à tout moment pour un remplacement. Pour les gérer, il a créé un poste à temps plein de responsable recrutements et remplacements — tenu par une personne issue du groupe Adecco — assisté d'une secrétaire chargée de rédiger les contrats. Ce pool est entretenu en permanence pour qu'en cas de besoin, les personnes de ce vivier puissent être contactées et, selon leur disponibilité, recrutées en CDD. Le profil des membres du pool est légèrement différent de celui de l'EMR dans le sens où il fait plus appel à des retraités, et notamment des retraités de la fonction publique qui ont pu faire valoir leurs droits au bout de quinze ans. Ce sont parfois aussi des personnels de la fonction publique hospitalière encore en exercice. Ils trouvent dans cette activité un appoint tout en conservant la décision de travailler ou non. Comme nous le verrons pour l'EMR, le DRH souligne l'écoute accordée aux attentes de ces personnes qui « nous donnent leur disponibilité » : « *Elles nous disent "voilà, moi, je suis disponible à telle date, mais là, je n'ai pas envie de venir" ou "je préfère faire des matins" ou "je ne veux pas faire de nuits, je ne veux pas aller à tel endroit".* » Et le DRH de souligner la fidélisation des remplaçants que permet le pool et sa contribution à l'amélioration la qualité de leur prestation

Dans l'échantillon étudié, certains hôpitaux publics semblent s'être dotés d'une structure semblable au pool ou à l'EMR. Ainsi, avant la mise en place des pôles, il y avait un pool de remplacements au niveau de l'établissement H3. Tout comme pour le Groupe Hospitalier HPNL, il s'agissait de supprimer le recours à l'intérim pour limiter le budget de remplacement des absences de courte durée. De la même façon, l'établissement H4 semble disposer de l'équivalent d'un pool, mais ses membres — en nombre trop restreint — ayant été directement affectés à des remplacements longs, il a perdu toute efficacité pour pallier l'absentéisme de courte durée.

D'après les chiffres de l'enquête Conditions de travail 2013 présentés dans le tableau ci-dessous, il semble que les établissements privés lucratifs disposent trois fois plus souvent d'un pool de remplacement que les autres types d'établissements.

Utilisation des pools de remplacement par caractéristiques d'établissements

	B4bH5	Pool de remplacement (infirmières, aides-soignants...)
Variabes	Estimation	Odds / Odd-ratios
Statut		
Hôpital public	0.07 (0.22)	1.07 ns
Hôpital privé lucratif	1.27 (0.27)	+ 3.32***
Hôpital privé non lucratif	0.43 (0.24)	1.43 ns
Spécialités		
– Médecine, Chirurgie, obstétrique	1.05 (0.10)	+2.86***
– Psychiatrie	0.92 (0.17)	+2.51***
– Soins de suite, réadaptation	0.80 (0.11)	+2.23***
– Soins de longue durée	1.03 (0.15)	+2.80***
– Hospitalisation à domicile	1.03 (0.21)	+2.80***
Taille		
Petit	-0.20 (0.28)	0.82 ns
Moyen	0.75 (0.30)	+2.59*
Grand	1.34 (0.32)	+4.66***

Des contraintes de mobilité et un impératif de compétences

L'activité au sein de ces équipes, destinées à pallier les absences, est par nature imprévisible. Leur personnel a un planning théorique, mais il sait qu'il peut non seulement être amené à changer plusieurs fois de services et devra s'adapter en mobilisant des compétences différentes selon la spécialité du service. Selon le DRH du Groupe hospitalier HPNL, « *la difficulté pour ces salariés-là, c'est de devoir s'adapter à tous les sites, à tous les services. Alors, même s'ils ont un planning prévisionnel, on peut tout à fait leur dire "c'était prévu d'aller à tel endroit en chirurgie demain, mais, en fait, tu iras à tel endroit en polyclinique"* ». L'encadrement qui a conscience que ces changements de dernière minute ne sont pas forcément bien perçus par le personnel et s'efforce de respecter un minimum de règles, ne serait-ce que pour être en conformité avec le droit du travail en termes de délai de prévenance.

Une autre difficulté pour le personnel de ces équipes est l'intégration dans les services. Le DRH HPNL explique ainsi « *Ils arrivent, ils ne sont déjà pas habillés comme les autres, puisqu'ils ont des tenues jetables alors que les autres ont leurs propres tenues avec leur nom dessus. Donc, il y a une question de sentiment d'appartenance qui est un petit peu mis en retrait.* » Une infirmière de l'hôpital HPL ayant appartenu au pool confirme qu'il y a des services « *où on a moins d'affinités avec certains médecins [...] où il y a des habitudes qui sont différentes. Chaque service a ses spécificités organisationnelles, tout ça, donc c'est pas toujours...* »

Enfin, la question des compétences se pose également avec un personnel qui redoute d'aller dans des services pour lesquels il n'a pas été formé à l'activité. Et la DRH de l'Hôpital HPL de confirmer que « *[la réanimation et la dialyse] sont des métiers trop spécifiques et ça serait mettre en danger surtout les personnels, mais encore plus les patients, que d'y mettre des infirmiers qui n'ont pas été formés* ». Nous verrons plus loin que cette problématique se pose également dans le cadre de la mobilité entre et au sein des pôles des hôpitaux publics.

Face à ces contraintes et difficultés, les établissements ayant instauré ces équipes de remplacement prévoient des garde-fous et des contreparties pour leur personnel.

Des compensations et des garde-fous

La contrepartie à la grande flexibilité des équipes de remplacement réside, outre le complément de rémunération mis en place à l'hôpital HPNL, dans une plus grande écoute de la Direction vis-à-vis des attentes du personnel : *« on est plus souple sur leurs desiderata : “Je ne peux pas travailler le mercredi”, “je ne veux pas travailler tel jour”. On est beaucoup plus à l’écoute de leurs demandes. On essaye de compenser un petit peu »*. Une ancienne infirmière du pool HPL évoque elle aussi ces contreparties : *« dans le cadre du pool, c’était un avantage. C’était très mobile, on pouvait appeler la veille pour le lendemain, en contrepartie je prenais mon congé, c’était donnant-donnant. »*

Outre les compensations, la DRH de l'hôpital HPL explique qu'au sein de son pool, il existe une forme de spécialisation qui permet de s'assurer que les personnes affectées en réanimation ou en dialyse sont formées pour le faire et de souligner qu'*« une “poolette” n’ira pas aux urgences si elle a pas été formée aux urgences »*. Et d'expliquer que la personne au service RH en charge des remplacements dispose d'un tableau de compétences qui lui permet de s'assurer que *« telle personne dans le pool connaît les urgences, l’ambulatoire ou les soins externes »*. De fait, infirmières et aides-soignantes interrogées confirment cette importance de la formation pour évoluer dans ce type d'équipe : *« alors moi j’ai fait du pool hein, donc à partir du moment où je suis formée, ça me dérange pas de faire un service. »*

Au final, il semble qu'il y ait un certain attachement des personnels à la présence d'une équipe de remplacement. Ainsi, il y a environ cinq ans, le Groupe a demandé à l'hôpital HPL à ce que le pool de remplacement soit supprimé. Cela a suscité d'énormes tensions chez le personnel qui s'est retrouvé constamment rappelé... Un an plus tard, le pool a donc été recréé au sein de l'établissement.

Si la notion de pool semble plus fréquente dans les établissements privés, il ne faut pas perdre de vue qu'il existe également des « Services de compensation et de suppléance » dans les hôpitaux qui remplissent les mêmes fonctions. Il semble cependant que dans les établissements publics, la mobilité et la polyvalence des personnels pour compenser l'absentéisme se joue au sein des pôles ou entre les pôles.

6.2 Des regroupements en pôles et une polyvalence qui inquiètent les agents

Favoriser l'« entraide » dans et entre les pôles

Sans qu'il soit possible de trancher ici entre les effets de taille ou de statut, il semble que, pour les établissements publics de notre échantillon, la question de la gestion des absences se joue au départ au sein des pôles à travers la promotion d'une certaine polyvalence des agents. Rappelons

que la mise en place des pôles renvoie aux ordonnances de 2005²⁹ qui s'inscrivent dans les dispositions du plan « Hôpital 2007 » dont l'un des objectifs était d'optimiser les compétences et les ressources au sein des établissements hospitaliers³⁰. Les « pôles d'activités », dirigés par un médecin, assisté d'un cadre de santé et d'un responsable administratif, doivent ainsi permettre le décloisonnement interne de l'hôpital. Concrètement, les services hospitaliers qui reposaient déjà sur un regroupement d'unités médicales se regroupent à leur tour. Ce nouveau découpage de l'hôpital répond avant tout à une logique économique : il s'agit de mutualiser les ressources afin de limiter les dépenses. Les hôpitaux élaborent les pôles comme ils l'entendent.

À l'hôpital H4, comme à H2, le déménagement dans le nouveau bâtiment hospitalier en septembre 2014 a été l'occasion d'une réorganisation en profondeur de l'établissement. Le regroupement de services au sein des pôles a permis une mutualisation des personnels. Concrètement, un cadre de santé confronté à un arrêt de travail peut désormais s'appuyer au volant de remplacement prévu au sein du pôle. Cependant, les ressources de ce volant (2 à 5 agents par métier) sont vite épuisées. Il peut alors se tourner vers l'entraide dans le pôle, c'est-à-dire voir avec les cadres de santé des autres services du pôle si on peut faire appel aux agents de leurs services. Et s'il ne trouve toujours pas de remplaçant, il fait alors appel au cadre supérieur de santé pour activer l'entraide entre pôles. Cela signifie que désormais, les personnels rappelés dans le cadre d'un remplacement peuvent s'attendre à être orientés dans des services différents du leur. Une infirmière de l'établissement témoigne : « *On voit l'évolution des choses. Il y a quelques années effectivement les infirmières étaient cantonnées à leur service, à leur spécialité, et puis après il y a eu la notion de pôle qui a élargi. Donc on demande aux infirmières d'être plus mobiles. Par exemple dans un pôle, un pôle peut regrouper plusieurs services : on a par exemple la chirurgie, mais ça peut être la chirurgie urologique, digestive, ou gynécologique si vous voulez.* » (H4, infirmière).

À l'hôpital H3, face à une situation budgétaire qui commence à se dégrader, la direction générale amorce une politique de limitation des remplacements et tend à développer le recours à l'entraide « interservices » pour faire face à l'absentéisme. Un cadre de santé témoigne : « *Là par exemple ce matin une de mes collègues m'a appelé en disant... j'ai un arrêt de travail, j'ai personne pour cet après-midi, je suis bloquée, j'ai aucune ressource... Du coup ce matin j'ai quand même appelé une aide-soignante du service d'ici en lui disant que je vous appelle dans le cadre de l'entraide interservices qu'on développe au sein de l'hôpital et est-ce que vous pourriez venir travailler cet après-midi ? Elle m'a dit non, j'ai dit j'entends que vous ne pouvez pas, mais je lui ai répété, je me permets de vous appeler dans le cadre de... parce que un jour peut-être que nous ça nous arrivera et qu'on sera content que quelqu'un d'un autre service vienne nous aider nous dans le service. C'est des messages qu'au niveau institutionnel on nous dit de commencer à passer. Donc il faut y aller tout doucement, les accompagner dedans ça parce que... Et c'est difficile, ça c'est difficile.* » (Cadre soins palliatifs).

²⁹ L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 et l'ordonnance n°2005-1112 du 1er septembre 2005 qui portent sur l'organisation interne des établissements publics de santé (EPS).

³⁰ Crozet P., Kaaniche A., Lienard J. (2008), "Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines", *Politiques et management public*, Vol 26/2|2008.

Un objectif de mobilité assimilé à de la polyvalence

Au-delà des remplacements, c'est une politique générale de mobilité des personnels entre les services que plusieurs des établissements publics de l'échantillon tentent de développer. La Direction de l'hôpital H4 développe ainsi une échéance de mobilité à deux ans pour les agents. Cela passe notamment par des rotations des nouveaux arrivants entre les différents services d'un même pôle. Cette politique de mobilité est perçue par les agents comme une volonté de développer la polyvalence : « *Eux, ils veulent vraiment de la polyvalence. Pas que de la chirurgie vasculaire, ils veulent qu'on soit "pôle chirurgie" voire un peu plus large. Ils veulent vraiment, mais ils ne le disent pas vraiment, mais veulent qu'on tourne dans les services donc qu'on passe deux ans je ne sais pas en chirurgie vasculaire, deux ans en ortho, deux ans en O.R.L. donc, ils veulent de la polyvalence...* » (H7, infirmière).

Ce sentiment est confirmé par un représentant du personnel de l'établissement pour qui la Direction met en place des parcours au sein des pôles destinés à favoriser ultérieurement la mobilité : « *la polyvalence c'est depuis deux ans. [Dans] le pôle Mère et Enfant — j'en faisais partie, donc je le connais assez bien — maintenant, les auxiliaires puéricultrices sont obligées — parce qu'au départ c'était sur la base du volontariat — de travailler quatre mois en gynécologie, quatre mois en maternité et six mois au bloc d'accouchement. [...] Et la mobilité on n'est pas bête, on sait très bien que quand vous êtes formés dans trois services différents, dès qu'il y a un arrêt on vous rappelle : ça sert à ça la mobilité.* » (H4, Représentant syndical).

Ce sentiment se retrouve chez le personnel de l'hôpital H3 « *[on] a l'impression qu'en ce moment, ils veulent nous faire tourner sur plein de services, ils veulent qu'on soit polyvalente [...] du coup on se dit, mais en fait on a plus de reconnaissance dans notre compétence infirmière en oncologie. C'est dans l'air du temps d'être polyvalente, on vous met sur des plannings, comme des pions... C'est vague, mais on ne se sent pas en sécurité...* » (H3, infirmière).

Des pratiques de remplacements génératrices d'angoisse pour le personnel

Ces politiques de mobilité destinées à faire face à l'absentéisme dans le cadre des pôles constituent un facteur d'angoisse pour le personnel. L'arrivée dans une autre unité est vécue comme angoissante, car associée à la peur de mal faire faute d'une bonne maîtrise de la spécialité. À l'hôpital H4, l'échéance de mobilité à deux ans prônée par la Direction semble trop courte aux agents interrogés pour une bonne appropriation des soins : il faut connaître les pathologies, les protocoles, les médecins ou encore les manipulations pour les toilettes. Et certains services de destination, notamment ceux où l'urgence prime, inquiètent plus que d'autres.

L'appréhension de ne pas « être à la hauteur » concerne aussi bien le personnel soignant que le personnel administratif, comme le pointe le délégué CFDT de l'Hôpital H1 : « *Donc on considère que le travail technique est strictement identique d'un secrétariat médical à l'autre, donc n'importe quelle secrétaire d'un pôle peut aller remplacer dans un autre service. Moi je dis non. Je dis : un des facteurs angoissants dans le travail, c'est de pas se sentir à la hauteur de la tâche pour laquelle on est mandaté... si par exemple une secrétaire est affectée dans le service d'O.R.L., mais*

que régulièrement elle va dans le service de chirurgie orthopédique, elle connaît les gens, elle connaît les lieux, elle connaît l'activité, elle peut aller remplacer. Si par contre on la parachute de l'autre côté de l'hôpital, effectivement, le travail technique est le même, mais les mots sont pas les mêmes, les lieux sont pas les mêmes, les habitudes sont pas les mêmes, le matériel est pas les mêmes bon, les médecins n'ont pas les mêmes comportements, donc ça fonctionne pas comme ça.» Au-delà de la perte de repères, un cadre de santé pointe le fait que l'entraide « interservices » peut donner le sentiment aux agents le sentiment de passer pour interchangeables et dépossédés de la reconnaissance de leurs compétences spécifiques.

Une mobilité plus professionnalisée dans le privé ?

Effet de taille ou effet de statut, certains éléments mis en évidence laissent à penser que les processus de mobilité du secteur privé de l'échantillon à travers les équipes de remplacement (pool, EMR) semblent plus aboutis et plus professionnalisés que pour les mobilités organisées dans le cadre de l'entraide au sein des pôles de l'hôpital public :

- *L'appartenance à l'équipe de remplacement prévoit une meilleure rémunération. À notre connaissance, il n'y a guère que l'hôpital H1 dans notre échantillon qui pratique systématiquement le paiement en heures supplémentaires des remplacements.*
- *Les équipes de remplacement sont clairement identifiées comme un sas d'entrée pour les nouvelles recrues. Les mobilités dans le cadre de l'entraide entre pôles s'adressent à tous les agents, même si, a priori, il faut qu'ils soient volontaires.*
- *La gestion des compétences individuelles des équipes de remplacement est facilitée par la gestion centralisée au niveau de la RH. La gestion décentralisée des mobilités au niveau des pôles n'offre pas un suivi aussi formel des compétences, mais repose plus sur la vigilance des cadres de santé qui négocient entre eux l'affectation des remplaçants.*
- *Il semble qu'à la fois dans les équipes de remplacements et dans le cadre de la mobilité intra pôle, les parcours de formation et les spécialisations des individus, destinés à s'assurer de l'adéquation des compétences des agents avec les besoins de remplacements, demeurent largement informels : « L'idée, c'est de favoriser la mobilité des gens dans tous les services, mais d'y aller progressivement, pas à l'arrache comme c'était proposé la première fois, de permettre aux gens d'être formés » (HPNL, Cadre de santé).*

Des plannings qui mettent en tension le personnel

Les plannings apparaissent comme un autre moyen de compenser la tension sur les effectifs que rencontrent les établissements de santé et les effets déstabilisants de l'absentéisme sur l'organisation. Mais là encore, ces solutions peuvent être elles-mêmes génératrices de risques psychosociaux. Cela se vérifie aussi bien pour la mise en place des horaires de 12h que pour d'autres types de plannings, prévus pour optimiser les ressources des établissements.

6.3 Le débat autour des 12h présent dans les établissements

À l'instar de nombreux établissements hospitaliers en France, la question du passage à horaire de 12h journalier a été un sujet d'organisation dans les établissements de l'échantillon. Pour autant, les situations sont loin d'être homogènes. Ainsi, l'hôpital privé lucratif HPL fonctionne actuellement sur cette amplitude et envisage même un passage à 12h30. À l'inverse, l'hôpital public H4 l'avait adopté en 2012, mais est revenu à un horaire de 7h30 en 2014, à l'initiative de la Direction. Entre les deux, le Groupe Hospitalier HPNL a adopté les 12h pour les services de dialyse et d'urgence, les autres restants à 7h33. Il en va de même pour l'hôpital H1 dont seuls quelques services sont sur une amplitude de 12h.

Cette diversité des situations suffit à montrer qu'il s'agit d'une question organisationnelle complexe. Il est d'ailleurs à noter qu'il s'agit d'un horaire totalement dérogoatoire à la durée légale du travail. Or, les syndicats se trouvent partagés entre des agents, généralement les plus jeunes, plutôt favorables aux avantages procurés par l'amplitude des 12 heures (diminution du nombre de jours de présence, diminution de la durée globale de trajet domicile-travail...) et la dénonciation des effets de ce type d'organisation sur la santé, notamment celle des plus agents les plus âgés. Un clivage largement observé par exemple à l'hôpital public H4 ou encore dans le Groupe Hospitalier privé HPNL.

Le débat des 12 horaires vu par le directeur du Groupe Hospitalier HPNL

« Il y a un autre gros débat chez nous. C'est les douze heures. Les salariés sont très demandeurs des douze heures, mais les syndicats et le médecin du travail sont vent debout contre les douze heures. Les syndicats pour des raisons extrêmement idéologiques et le médecin du travail parce que cela peut avoir des incidences sur la santé. [...]. Mais c'est vrai que les salariés voient un vrai intérêt — surtout les jeunes —, parce qu'on est moins souvent au boulot, on a moins de frais de déplacement, moins de frais de garde, et ce que mettent les salariés en avant dans les services de soins, c'est qu'il y a une meilleure prise en charge des patients. En fait, on a plus de temps pour s'en occuper. Si on ne fait pas la toilette le matin, on peut encore la faire l'après-midi, et puis il y a moins de temps de transmission aussi, forcément. Donc les salariés, eux, ils sont très favorables, sauf que c'est totalement dérogoatoire à la durée légale du travail, donc il faut qu'on signe des accords d'entreprise et mes déléguées syndicales sont toutes des anciennes. Elles sont plutôt aides-soignantes, elles sont plutôt en fin de cinquantaine. Donc elles, elles n'y voient pas du tout d'intérêt. Douze heures, systématiquement, elles refusent de signer des accords. Bon, j'ai quand même réussi à signer deux accords. Un pour la dialyse et un pour les urgences. En fait, on a déjà tout le service de maternité depuis des années, où ils sont tous en douze heures et personne n'est prêt à revenir à 7h33. Ce qu'on a essayé de faire avec les douze heures, c'est d'inscrire une alternative. Il ne s'agit surtout pas que dans un service, tout le monde soit en douze heures. On veut pouvoir mettre que ceux qui ne veulent pas faire les douze heures puissent ne pas faire les douze heures. Ça sera plus compliqué pour faire les plannings parce que si vous avez tout le monde en douze heures, c'est beaucoup plus simple. Vous en avez un qui fait sept heures dix-neuf heures et un qui fait dix-neuf heures sept heures, mais si vous devez remplacer quelqu'un qui fait douze heures par deux personnes qui font sept heures, forcément ça déborde. Ça fait deux heures en trop. Donc, c'est un peu compliqué à mettre en place, mais on va, je pense, petit à petit y arriver, sachant que ça n'a jamais été la direction qui a été demandeur de douze heures. Nous, si tout le

monde travaille en 7h33, ça ne nous pose pas de problème majeur. » (HPNL, DRH).

De fait, les effets des 12h sur la santé sont désormais bien établis et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère de la Santé recommande aux établissements d'étudier les alternatives possibles au travail en 12 heures avant de mettre en place ce mode d'organisation de travail. Elle introduit ainsi son guide en précisant que : « *Comme toute organisation du travail en horaire atypique, le travail en 12h a des effets sur la santé des personnels et sur la sécurité des soins qui peuvent se cumuler avec d'autres effets déjà identifiés dans la littérature. Aussi, avant de décider la mise en place d'une organisation du travail en postes d'amplitude de 12 heures, il est nécessaire d'étudier les alternatives possibles à ce mode d'organisation*³¹. »

Des acteurs en santé et sécurité au travail ont fait le point sur cette question à partir d'une synthèse de leurs observations de terrain avec un travail bibliographique³². Il ressort que les principaux effets secondaires de ces postes longs comparés aux postes de 8 heures sont : « la prise de poids, l'augmentation des erreurs, d'accidents du travail et de trajet, des conduites addictives, des troubles musculosquelettiques et des pathologies du dos. De plus, les salariés exposés à ces horaires atypiques doivent réaliser un arbitrage entre leur santé et leur disponibilité familiale, et ceci fréquemment au détriment de leur santé ». Les auteurs de l'étude concluent que « cette organisation en postes longs ne devrait être adoptée que dans les cas d'absolue nécessité et en tenant compte de préconisations qui en limitent les effets négatifs. » Sans doute faut-il ajouter que le passage en 12 heures implique, en principe, une diminution des temps de transmissions. Or, le manque de temps d'échange constitue sans doute une des récriminations les plus fréquentes dans le discours des agents, mais aussi de l'encadrement.

Au regard de l'échantillon étudié, à l'exception notable de l'hôpital HPL qui vise une amplitude horaire de 12h30 pour optimiser son ratio patient/infirmière, l'enjeu pour les directions ne semble pas tant la mise en place des 12h, mais plutôt la conception de plannings permettant de rendre plus facilement disponibles les agents afin de procéder aux remplacements à moindre coût.

6.4 Optimiser le ratio patient/infirmière à travers un horaire unique

À l'hôpital HPL, le sujet actuel est le projet d'horaire unique, c'est-à-dire un horaire standardisé pour tous les agents. En effet, jusqu'à présent, les personnels arrivent de façon échelonnée ce qui multiplie les temps de transmission. Le passage à l'horaire unique permettrait de faire arriver tout le monde en même temps et de ne réaliser qu'une seule transmission le matin et une seule transmission le soir. Mais cela oblige à augmenter l'amplitude de travail d'une demi-heure, de 12h à 12h30, pour que les équipes de jour et de nuit puissent se croiser. Ce projet s'accompagne par ailleurs d'une augmentation du ratio nombre de patients par infirmière que la direction justifie

³¹ Ministère des affaires sociales et de la santé/ DGOS (2016), *Les organisations du travail en postes d'amplitude 12h dans les établissements de la fonction publique hospitalière : réglementation, recommandations et démarches de prévention associées*, Commission "Hygiène, sécurité et conditions de travail" du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

³² Weibel L., Herbrecht D. G, Imboden D., Junker-Mois L. BannerotB.(2014), "Organisation du travail en 2x12h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs", *Références en Santé au Travail*, n°137.

par une volonté de centraliser les tâches administratives sur un binôme infirmière/aide-soignante — avec l'idée que ces postes pourraient être proposés en reclassement à des personnes en situation d'inaptitude — ce qui dégagerait les autres soignants de ces tâches administratives.

Selon la Direction, le fait de réduire les temps de transmission est accueilli favorablement par le personnel parce que cela dégage de la disponibilité pour être auprès des patients et parce que cela évite les risques de déperdition de l'information. Il n'empêche que ce projet a suscité de vives tensions parce que le changement d'horaire impactait leur vie personnelle et rallongeait leur journée d'une demi-heure après 12 heures de soin (« *c'est énorme* »), mais aussi parce que l'augmentation du nombre de patients à soigner signifiait une intensification de leur travail : « *Les équipes ont sollicité le CE, les délégués du personnel, enfin toutes les instances représentatives du personnel, elles nous ont demandé de nous rencontrer en disant : mais c'est pas possible, nous on veut absolument pas qu'on nous augmente le ratio infirmières/patient, on a déjà du mal à s'en sortir. C'est des élus qui ont relayé l'inquiétude au niveau de la direction [...] Et puis on commençait à parler de conflits, enfin d'arrêt de travail, de mouvements de grève, enfin on sentait qu'il y avait vraiment une... Oui, je pense que c'est pour ça qu'ils ont pris la décision, plutôt que d'imposer quelque chose qui visiblement était facteur de beaucoup de stress, de revoir leur copie et de proposer les groupes de travail, ce qui a été une très bonne chose à mon avis.* »

Suite à cette menace sociale, la direction a préféré reprendre le projet et le soumettre à discussion dans des groupes de travail implanté dans chaque équipe pour faire des propositions concernant l'horaire unique. Ces groupes de travail, outre les personnels du service, comprenaient des membres de la direction, le responsable qualité, des représentants du personnel et représentants syndicaux et se sont réunis de façon hebdomadaire sur une période de 5 à 6 semaines : « *Les groupes de travail ont réfléchi à la question, et est sorti de ça une proposition qui n'était pas celle qu'avait fait la direction à la base, vous voyez ? Donc ça a été positif parce que en fait les gens, on leur a permis de s'emparer du sujet et de réfléchir service par service comment on pourrait à la fois répondre à certaines exigences de la direction.* » Ils ont fait des propositions en réfléchissant à l'organisation du travail avec passage à l'horaire unique, mais sans augmenter le ratio nombre de patients par infirmière.

Au final, les groupes de travail ont finalement proposé un horaire unique, mais avec des heures adaptées à chaque spécificité de service selon ses besoins. Les personnels ont également préféré ne pas centraliser les tâches administratives sur un binôme, mais continuer à les partager afin de ne pas augmenter le ration patients/infirmière : « *Elles, elles ont jugé que sur 12h30, avoir des patients en plus c'était difficile et puis elles ne voyaient pas l'opportunité... le bénéfice d'être déchargées des tâches administratives, enfin de couper le versant soin, le versant administratif.* »

« Semaine blanche » et planning « perpétuel »

Dans les établissements publics et privés non lucratifs, les ambitions liées à l'évolution des plannings visent certes à mieux affecter l'effectif au regard de l'activité, mais aussi de rendre plus acceptables les conditions des rappels et de la mobilité pour le personnel en lui permettant de les anticiper.

À l'hôpital H4, les changements de plannings de travail ont clairement été identifiés par l'enquête RPS comme un motif important de dégradation des conditions de travail. De fait, en 2012, le passage de 7h30 à 12h a été considéré comme déstabilisant tant il remettait en cause l'organisation du travail, mais également la vie personnelle. Après un temps d'adaptation, une partie du personnel a apprécié les bénéfices des 12h sur la vie personnelle sans pour autant nier les problèmes de cette organisation sur le travail (fatigue en fin de journée, réduction du nombre de transmissions...), dénoncés par les représentants du personnel. C'est pourquoi le retour à 7h30 — c'est-à-dire de deux équipes — une de jour et une de nuit — à trois équipes — matin, après-midi, nuit — réinstauré en 2014 par la nouvelle direction a été mal accepté par le personnel. Il a d'autant moins été accepté qu'il fut réalisé à effectif constant. Concrètement, pour le personnel, les nouveaux horaires se traduisent par une diminution des jours de repos et un nombre de weekends travaillés plus important. Ces nouveaux plannings de 7h30 donnent aux personnes interrogées le sentiment d'être présentes toute la semaine sur leur lieu de travail et une bonne partie de leurs weekends. Associés aux rappels incessants qui morcellent de leur vie privée, les agents de l'hôpital éprouvent des difficultés à se déconnecter du travail.

Afin de limiter ces rappels, la direction a construit une solution qui consiste à annualiser les cycles de travail avec une rotation sur huit semaines, permettant ainsi aux agents d'avoir plus de visibilité sur leurs plannings, et le positionnement toutes les cinq semaines d'une semaine dite « blanche » lors de laquelle l'agent est désigné pour les mobilités et les rappels. Cette forme « d'astreinte aux rappels » devrait permettre, selon la direction, d'améliorer le processus : l'agent sait que lors de cette semaine blanche, il jouera le rôle de variable d'ajustement, mais en est dégagé sur le reste du temps. Les rappels devraient ainsi être mieux équilibrés sur l'ensemble du personnel et répondre ainsi au souci d'équité apparu dans l'enquête RPS diligenté par la Direction. La gestion des plannings serait également simplifiée pour les cadres de santé, ce qui répond à une de leurs attentes fortes. Le nouveau système n'étant pas encore déployé, ni même présenté aux équipes, il est trop tôt pour en mesurer les effets.

De son côté, la Direction du Groupe Hospitalier HPNL souhaite améliorer la pratique des rappels en introduisant un « planning perpétuel » prévoyant à l'avance des jours pour lesquels le personnel sait qu'il travaillera, mais sans savoir à l'avance dans quel service : « *L'idée, c'est quand même que tout le monde, de temps en temps, tourne dans les autres services. Parce que j'ai déjà été confrontée à avoir deux ou trois arrêts maladie dans le même service. Et si je n'ai pas de remplacement extérieur, il faut que ce soit les gens qui sont là qui puissent y aller.* » (HPNL, Cadre de santé)

6.5 Une organisation en binômes infirmière/aide-soignante appréciée

Si l'organisation du travail à l'hôpital favorise la mise en tension du personnel, elle permet dans certains cas de favoriser l'entraide, de retrouver des espaces d'échange et de redonner de l'autonomie aux acteurs. Ainsi, les organisations en binômes associant infirmière et aide-soignante sont particulièrement appréciées de la part des personnels qui les pratiquent au quotidien. Le principe de base est que ces soignants fassent le tour des patients ensemble et administrent les soins à deux au lieu de le faire de façon séquencée et isolée. Dans l'échantillon étudié, au moins deux établissements ont mis en place une organisation de travail en binôme pour les infirmières et les aides-soignantes. Si le dispositif est généralisé dans l'hôpital privé

lucratif HPL, il est encore en cours de déploiement à l'hôpital H4, avec plus ou moins de succès selon les services.

À l'hôpital H4, le travail en binôme a été introduit par une cadre de santé qui avait fait le constat, à sa prise de fonction, d'un travail individuel sans coordination entre les agents. Forte d'une expérience antérieure de travail en binôme en tant qu'infirmière dans un autre service, elle a mis en place ce dispositif dont l'enjeu est de permettre une meilleure prise en charge globale du patient et de favoriser le travail en équipe. Cette innovation locale a été étendue par la direction dans les autres services à l'occasion du déménagement et de la réorganisation des services qui en a découlé. La cadre de santé a été chargée d'animer un sous-groupe de travail sur le sujet (dans le cadre des groupes de travail accompagnement au changement). Ce groupe de travail qui comprend médecins, infirmières et aides-soignantes, a réalisé un audit, déterminé un plan d'action, tourné un film. Pour l'heure, l'application du binôme sur l'ensemble du bâtiment semble disparate. En effet, cette nouvelle organisation touche à l'organisation qui est propre à l'unité donc propre à chaque cadre de santé. Pour l'animatrice du groupe de travail, le déploiement ne peut se faire que progressivement en tenant compte des spécificités de chaque unité.

À l'hôpital HPL, la notion de binôme est généralisée et imprègne complètement les indicateurs de gestion de l'activité. Un cadre de santé témoigne de ce que *« ça peut paraître un peu compliqué puisque on parle tout le temps de binôme »*. Schématiquement, le ratio de référence dans le service étudié est d'un binôme pour 11 patients. Si le système du binôme est apprécié, il est parfois difficile à faire vivre, car les infirmières sont fortement sollicitées par les médecins pour faire la visite des malades. Compte tenu de cette contrainte, certains services n'arrivent pas à faire vivre le binôme au quotidien : *« on est sur un service de 40 lits, donc 4 binômes et on essaye dans la mesure du possible de garder le binôme le matin. Parce que ça, ce n'est pas facile de suivre l'équipe de médecins parce que le médecin il passe à 10 heures, paf ça y est, on perd l'infirmière, on fait un maximum de soins ensemble, et l'après-midi c'est comme pour la suite donc ça... on n'a plus vraiment de secteur. On fait les lits, les entrées, on ne sectorise plus l'après-midi. »* (HPL, aide-soignante).

Il est intéressant de constater que les avantages de l'organisation en binôme soulignés par les soignants renvoient à des mesures souvent mises en avant dans la prévention des risques psychosociaux. Ainsi, un cadre de santé de l'hôpital privé HPL estime que l'entraide apportée par le binôme permet au personnel soignant de se soutenir mutuellement face à la difficulté de l'activité : *« ils ont l'impression de prendre le patient vraiment dans sa globalité la partie aide-soignant, nursing tout ce qui fait l'infirmier. Elles font le lit ensemble. Il y a vraiment le partage du travail, la prise en charge globale du patient. »* Pour une des infirmières rencontrées, le travail en binôme est important vis-à-vis du patient *« pour la prise en charge »* et *« pour rassurer le malade »*, mais également pour les soignants, car *« vous n'avez pas forcément la réponse »*. Elle souligne d'ailleurs l'importance de travailler sous le regard de l'autre, dans une perspective de témoignage *« à deux, on peut justifier nos soins plus facilement »*. Et cette même infirmière d'insister sur le fait que *« c'est bien plus agréable de façon générale le travail en binôme »*, un élément qu'elle estime déterminant dans son choix de venir.

Synthèse chapitre 6.

À travers la question du traitement de l'absentéisme — mais également dans un objectif d'ajustement de l'effectif à l'activité — les établissements hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, sont bien souvent engagés dans la mise en place d'organisations qui, parce qu'elles interrogent fortement le travail des agents, ont un impact sur les RPS. Qu'il s'agisse des pools de remplacement, plus fréquents dans le privé, ou de l'entraide entre ou dans les pôles du secteur, l'enjeu est toujours la mobilité et la polyvalence des agents. Paradoxalement, ces dispositifs destinés à pallier les effets de l'absentéisme dans les équipes sont eux-mêmes générateurs d'angoisse pour les agents qui perdent les repères liés à la stabilité au sein d'un service. De la même façon, les redécoupages de plannings, destinés à faciliter le rappel des agents en cas d'absence ou à mieux ajuster l'effectif à la charge, ont également un effet ambivalent sur les RPS, notamment dans le cadre des plannings de 12 heures, tant il est vrai que leur acception est très variable d'un individu à l'autre.

Conclusion

Il ne nous semble pas possible de résumer en quelques lignes l'ensemble de ce travail. Il convient cependant en conclusion d'en fixer les limites et de proposer des perspectives de travail futures.

Les principales limites de notre travail tiennent à la confrontation entre les logiques quantitatives et qualitatives, mais aussi à la question posée qui ne s'est pas facilement laissée dompter.

Sur le plan méthodologique, nous nous sommes heurtés aux limites de l'enquête conditions de travail en contexte hospitalier. Autoadministrée, cette enquête ressemble parfois à un test pour les personnes qui y ont répondu et qui cherchent parfois à « remplir toutes les cases ». Ce biais de désirabilité qui nous est apparu en examinant le cas précis du DUERP est aussi le résultat d'un questionnaire long qui ne peut généralement être renseigné par une seule personne, cela doit être effectué par une équipe et il semble parfois que cela n'a pas été le cas et que les répondants ne sont pas toujours au fait des pratiques en vigueur.

En matière de collecte des données qualitatives, nous avons également été confrontés à la difficulté d'accéder à certains terrains. Si nous avons pu assez facilement obtenir de travailler avec des établissements publics, l'accord du dernier terrain privé a été plus compliqué. Mais cela correspond aussi à l'organisation de ces établissements qui sont souvent regroupés ou appartiennent à des grands groupes. La question de participer ou non à notre démarche a été souvent transmise au niveau au-dessus... qui n'était pas intéressé par la démarche.

Sur le fond, la question de la comparaison entre secteur public et secteur privé ne peut être posée que dans l'univers hospitalier pour lequel il existe des établissements comparables en termes d'activité, de taille et d'environnement. Cependant, la structure de chacun de ces secteurs est très différente, les métiers sont plus souvent choisis que subis dans le privé. À de grands établissements généralistes dans le public, sont confrontés de petits spécialisés dans le privé et peu nombreux sont ceux qui sont réellement comparables en tous points. Cela rend la comparaison difficile.

En matière de perspectives futures de recherche, plusieurs axes émergent : celui d'une comparaison appariée entre établissements publics et privés, mais également celui d'une réflexion sur l'impact des modes de régulation de l'activité sur la santé au travail.

Au vu des résultats obtenus, nous estimons que nos éléments de résultats qualitatifs et quantitatifs permettent désormais de construire des hypothèses plus fines sur ce qui différencie les différents secteurs hospitaliers. Il conviendrait donc d'aller plus loin sur un sujet plus fin et de réaliser parallèlement une comparaison à partir de l'enquête conditions de travail, mais en appariant précisément établissement par établissement de même taille, métier et situation organisationnelle.

Il nous est également apparu que les modes d'organisation de l'emploi et de la durée du travail semblaient avoir un impact considérable sur la vie au travail et le bien-être des personnels, mais avec une forte variabilité entre les personnes. Dans ce domaine, il semble (et les résultats de l'enquête conditions de travail le confirment) que l'on puisse observer à la fois des pratiques et des résultats différents. Cela constitue pour nous une piste très féconde pour des recherches à venir.

Bibliographie

Abord de Chatillon E., Desmarais C. (2008), « Existe-t-il encore des différences entre le travail des managers du public et ceux du privé ? », *Revue française d'administration publique*, 2008/4, n° 128.

Arborio A.-M. (2001), *Les aides-soignantes à l'hôpital : un travail invisible*, Ed Syrios.

Arnaudo B., Léonard M., Sandret N., Cavet M., Coutrot T., Rivalin R., Thierus L. (2013), « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », *Dares Analyses* n° 010, février.

Brami L., Damart S., Detchessahar M., Devigne M., Habib J., Kletz F., Krohmer C. (2014), *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*, Presses des Mines, collection Économie et Gestion.

Bourret P. (2006), *Les cadres de santé à l'hôpital, Un travail de lien invisible*, Editions Séli Arslan.

Cordier M. (2009), « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », *Études et résultat*, DREES, n° 709, novembre.

Crozet P., Kaaniche A. Lienard J. (2008), « Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines », *Politiques et management public*, Vol 26/2|2008.

DARES Analyses (2014), *Conditions de travail, reprise de l'intensification du travail chez les salariés*, n° 049.

DARES Analyses (2013), *Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs*, n° 010.

DARES, enquête conditions de travail 2013, retraité par nos soins.

DARES Analyses (2016), *La prévention des risques professionnels. Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés*, Dares Analyses n° 013, mars.

Detchessahar M. (2013), « Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion », *Négociations*, 2013/1 n° 19.

Gheorghiu M. D. et Moatty F. (2013), *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, éditions Liaisons.

Gollac M. et Bodier M. (2011) *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

<http://www.fhp-midipyrenees.com/article4>

<http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-valeurs-de-l-hopital>

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

<http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1580347-infirmiere-je-fais-greve-ce-8-novembre-je-veux-retrouver-le-cote-humain-de-mon-metier.html>

HAS. (2013). Rapport sur la certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail – Novembre.

IFRAP (2016), Hôpitaux : le palmarès de l'absentéisme, www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/hopitaux-le-palmares-de-labsenteisme

Lalande F, Scotton C., Bocquet Py, Bonnet JI, (2012), Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? , rapport de l'IGAS.

Lallement M, Marry C, Lorient M, Molinier P, Gollac M, Marichalar P., Martin E. (2011), « Maux du travail : dégradation, recomposition, ou illusion ? , » Sociologie du travail, 53, 3-36.

Le Lan R. (2005), « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », Études et Résultats, DREES, n° 373, février.

Le Lan R., Baubeau D. (2004), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », Études et résultat, DREES, n° 335.

Les Echos Études (2016), L'avenir du secteur des cliniques privées.

Minvielle E. (2003), « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », Revue française de gestion, 2003/5, n° 146.

Moison J. —C. (2012), « Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation », Droit et société, 2012/1 n° 80.

Péoc'h N., Ceaux, C. (2012), Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé, Recherche en soins infirmiers//108.

Poupart A, Baret C., (2015), Observatoire national de la violence en milieu de santé, Rapport annuel 2014. DGOS.

Raveyre M., Ughetto P. (2003), « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », Revue Française des Affaires Sociales, n° 3, juillet-septembre

Roques O., Roger A. (2004), « Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public ». Politiques et management public, vol. 22 n° 4

Rossano M., Abord de Chatillon E, Desmarais C (2015), Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources, Revue de gestion des ressources humaines, 95, 58-77.

Rousseau, D. M. (1989), Psychological and implied contracts in Organizations. Employee Responsibilities and Rights Journal, 2, 121-139.

Sainsaulieu I. (2011), « Modernisation et gouvernance de l'hôpital : principes, pratiques, effets », *Traité EMC* (Elsevier Masson SAS), *Savoirs et soins infirmiers*, EMC, 60-210 — M-10

Sofaxis (2016), *Regard sur les absences pour raison de santé dans les établissements hospitaliers en 2015*.

Trentzsch-Joye S, (2011), *Rupture du contrat psychologique, stress et souffrance au travail : une recherche réalisée au sein du dispositif souffrance au travail du CHU Toulouse-Purpan*, Thèse de doctorat de psychologie, Toulouse.

Vallery, G. et Leduc, S. (2012). *Les risques psychosociaux*. Paris : PUF.

Walstisperger D., Camus I. (2009), « Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003 », *Premières Synthèses, Dares*, n° 41.4, octobre.

Weibel L., Herbrecht D. G, Imboden D., Junker-Mois L. BannerotB. (2014), « Organisation du travail en 2x12h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs », *Références en Santé au Travail*, n° 137.

Annexes 1. Partie quantitative

L'objectif de ces analyses est, dans un premier temps, d'identifier les pratiques managériales mises en place pour réduire les RPS et de repérer les dispositifs de prévention dans le secteur hospitalier. Dans un second temps, il s'agira d'identifier (ou pas) des différences par statut en comparant les Hôpitaux publics, les établissements à but lucratif (cliniques) et à but non lucratif, par activités/spécialités (médecine/chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite ou réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile) et par taille.

Cependant, avant d'entrer plus à fond dans ces analyses, nous examinerons les conditions de captation de ces réponses.

1. Les répondants : description de l'échantillon

Parmi les 1272 observations, un équilibre existe entre secteur public et secteur privé.

Statut juridique

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
ESPIC ou ASSO	307	24,1%
FPH SENS LARGE	646	50,8%
PRIVE LUCRATIF	319	25,1%
Total	1272	

En matière de taille des établissements, nous avons distingué trois classes d'établissements.

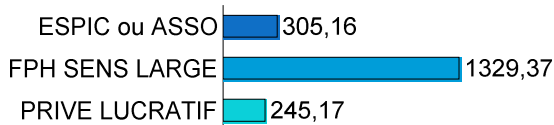
effectif en trois classes

	Nb	
Moins de 50 employés	114	9,0%
De 50 à 500 employés	705	55,4%
500 employés et plus	453	35,6%
Total	1272	

Un tableau de moyennes permet de constater que le secteur public et le secteur privé ne recouvrent pas des établissements de taille identique. En moyenne, les établissements publics sont plus de quatre fois plus importants en taille que ceux du privé.

	effectif		
	Moyenne	Ecart-type	Médiane
ESPIC ou ASSO	305,16	364,88	152,30
FPH SENS LARGE	1329,37	2045,03	644,18
PRIVE LUCRATIF	245,17	276,81	154,00

$p = <0,1\%$; $F = 81,37$ (TS)

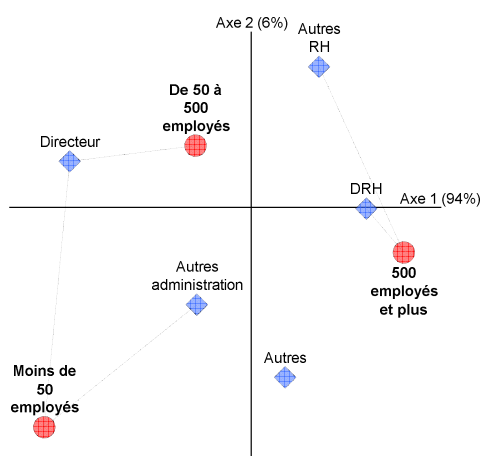


Devant certains écarts observés entre les données de la base et ce que nous avons rencontré sur le terrain, nous avons cherché à mieux comprendre le processus de collecte de ces données. L'observation des fonctions des personnes qui ont répondu fournit un premier élément.

Si deux méthodes de collecte ont été mobilisées (CAWI 37,8 % et Papier 62,2 % des réponses), ce ne sont pas les mêmes personnes qui ont répondu selon les établissements.

	% obs.
DRH	34,8%
Directeur	23,2%
Autres RH	15,0%
Autres administration	19,4%
Soins	3,6%
Risques et conditions de travail	1,8%
Qualité	0,6%
autres	1,6%
Total	100,0%

Ce sont ainsi en premier lieu les acteurs de la fonction RH qui ont répondu (50 % des répondants), puis des dirigeants et enfin des administratifs.



	Moins de 50 employés	De 50 à 500 employés	500 employés et plus
DRH	10,7%	28,2%	52,6%
Directeur	45,6%	31,0%	3,8%
Autres RH	2,9%	15,1%	18,3%
Autres administration	31,1%	19,6%	15,8%
Autres	9,7%	6,2%	9,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

$p = 0,00$; $\text{Khi}^2 = 182,60$; $\text{ddl} = 8$ (TS)

Si les petits établissements laissent le soin aux directeurs et à la fonction administrative de renseigner le questionnaire, les établissements de grande taille disposent de compétences ressources humaines pour réaliser cela.

Cependant, cette diversité de répondants conduit manifestement certains à avoir des difficultés à répondre aux questions posées. D'ailleurs, près d'un tiers des questionnaires ont été remplis à plusieurs mains ce qui montre la difficulté qu'il peut y avoir à considérer les données collectées comme parfaitement homogènes. Ici, on ne peut que constater la diversité des fonctions des répondants.

Afin d'identifier les outils de prévention des RPS mis en place par les établissements hospitaliers, une analyse descriptive des données a été, tout d'abord réalisée afin de dresser un panorama sur les actions de prévention des risques psychosociaux mises en place par les établissements hospitaliers publics et privés. Par la suite, des analyses de régressions logistiques ont été effectuées afin d'identifier des différences éventuelles par statut (privé à but lucratif, privé à but non lucratif et public), par spécialité et par taille (calculs d'odds ratios).

Nous allons tout d'abord nous intéresser aux motivations qui poussent les établissements du secteur hospitalier à la gestion des RPS (1). Par la suite, nous présenterons les actions de préventions mises en place en différenciant les actions de prévention collectives (2) des actions de préventions individuelles (3).

2. Les motivations des établissements hospitaliers : pression institutionnelle ou désir d'améliorer le bien-être au travail du personnel ?

Nous avons cherché ici à identifier les motivations qui poussent les établissements à développer la prévention des risques professionnels et l'exposition des personnels à ces risques. Ces derniers se limitent-ils à respecter le cadre légal ? Ont-ils d'autres motivations ?

Rappelons que le cadre légal qui s'impose au secteur hospitalier public est doublement contraignant du fait des prescriptions de la Haute Autorité de santé qui a intégré dans les critères de certification des établissements la qualité de vie au travail. Les obligations légales reposent d'une part, sur l'accord-cadre du 22 octobre 1013 afférent à la prévention des RPS dans la fonction publique et plus précisément à l'obligation d'élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS avant 2015 et d'autre part, sur l'instruction de la DGOS du 20 novembre 2014.

L'analyse des tris croisés (cf. les tableaux ci-dessous) révèle que pour approximativement 90 % des établissements hospitaliers, la motivation principale est le respect des obligations légales. Ensuite, la seconde motivation est de lutter contre la désorganisation du travail lié à l'absentéisme des agents et la troisième est de répondre à la demande des représentants du personnel ou des salariés/agents. Cette analyse descriptive des données ne fait pas ressortir de différences selon les statuts des établissements (publics et privés à but non lucratif et à but lucratif). Ainsi, suite à une double pression institutionnelle (cadre légal et la HAS), les établissements hospitaliers commencent à mettre en place des actions de prévention ou du moins débattent de ces questions.

Statut / Mot respect obligations légales

	ESPIC ou ASSO		FPH SENS LARGE		PRIVE LUCRATIF	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Motivation primordiale	58	92,1%	314	92,9%	29	85,3%
Secondaire	5	7,9%	24	7,1%	4	11,8%
Ne joue pas	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%

p = 0,01 ; Khi2 = 12,89 ; ddl = 4 (S)

Statut / Demande des salariés

	ESPIC ou ASSO		FPH SENS LARGE		PRIVE LUCRATIF	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Motivation primordiale	50	79,4%	292	86,9%	28	82,4%
Secondaire	12	19,0%	37	11,0%	4	11,8%
Ne joue pas	1	1,6%	7	2,1%	2	5,9%

p = 0,26 ; Khi2 = 5,30 ; ddl = 4 (NS)

Statut / Fidélisation personnel

	ESPIC ou ASSO		FPH SENS LARGE		PRIVE LUCRATIF	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Motivation primordiale	20	31,7%	142	42,4%	26	76,5%
Secondaire	30	47,6%	121	36,1%	8	23,5%
Ne joue pas	13	20,6%	72	21,5%	0	0,0%

p = <0,01 ; Khi2 = 21,54 ; ddl = 4 (TS)

Statut / Coût accidents et maladies

	ESPIC ou ASSO		FPH SENS LARGE		PRIVE LUCRATIF	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Motivation primordiale	45	71,4%	250	74,2%	29	85,3%
Secondaire	16	25,4%	74	22,0%	4	11,8%
Ne joue pas	2	3,2%	13	3,9%	1	2,9%

p = 0,61 ; Khi2 = 2,69 ; ddl = 4 (NS)

Statut / Désorga absentéisme

	ESPIC ou ASSO		FPH SENS LARGE		PRIVE LUCRATIF	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Motivation primordiale	50	79,4%	284	84,3%	30	88,2%
Secondaire	11	17,5%	41	12,2%	4	11,8%

la désorganisation du travail et l'absentéisme, les coûts des accidents et maladies sont des raisons invoquées par l'ensemble des établissements, mais ne sont significatifs que pour les établissements publics (odd-ratios = 0.23*** ; odd-ratios = 0.42 ***) et les petites structures (odd-ratios = 0.25** ; odd-ratio=0.48***).

En conclusion, les résultats de l'enquête mettent en exergue la pression institutionnelle, normative qui oblige l'ensemble des établissements hospitaliers, quels que soient leur statut et leur taille à se préoccuper de la santé au travail de leurs personnels. Une autre raison invoquée par les établissements est la désorganisation et l'absentéisme, celle-ci semble être plus marquée dans les hôpitaux publics et dans les petites structures.

3. Les actions de prévention collectives

En matière d'outils de prévention, il convient dans un premier temps de différencier les outils institutionnels (CHCT, DUERP) des outils plus spontanés comme le recours aux conseils de tel ou tel acteur. Dans un second temps, l'analyse portera sur les éventuelles améliorations des conditions de travail, source de RPS ou de qualité de vie au travail.

Outils institutionnels (CHSCT et DUERP) et influence des instances du personnel

Les CHSCT sont plutôt plus présents que prévu. En effet, 42,7 % des établissements de moins de 50 employés en disposent.

CHSCT / effectif

	Oui	Non	NSP
Moins de 50 employés	42,7%	55,5%	1,8%
De 50 à 500 employés	93,7%	6,0%	0,3%
500 employés et plus	100,0%	0,0%	0,0%
Total	91,4%	8,3%	0,3%

p = 0,00 ; Khi2 = 378,40 ; ddl = 4 (TS)

En ce qui concerne les institutions paritaires, les CTE ou les CE se retrouvent dans les grands établissements.

CTE ou CE / effectif en trois classes

	Oui	Non
Moins de 50 employés	56,4%	43,6%
De 50 à 500 employés	95,3%	4,7%
500 employés et plus	98,2%	1,8%

p = 0,00 ; Khi2 = 247,39 ; ddl = 2 (TS)

En revanche, on constate que c'est dans les établissements importants qu'il y a le moins de délégués de personnel et le plus de délégués syndicaux.

Délégués du personnel / effectif en trois classes

	Oui	Non
Moins de 50 employés	75,5%	24,5%
De 50 à 500 employés	85,3%	14,7%
500 employés et plus	66,1%	33,9%

p = <0,01 ; Khi2 = 57,84 ; ddl = 2 (TS)

Délégués syndicaux / effectif en trois classes

	Oui	Non
Moins de 50 employés	43,1%	56,9%
De 50 à 500 employés	82,3%	17,7%
500 employés et plus	92,5%	7,5%

p = 0,00 ; Khi2 = 147,36 ; ddl = 2 (TS)

Le nombre de réunions du CHSCT est proportionnel à la taille des établissements.

	Réunions CHS_2_1		
	Moyenne	Ecart-type	Médiane
Moins de 50 employés	3,66	1,74	4
De 50 à 500 employés	4,07	1,42	4
500 employés et plus	5,14	1,15	6

p = <0,1% ; F = 92,59 (TS)

Statut / Réunions CHS

	ESPIC ou ASSO		FPH SENS LARGE		PRIVE LUCRATIF	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Aucune	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
1 fois	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
2 fois	0	0,0%	8	2,4%	0	0,0%
3 fois	3	4,7%	24	7,1%	0	0,0%
4 fois	14	21,9%	102	30,2%	15	44,1%
Plus de 4 fois	47	73,4%	204	60,4%	19	55,9%

p = 0,11 ; Khi2 = 10,48 ; ddl = 6 (PS)

Au-delà de la stricte présence de CHSCT que nous avons décrit plus haut, l'état du fonctionnement de ces institutions comme des vecteurs de prévention permet de mettre en évidence un ensemble de phénomènes.

L'envoi au CHS de documents de suivi de prévention est bien présent, mais d'une manière plus importante dans le secteur public. Les principales différences se font sur les négociations et les propositions qui sont massivement réalisées dans les établissements publics et nettement moins dans le secteur privé.

Statut / Note au CHS prévention

	ESPIC ou ASSO		FPH SENS LARGE		PRIVE LUCRATIF	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Oui, régulièrement	34	17,7%	138	71,9%	20	10,4%
Oui, occasionnellement	13	10,2%	107	84,3%	7	5,5%
Non	13	14,1%	73	79,3%	6	6,5%
NSP	2	12,5%	13	81,3%	1	6,3%

$p = 0,29$; $\text{Khi2} = 7,31$; $\text{ddl} = 6$ (NS)

Statut / Prop conds de WDP RS

	ESPIC ou ASSO		FPH SENS LARGE		PRIVE LUCRATIF	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Oui	55	87,3%	311	91,5%	30	88,2%
Non	7	11,1%	18	5,3%	2	5,9%
Sans objet	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
NSP	1	1,6%	11	3,2%	2	5,9%

$p = 0,36$; $\text{Khi2} = 4,32$; $\text{ddl} = 4$ (NS)

Statut / Adoption prop DP RS

	ESPIC ou ASSO		FPH SENS LARGE		PRIVE LUCRATIF	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Oui, la plupart	9	16,4%	60	19,5%	8	26,7%
Oui, certaines	46	83,6%	235	76,5%	21	70,0%
Non	0	0,0%	7	2,3%	1	3,3%
NSP	0	0,0%	5	1,6%	0	0,0%

$p = 0,62$; $\text{Khi2} = 4,41$; $\text{ddl} = 6$ (NS)

Les résultats des analyses de régressions logistiques vont dans le sens des analyses statistiques descriptives : le statut de l'établissement a un effet sur les négociations relatives aux conditions de travail, seul le statut public est significatif. Les hôpitaux publics négocient donc davantage sur les conditions de travail et les représentants du personnel émettent davantage de propositions d'amélioration que dans le secteur privé (cf. tableau ci-dessous).

	G3H	Envoi au CHSCT un doc suivi prévention	G4H	Négociations sur les conditions de travail	G7aH	Propositions sur CT émises par CHSCT ou représentants perso
Variables	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios
Statut						
Hôpital public	0.53 (0.24)	+ 1.70*	0.52 (0.23)	+ 1.68*	1.98 (0.34)	+7.24***
Hôpital privé lucratif	0.87 (0.30)	+ 1.40**	-0.27 (0.27)	0.45 ns	-0.49 (0.38)	0.08 ns
Hôpital privé non lucratif	0.50 (0.27)	0.97 ns	0.14 (0.26)	0.68 ns	-0.28 (0.36)	0.10 ns
Spécialités						
– Médecine, Chir, obst	1.13 (0.11)	+3.10 ***	0.65 (0.10)	+ 1.92***	2.02 (0.14)	+7.54***
– Psychiatrie	1.33 (0.20)	+ 3.78 ***	1.12 (0.18)	+ 3.06***	2.10 (0.25)	+ 8.17***
– Soins de suite, réadapt	1.11 (0.12)	+ 3.03***	0.82 (0.11)	+2.27 ***	2.04 (0.16)	+ 7.69***
– Soins de longue durée	1.08 (0.15)	+ 2.94 ***	(0.15)	+2.34***	2.16 (0.22)	+ 8.67***
– Hospitalisation à domicile	1.05 (0.22)	+ 2.86***	1.17 (0.22)	+3.22 ***	2.50 (0.35)	+ 12.18***
Taille						
Petit	0.51 (0.52)	1.67 ns	-0.39 (0.30)	0.68 ns	0.19 (0.31)	1.21 ns
Moyen	0.43 (0.53)	0.92 ns	0.59 (0.31)	2.66 ns	1.20 (0.33)	+ 2.75***
Grand	0.77 (0.54)	1.30 ns	1.68 (0.33)	+7.92***	2.52 (0.40)	+ 10.28***

L'effet taille joue également un rôle, les établissements les plus grands accentuant le phénomène observé précédemment.

Il est à noter que l'adoption de propositions du CHSCT (variable G7bH) n'a pas été testée statistiquement en raison d'un nombre trop important de données manquantes.

Le Document d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) : une évaluation formalisée

Quant au Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels, sa présence massive ne surprend guère... compte tenu du fait que ce document est obligatoire depuis 2001.

Existence DUERP

Taux de réponse : **96,9%**

Il est présent dans 88 % des établissements

	Nb	
Oui	1089	88,3%
Non	144	11,7%
Total	1233	

Mais ce qui est plus surprenant, c'est de constater qu'il n'est pas forcément présent dans les plus grands établissements puisque 12 % n'en disposent pas.

Statut juridique / Existence DUERP

	Oui	Non	Total
ESPIC ou ASSO	90,4%	9,6%	100,0%
FPH SENS LARGE	85,0%	15,0%	100,0%
PRIVE LUCRATIF	93,0%	7,0%	100,0%

$p = <0,01$; $\text{Khi}^2 = 14,50$; $\text{ddl} = 2$ (TS)

En matière d'intégration des risques psychosociaux, les RPS sont présents dans 80 % des DUERP. Ce résultat ne peut manquer de nous surprendre, pas de traces de cela dans les 6 établissements interrogés...

DUERP adressé au personnel

Taux de réponse : 87,3%

	Nb	
Oui	878	79,1%
Non	232	20,9%
Total	1110	

Il semble ainsi qu'il puisse y avoir un écart entre ce qui est déclaré à l'occasion et ce que nous avons rencontré sur le terrain. Notre hypothèse est que cette enquête est soumise à un biais de désirabilité d'autant plus important que ces établissements font l'objet de nombreuses enquêtes et investigations à l'occasion de processus de certification divers et variés.

Existence DUERP / effectif en trois classes

	Oui	Non
Moins de 50 employés	77,3%	22,7%
De 50 à 500 employés	90,2%	9,8%
500 employés et plus	88,1%	11,9%

$p = <0,01$; $\text{Khi}^2 = 15,42$; $\text{ddl} = 2$ (TS)

De la même manière, la fonction publique hospitalière apparaît comme le mauvais élève avec seulement 85 % de présence du document unique alors même qu'elle incorpore les établissements les plus importants.

RPS dans DUERP

Taux de réponse : 88,4%

	Nb	
Oui	903	80,3%
Non	221	19,7%
Total	1124	

De la même manière, il est apparemment adressé au personnel dans 79,1 % des cas, mais à aucun de ceux que nous avons rencontrés...

Ainsi, les établissements enquêtés donnent les résultats suivants dans la base :

Établissement	Existence DUERP			RPS dans DU			Transmission au personnel		
	CDT	Quali	Global	CDT	Quali	Global	CDT	Quali	Global
Chalon	Oui	Oui	88,3 %	Oui	Non	80,3 %	Oui	Non	79,1 %
Avignon	Oui	Oui		Non	Non		Oui	Non	
Chambéry	Oui	Oui		Non	Non		Oui	Non	
Caen	PdD	Oui		PdD	Non		PdD	Non	
Strasbourg	Oui	Oui		Oui	Non		Non	Non	
Troyes	Oui	Oui		Oui	Non		Non	Non	

Ces légères différences entre le statut et la taille observées sont-elles significatives d'un point de vue statistique ? Il n'est bien entendu pas possible d'inférer de notre observation qualitative des éléments généraux, mais il est permis de douter de la sincérité (ou de leur connaissance de la situation ?) de ceux qui ont répondu à l'enquête.

Les résultats de la régression logistique (analyse des Odd-ratios) mettent en évidence la forte propension des établissements publics à avoir un DUERP. Approximativement 6 établissements publics sur 7 disposent d'un DUERP, alors que cette probabilité est plus élevée dans le privé à but lucratif (+1.17). De la même manière, trois quarts des établissements publics intègrent les RPS dans le DUERP. Notons que les DUERP mis en place dans les établissements publics intègrent les RPS plus souvent que dans le privé. Ce phénomène se retrouve également dans la connaissance qu'en a le personnel. Il est à noter que le statut public exclusivement a un effet significatif sur le fait de porter à la connaissance de l'ensemble du personnel le DUERP. Au-delà de ces effets de statuts, on constate que les spécialités classiques de la structure hospitalière sont associées avec des niveaux élevés de présence du DUERP (cf. tableau ci-dessous).

	E13aH	DUERP élaboré ou actualisé	E13cH	DUERP avec RPS	E13dH	Connaissance personnel du DUERP
Variables	Estimation	Odds / Odd-ratios	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds/ Odd-ratios
Statut						
Hôpital public	1.78 (0.31)	+ 5.92 ***	1.16 (0.28)	+3.18 ***	1.48 (0.31)	+4.38***
Hôpital privé lucratif	1.94 (0.52)	+1.17 ***	0.68 (0.33)	+0.63*	0.43 (0.36)	0.35 ns
Hôp privé non lucratif	0.01 (0.34)	0.17 ns	0.41 (0.31)	0.47 ns	-0.21 (0.33)	0.19 ns
Spécialités						
– Médecine, Chir, obstét	2.10 (0.15)	+8.13 ***	1.80 (0.14)	+6.03***	1.42 (0.12)	+4.15***
– Psychiatrie	1.76 (0.22)	+5.84 ***	1.67 (0.22)	+5.33***	1.30 (0.20)	+3.65***
– Soins de suite, réadapta	2.09 (0.16)	+8.11***	1.72 (0.14)	+5.60***	1.37 (0.13)	+3.92***
– Soins de longue durée	1.92 (0.20)	+6.83 ***	1.67 (0.19)	+5.32***	1.28 (0.17)	+3.61***
– Hospitalisation à dom	1.80 (0.26)	+6.06***	1.62 (0.26)	+5.05***	1.12 (0.22)	+3.07***
Taille						
Petit (moins de 50)	1.54 (0.37)	+4.66***	1.19 (0.36)	+3.29***	1.87 (0.44)	+6.49 ***
Moyen (50 à 499)	1.03 (0.41)	+0.60*	0.38 (0.38)	0.44 ns	-0.06 (0.46)	0.15 ns
Grand (plus de 500)	0.32 (0.41)	0.30 ns	0.61 (0.41)	0.56 ns	-0.85 (0.46)	0.07 ns

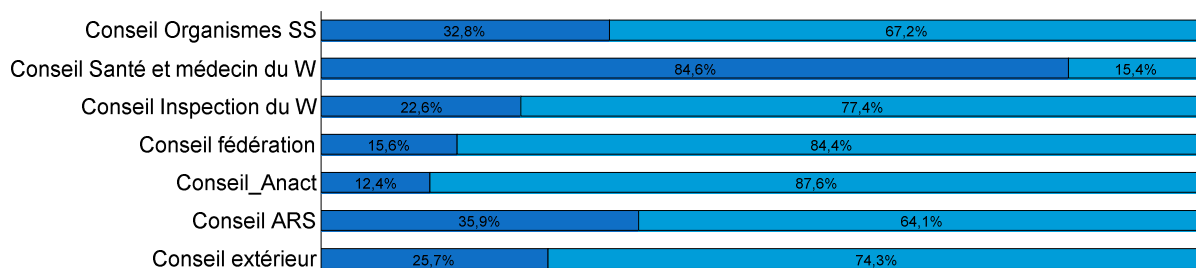
En guise de synthèse, les résultats de l'enquête permettent de constater que la vision du DUERP comme un outil de prévention se limite essentiellement à sa rédaction dans bien des cas, l'idée qu'il puisse incorporer de nouveaux risques et exister réellement comme un outil de prévention au quotidien est encore peu répandu.

Un recours ponctuel des établissements hospitaliers aux conseils en prévention émis par des acteurs externes

En ce qui concerne la mobilisation de conseils de structures diverses et variées susceptibles de pouvoir aider la structure en matière de prévention, il apparaît une grande diversité.

	Oui		Non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Conseil Organismes SS	400	32,8%	818	67,2%	1218	100,0%
Conseil Santé et médecin du W	1039	84,6%	189	15,4%	1228	100,0%
Conseil Inspection du W	277	22,6%	947	77,4%	1224	100,0%
Conseil fédération	189	15,6%	1025	84,4%	1214	100,0%
Conseil_Anact	149	12,4%	1054	87,6%	1203	100,0%
Conseil ARS	432	35,9%	770	64,1%	1202	100,0%
Conseil extérieur	307	25,7%	888	74,3%	1195	100,0%

$p = 0,00$; $\text{Khi}2 = 1972,88$; $\text{ddl} = 6$ (TS)



Ce sont les services de santé au travail et les médecins du travail qui apportent en premier leur soutien. On constate cependant que l'ARS et les organismes de la sécurité sociale constituent une aide régulière.

À la lecture des tableaux ci-dessous, il apparaît que la majorité des établissements hospitaliers n'ont pas recours aux conseils promulgués par les organismes experts (CARSAT, INRS...), quel que soit leur statut. Le recours aux services de santé et à la médecine du travail paraît être moindre (25,8 % des hôpitaux publics, 10 % des établissements privés à but lucratif et 23,3 % des établissements privés à but non lucratif). Rares sont les établissements qui font appel à la Fédération Hospitalière (3,4 % pour le public et 6,7 % pour le privé lucratif), ce qui est surprenant. Aucun établissement n'a recours à l'inspection du travail. En revanche, on constate un recours massif des établissements hospitaliers, quel que soit leur statut, aux organismes extérieurs tels que l'ANACT, l'ARACT, les ARS ou encore les consultants, quels qu'ils soient. Cela montre avant tout la nécessité qu'ont ces établissements à trouver de l'information et des compétences sur ces questions.

Statut / OPSS

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	30	49,2%	31	50,8%
FPH SENS LARGE	107	32,4%	223	67,6%
PRIVE LUCRATIF	16	48,5%	17	51,5%

$p = 0,01$; Khi2 = 8,65; ddl = 2 (S)

Statut / SST

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	10	23,3%	33	76,7%
FPH SENS LARGE	70	25,8%	201	74,2%
PRIVE LUCRATIF	3	10,0%	27	90,0%

$p = 0,16$; Khi2 = 3,72; ddl = 2 (NS)

Statut / Fédé hospiti

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	0	0,0%	43	100,0%
FPH SENS LARGE	9	3,4%	259	96,6%
PRIVE LUCRATIF	2	6,7%	28	93,3%

$p = 0,27$; Khi2 = 2,59; ddl = 2 (NS)

Statut / IT

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	0	0,0%	42	100,0%
FPH SENS LARGE	0	0,0%	269	100,0%
PRIVE LUCRATIF	0	0,0%	30	100,0%

$p = 1,00$; Khi2 = 0,00; ddl = 0 (NS)

Statut / Extérieur

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	33	76,7%	10	23,3%
FPH SENS LARGE	229	85,1%	40	14,9%
PRIVE LUCRATIF	29	96,7%	1	3,3%

$p = 0,06$; Khi2 = 5,53; ddl = 2 (PS)

Le recours aux conseils d'experts est-il lié au statut de l'établissement ?

En ce qui concerne la mobilisation des conseils en matière de prévention, on constate que cette aide est plutôt discrète, CARSAT et INRS sont mobilisés minoritairement et les conseils de l'inspection du travail encore plus alors que les établissements ont recours, au moins dans le secteur public d'une manière plus importante aux services de santé au travail, la proportion de recours à l'inspection du travail étant moins importante. Au des résultats ci-dessous, on note un effet statut sur le recours aux conseils d'acteurs externes. Par exemple, il apparaît que la proportion des hôpitaux publics qui ont recours à la médecine du travail est plus forte que celle du privé. En revanche, les établissements privés à but lucratif recourent davantage que le public à l'inspection du travail. Globalement, ce sont les grandes structures qui font appel à ces organismes.

	E12H1	OPSS (inrs, carsat)	E12H2	Service ST Médecine du travail	E12H3	Inspection du travail
Variables	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios
Statut						
Hôpital public	-0.90 (0.24)	-0.41***	1.08 (0.25)	+2.95 ***	-1.97 (0.34)	-0.14***
Hôpital privé lucratif	0.52 (0.27)	4.12 ns	0.67 (0.31)	+0.66 *	1.09 (0.37)	+21.50 **
Hôpital privé non lucratif	0.00 (0.26)	2.47 ns		+0.85**	0.61 (0.36)	13.29 ns
Spécialités						
- Médecine, Chirurgie, obstétrique	-0.60 (0.10)	-0.55 ***	2.38 (0.17)	+10.85***	-1.05 (0.10)	-0.35***
- Psychiatrie	-0.72 (0.16)	-0.49***	2.27 (0.26)	+9.69***	-1.22 (0.18)	-0.30 ***
- Soins de suite, réadaptation	-0.74 (0.11)	-0.48***	2.28 (0.17)	+9.79***	-1.17 (0.12)	-0.31***
- Soins de longue durée	-0.91 (0.14)	-0.40 ***	2.38 (0.23)	+10.80***	-1.35 (0.16)	-0.26***
- Hospitalisation à domicile	-0.28 (0.18)	-0.75*	3.15 (0.46)	+23.41***	-0.82 (0.20)	-0.44 ***
Taille						
Petit	-0.88 (0.31)	-0.41**	0.52 (0.29)	1.68 ns	-2.46 (0.52)	-0.09***
Moyen	0.20 (0.32)	2.94 ns	1.13 (0.32)	+1.84 ***	1.15 (0.53)	+36.97*
Grand	0.22 (0.33)	3.00 ns	2.17 (0.38)	+5.21***	1.49 (0.54)	+51.94***

Il en est de même pour les conseils promulgués par la Fédération Hospitalière, l'ANACT et l'ARACT ou encore les consultants, un effet statut apparaît : un effet significatif est décelé entre le recours à ces organismes et le statut public. Toutefois, si les établissements publics font globalement appel à des conseils, leur proportion est relativement faible.

	E12H4	Fédération hospitalière	E12H5	ANACT ARACT	E12H6	Agence Régionale de Santé (ARS)	E12H7	Spécialistes Externes Consultants
Variables	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds / Odds-ratios
Statut								
Hôpital public	-1.33 (0.27)	-0.27***	-1.67 (0.30)	-0.19***	-0.51 (0.23)	-0.60***	-1.18 (0.26)	-0.31***
Hôpital privé lucratif	0.23 (0.31)	4.75 ns	-0.69 (0.38)	2.65 ns	-0.09 (0.27)	1.53 ns	0.09 (0.30)	3.57 ns
Hôp privé non lucratif	-0.60 (0.31)	2.07 ns	-0.11 (0.33)	4.75 ns	-0.08 (0.25)	1.53 ns	0.23 (0.28)	4.11 ns
Spécialités								
– Médecine, Chir, obst	-1.47 (0.12)	-0.23***	-1.78 (0.13)	-0.17 ***	-0.48 (0.10)	-0.62***	-0.68 (0.10)	-0.51***
– Psychiatrie	-2.12 (0.25)	-0.12***	-1.49 (0.20)	-0.23***	-0.42 (0.16)	-0.66**	-0.57 (0.16)	-0.57***
– Soins de suite, réadap	-1.57 (0.13)	-0.21***	-1.82 (0.14)	-0.16***	-0.60 (0.10)	-0.55***	-0.81 (0.11)	-0.44***
– Soins de longue durée	-2.22 (0.22)	-0.11***	-1.77 (0.19)	-0.17***	-0.54 (0.14)	-0.58***	-0.67 (0.14)	-0.51***
– Hospitalisation à domicile	-1.60 (0.25)	-0.20***	-1.18 (0.22)	-0.31***	-0.31 (0.19)	0.73 ns	-0.58 (0.20)	-0.56**
Taille								
Petit	-1.68 (0.39)	-0.19***	-2.20 (0.47)	-0.11***	-0.58 (0.29)	0.56 ns	-1.79 (0.41)	-0.17***
Moyen	0.47 (0.40)	8.58 ns	-0.17 (0.50)	7.61 ns	-0.08 (0.31)	1.65 ns	0.46 (0.43)	9.49 ns
Grand	-0.37 (0.43)	3.71 ns	0.80 (0.50)	20.09 ns	0.18 (0.32)	2.14 ns	1.26 (0.43)	+21.12**

En ce qui concerne la réalisation d'un audit relatif au mal-être au travail, ce sont les hôpitaux privés à but non lucratif qui les mobilisent d'une manière importante alors qu'il n'y a qu'un établissement public sur cinq qui l'a utilisé. Cette pratique est cependant avant tout réservée aux établissements de grande taille. En effet, les résultats de la régression logistique indiquent un effet statut sur la réalisation d'un audit par un expert : les hôpitaux privés non lucratifs de grande taille ont recours à des audits beaucoup plus fréquemment que les hôpitaux publics.

	F2aH4	Audit Expertise d'un cabinet spécialisé
Variables	Estimation	Odds / Odd-ratios
Statut		
Hôpital public	-1.51 (0.29)	-0.22***
Hôpital privé lucratif	-0.04 (0.33)	4.35 ns
Hôpital privé non lucratif	0.80 (0.30)	+10.07**
Spécialités		
– Médecine, Chirurgie, obstétrique	-0.81 (0.10)	-0.44***
– Psychiatrie	-0.33 (0.15)	-0.72*
– Soins de suite, réadaptation	-0.76 (0.11)	-0.48***
– Soins de longue durée	-0.62 (0.14)	-0.54***
– Hospitalisation à domicile	-0.44 (0.19)	-0.64*
Taille		
Petit	-2.46 (0.52)	-0.09***
Moyen	1.03 (0.54)	32.79 ns
Grand	2.14 (0.54)	+99.94***

L'amélioration des conditions de travail, un levier d'action pour réduire les RPS

Les actions mises en place par les établissements de santé reposent sur la modification de l'organisation du travail, des locaux, des équipements et des produits utilisés, la gestion des temps de travail et la mise en place de procédures pour améliorer la qualité des relations interpersonnelles.

Modification de l'organisation du travail, des locaux, des équipements et des produits utilisés

La moitié des établissements hospitaliers interrogés, qu'ils relèvent du public ou du privé, ont modifié l'organisation du travail pour réduire les RPS. Dans le même ordre d'idée, plus de 60 % ont modifié les locaux de travail, les équipements de travail ou les produits utilisés et approximativement 60 % ont mis à disposition de leur personnel de nouveaux équipements de protection individuelle.

Statut / Modif orga du W

	Non		Oui	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	37	48,1%	40	51,9%
FPH SENS LARGE	221	50,1%	220	49,9%
PRIVE LUCRATIF	19	44,2%	24	55,8%

$p = 0,74$; $\text{Khi}^2 = 0,61$; $\text{ddl} = 2$ (NS)

Statut / Modif locaux équipements

	Non		Oui	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	20	31,3%	44	68,8%
FPH SENS LARGE	114	32,6%	236	67,4%
PRIVE LUCRATIF	11	31,4%	24	68,6%

$p = 0,97$; $\text{Khi}^2 = 0,06$; $\text{ddl} = 2$ (NS)

Statut / Nouveaux EPI

	Non		Oui	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	28	43,8%	36	56,3%
FPH SENS LARGE	125	35,7%	225	64,3%
PRIVE LUCRATIF	13	37,1%	22	62,9%

$p = 0,47$; $\text{Khi}^2 = 1,50$; $\text{ddl} = 2$ (NS)

Au vu des résultats de la régression logistique, le statut ne semble pas jouer de rôle.

	E14H3	Organisation du travail au cours des 12 mois	E14H4	Locaux et équipements de travail, produits 12 mois	F2aH8	Modification organisation du travail 3 dernières années
Variables	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios
Statut						
Hôpital public	0.22 (0.22)	1.25 ns	-0.42 (0.22)	0.66 ns	-0.07 (0.22)	0.93 ns
Hôpital privé lucratif	0.32 (0.26)	1.11 ns	0.01 (0.26)	1.54 ns	-0.06 (0.25)	1.01 ns
Hôpital privé non lucratif	0.34 (0.24)	1.13 ns	-0.04 (0.24)	1.46 ns	0.14 (0.24)	1.23 ns
Spécialités						
- Médecine, Chir, obstét	0.39 (0.09)	+1.48***	-0.71 (0.10)	-0.49 ***	0.03 (0.09)	1.03 ns
- Psychiatrie	0.61 (0.16)	+1.84***	-0.71 (0.16)	-0.49***	0.01 (0.15)	1.01 ns
- Soins de suite, réadapt	0.42 (0.10)	+1.52***	-0.62 (0.10)	-0.54***	-0.02 (0.10)	0.98 ns
- Soins de longue durée	0.42 (0.13)	+1.52**	-0.64 (0.14)	-0.53***	-0.01 (0.13)	0.99 ns
- Hospitalisation à domi	0.30 (0.18)	1.35 ns	-0.87 (0.20)	-0.42***	0.25 (0.18)	1.28 ns
Taille						
Petit	0.52 (0.29)	1.68 ns	0.20 (0.28)	1.22 ns	-0.04 (0.28)	0.96 ns
Moyen	0.06 (0.31)	0.63 ns	-0.50 (0.30)	0.50 ns	0.02 (0.30)	1.06 ns
Grand	-0.12 (0.32)	0.53 ns	-0.99 (0.31)	- 0.30**	0.06 (0.31)	1.11 ns

Gestion des temps de travail

En ce qui concerne la gestion des temps de travail, les résultats de la régression logistique révèlent un effet statut relatif à la mise en place d'une part, d'un système formalisé de la gestion des temps (organisation des horaires, astreintes, gardes) pour les hôpitaux publics et d'autre part, de pools de remplacement pour les établissements hospitaliers privés lucratifs.

	B4bH3	Système formalisé de gestion des temps (organisation des horaires, gardes, astreintes)	B4bH5	Pool de remplacement (infirmières, aides-soignants...)	F2aH7	Aménagement des horaires au cours des 3 dernières années
Variables	Estimation	Odds / Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios	Estimation	Odds / Odds-ratios
Statut						
Hôpital public	2.55 (0.42)	+12.81***	0.07 (0.22)	1.07 ns	-0.22 (0.22)	0.80 ns
Hôpital privé lucratif	0.07 (0.49)	0.08 ns	1.27 (0.27)	+3.32***	0.08 (0.25)	1.35 ns
Hôpital privé non lucratif	0.24 (0.47)	0.10 ns	0.43 (0.24)	1.43 ns	0.07 (0.24)	1.34 ns
Spécialités						
- Médecine, Chir, obst	3.07 (0.22)	+21.54***	1.05 (0.10)	+2.86***	-0.10 (0.09)	0.90 ns
- Psychiatrie	3.02 (0.36)	+20.49***	0.92 (0.17)	+2.51***	0.15 (0.15)	1.16 ns
- Soins de suite, réad	3.14 (0.25)	+23.10***	0.80 (0.11)	+2.23***	-0.13 (0.10)	0.88 ns
- Soins de longue durée	3.65 (0.41)	+38.47***	1.03 (0.15)	+2.80***	0.05 (0.13)	1.05 ns
- Hospitalisation à domicile	3.38 (0.51)	+29.37***	1.03 (0.21)	+2.80***	0.18 (0.18)	1.20 ns
Taille						
Petit	1.68 (0.39)	+5.37***	-0.20 (0.28)	0.82 ns	-0.36 (0.28)	0.70 ns
Moyen	0.88 (0.43)	+0.45*	0.75 (0.30)	+2.59*	0.09 (0.30)	1.57 ns
Grand	1.80 (0.53)	+1.13***	1.34 (0.32)	+4.66***	0.43 (0.31)	2.20 ns

Procédures pour améliorer la qualité des relations interpersonnelles

Au vu des résultats de la régression, il semblerait que peu d'établissements publics mettent en place des procédures de gestion des conflits. Il en est de même de la mise en place du dossier de patient électronique pour les établissements hospitaliers à but non lucratif.

	F2aH9	Procédures de gestion des conflits	A7H4	Dispositif formalisé ou personnel spécialisé pour l'information des patients et leur famille sur état de santé	A7H6	Dossier patient électronique
Variabiles	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios
Statut						
Hôpital public	-0.55 (0.23)	-0.58 *	0.05 (0.22)	1.05 ns	0.32 (0.23)	1.38 ns
Hôpital privé lucratif	-0.17 (0.27)	1.46 ns	1.27 (0.27)	+ 3.39 ***	0.26 (0.26)	0.94 ns
Hôpital privé non lucratif	-0.15 (0.25)	1.49 ns	0.54 (0.24)	+ 1.63 *	0.53 (0.25)	+1.23 *
Spécialités						
- Médecine, Chirurgie, obstétrique	-0.50 (0.10)	-0.61 ***	1.08 (0.11)	+2.94***	0.60 (0.10)	+1.82***
- Psychiatrie	-0.46 (0.16)	-0.63 **	0.87 (0.17)	+2.39***	0.77 (0.17)	+2.16***
- Soins de suite, réadaptation	-0.48 (0.10)	-0.62 ***	0.83 (0.11)	+2.29***	0.79 (0.11)	+2.20***
- Soins de longue durée	-0.39 (0.13)	-0.68**	0.69 (0.14)	+1.99***	0.82 (0.14)	+2.27***
- hospitalisation à domicile	-0.49 (0.19)	-0.61 *	1.29 (0.23)	+3.63***	0.66 (0.19)	+ 1.93***
Taille						
Petit	-1.97 (0.44)	-0.14 ***	-0.20 (0.28)	0.82 ns	0.88 (0.31)	+ 2.41**
Moyen	1.14 (0.45)	+ 22.42*	0.94 (0.30)	+3.13**	-0.12 (0.32)	0.37 ns
Grand	1.65 (0.45)	+ 37.34 ***	1.24 (0.31)	+4.22***	-0.23 (0.33)	0.33 ns

Actions de prévention prévues : de la continuité...

Les données de l'enquête montrent que les démarches de prévention s'inscrivent dans une perspective temporelle longue. Nous ne sommes plus dans une phase de découverte de ces questions, il s'agit plutôt désormais de poursuivre le travail.

Statut / Poursuite actions antérieures

	Non		Oui	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	9	14,1%	55	85,9%
FPH SENS LARGE	42	12,0%	308	88,0%
PRIVE LUCRATIF	5	14,3%	30	85,7%

$p = 0,85$; $\text{Khi}^2 = 0,33$; $\text{ddl} = 2$ (NS)

Cependant, la poursuite des actions passe aussi par l'évolution de celles-ci. Les diagnostics initiaux laissent désormais place à des plans de prévention successifs. C'est ainsi que plus de la moitié des établissements prévoient un nouveau plan de prévention. On peut cependant constater que c'est surtout les établissements privés qui prévoient ces évolutions.

Statut / Nouveau plan prévention

	Non		Oui	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	29	45,3%	35	54,7%
FPH SENS LARGE	179	51,1%	171	48,9%
PRIVE LUCRATIF	14	40,0%	21	60,0%

$p = 0,35$; $\text{Khi}^2 = 2,09$; $\text{ddl} = 2$ (NS)

Les résultats de notre analyse révèlent que la proportion des hôpitaux publics qui souhaitent poursuivre leurs actions de prévention des RPS est plus faible, quelles que soient leurs spécialités et leurs tailles.

	E14H1	Poursuite des actions de prévention	E14H2	Élaboration d'un nouveau plan de prévention
Variables	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios
Statut				
Hôpital public	-1.43 (0.28)	-0.24 ***	-0.17 (0.22)	0.84 ns
Hôpital privé lucratif	-0.24 (0.33)	3.29 ns	0.38 (0.25)	1.73 ns
Hôpital privé non lucratif	-0.51 (0.31)	2.51 ns	0.40 (0.24)	1.77 ns
Spécialités				
– Médecine, Chir, obstét	-2.17 (0.15)	-0.11***	0.08 (0.09)	1.08 ns
– Psychiatrie	-1.93 (0.23)	-0.15***	0.001 (0.15)	1.01 ns
– Soins de suite, réadapta	-2.23 (0.17)	-0.11 ***	0.07 (0.10)	1.07 ns
– Soins de longue durée	-2.56 (0.25)	-0.08***	0.11 (0.13)	1.12 ns
– Hospitalisation à domic	-2.80 (0.39)	-0.06***	0.07 (0.18)	1.07 ns
Taille				
Petit	-0.97 (0.31)	-0.38 **	0.61 (0.29)	+1.84*
Moyen	-0.63 (0.34)	1.41 ns	-0.36 (0.31)	0.38 ns
Grand	-1.40 (1.38)	-0.65 ***	-0.67 (0.32)	-0.28*

4. Des mesures de prévention des RPS d'ordre plutôt individuel

La formation : un outil privilégié par les établissements hospitaliers ?

Les établissements hospitaliers recourent massivement à la formation à la sécurité, quel que soit leur statut (approximativement 80 %).

Statut / Formation sécurité

	Non		Oui	
	N	% cit.	N	% cit.
ESPIC ou ASSO	14	21,9%	50	78,1%
FPH SENS LARGE	69	19,7%	281	80,3%
PRIVE LUCRATIF	5	14,3%	30	85,7%

$p = 0,66$; $\text{Khi}^2 = 0,84$; $\text{ddl} = 2$ (NS)

Les résultats de notre analyse montrent que le statut de l'établissement hospitalier et plus précisément le statut public (effet positif et significatif) contribue à expliquer la mise en place de formation comme outil de prévention. Les hôpitaux publics, plutôt de grande taille, et quelles que soient leurs spécialités, dispensent à leur personnel des formations pour mieux gérer la relation avec les patients et leur famille. Ces formations leur permettent de mieux gérer les incivilités,

agressions et plus largement les tensions avec le public, source de stress. En revanche, dans le public, les personnels cadres bénéficient peu de formation spécifique sur la gestion du stress (effet négatif significatif). Il est à noter que les rares hôpitaux publics qui proposent des formations spécifiques au personnel encadrant sont de grande taille.

	A7H3	Formation du personnel aux relations avec les patients et leurs familles	F2aH6	Formation spécifique des agents/salariés	F2aH5	Formation spécifique du personnel encadrant
Variables	Estimation	Odds/Odd-ratios	Estimation	Odds/Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios
Statut						
Hôpital public	1.39 (0.28)	+ 4.01***	0.08 (0.22)	1.08 ns	-0.60 (0.23)	- 0.55 **
Hôpital privé lucratif	-0.30 (0.32)	0.18 ns	0.07 (0.25)	0.99 ns	0.34 (0.26)	2.56 ns
Hôpital privé non lucratif	0.23 (0.31)	0.31 ns	0.17 (0.24)	1.09 ns	0.45 (0.25)	2.86 ns
Spécialités						
- Médecine, Chir, obstétri	1.61 (0.12)	+ 5.00***	0.39 (0.09)	+ 1.48***	-0.14 (0.09)	0.87 ns
- Psychiatrie	1.49 (0.20)	+ 4.44***	0.42 (0.16)	+ 1.52**	0.18 (0.15)	1.20 ns
- Soins de suite, réadapt	1.74 (0.14)	+ 5.70***	0.38 (0.10)	+ 1.46***	-0.17 (0.10)	0.84 ns
- Soins de longue durée	1.99 (0.20)	+ 7.32***	0.68 (0.14)	+ 1.97***	0.07 (0.13)	1.07 ns
- Hospitalisation à domicile	1.64 (0.25)	+ 5.16***	0.49 (0.19)	+ 1.63**	0.15 (0.18)	1.16 ns
Taille						
Petit	0.20 (0.28)	1.22 ns	-0.24 (0.28)	0.79 ns	-1.05 (0.32)	- 0.35 **
Moyen	1.03 (0.30)	+ 2.29***	0.16 (0.30)	1.49 ns	0.57 (0.34)	5.05 ns
Grand	1.93 (0.35)	+ 5.64***	0.96 (0.31)	+3.32**	1.35 (0.35)	+11.02***

Procédures formalisées

Une faible proportion d'établissements hospitaliers publics plutôt de grande taille voire de taille moyenne mettent en place des dispositifs de prise en charge des difficultés psychologiques de leur personnel. En revanche, la proportion des établissements privés à but lucratif de grande taille qui signalent des salariés en situation de risque ou d'addiction est très faible. Les résultats de la régression logistique ne révèlent pas d'effet significatif pour les autres catégories de statut.

	F2aH3	Signalement d'agent/salariés ayant des conduites addictives	F2aH1	Signalement d'agent ou salariés en situation de risque	B4bH4	Dispositif de prise en charge des difficultés psychologiques du personnel
Variables	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds/ Odd-ratios	Estimation	Odds / Odd-ratios
Statut						
Hôpital public	-0.42 (0.22)	0.66 ns	0.07 (0.22)	1.07 ns	0.62 (0.23)	1.86 +**
Hôpital privé lucratif	-0.89 (0.27)	0.63 –**	-0.67 (0.26)	0.51 –**	0.07 (0.27)	0.58 ns
Hôpital privé non lucratif	0.09 (0.24)	1.67 ns	-0.11 (0.24)	0.90 ns	0.06 (0.25)	0.57 ns
Spécialités						
– Médecine, Chir, obstétri	-0.49 (0.10)	0.61 –***	0.04 (0.09)	1.04 ns	0.91 (0.10)	2.48 +***
– Psychiatrie	0.06 (0.15)	1.06 ns	0.28 (0.15)	1.32 ns	1.39 (0.19)	4.01 +***
– Soins de suite, réadapt	-0.37 (0.10)	0.69 –***	0.07 (0.10)	1.07 ns	0.86 (0.11)	2.36+***
– Soins de longue durée	0.08 (0.13)	1.08 ns	0.25 (0.13)	1.28 ns	0.99 (0.15)	2.69 +***
– Hospitalisation à domicile	-0.13 (0.18)	0.88 ns	0.41 (0.19)	1.51 +*	1.29 (0.22)	3.63 +***
Taille						
Petit	-1.68 (0.39)	0.19 –***	-1.05 (0.32)	0.35 –**	-0.58 (0.29)	0.56 ns
Moyen	0.65 (0.40)	10.28 ns	0.55 (0.34)	4.95 ns	0.99 (0.31)	4.81 +**
Grand	1.79 (0.40)	32.14 +***	1.52 (0.35)	13.07 +***	2.01 (0.33)	13.33 +***

Dispositifs informels

À la lecture des résultats de notre analyse, les hôpitaux publics, plutôt de grande et moyenne taille, quelle que soit leur spécialité, mettent en place une assistance confidentielle aux agents. Pour les autres statuts, aucun effet significatif n'est apparu.

	F2aH2	Assistance confidentielle aux agents/salariés
Variables	Estimation	Odds /Odd-ratios
Statut		
Hôpital public	1.28 (0.27)	3.60 +***
Hôpital privé lucratif	-0.54 (0.30)	0.16 ns
Hôpital privé non lucratif	-0.36 (0.29)	0.19 ns
Spécialités		
– Médecine, Chirurgie, obstétrique	1.08 (0.11)	2.94 +***
– Psychiatrie	1.43 (0.19)	4.18 +***
– Soins de suite, réadaptation	1.03 (0.11)	2.80 +***
– Soins de longue durée	1.23 (0.16)	3.42 +***
– Hospitalisation à domicile	1.48 (0.24)	4.39 +***
Taille		
Petit	-0.16 (0.28)	0.85 ns
Moyen	0.89 (0.30)	2.86 +**
Grand	1.70 (0.33)	6.42 +***

En guise de conclusion à cette partie relative à l'analyse quantitative, il nous semble important de préciser un ensemble d'éléments : d'une part quant à la pertinence de mener une analyse de ce type et d'autre part à ses résultats.

Sur le plan de la méthode, les analyses réalisées permettent de rendre compte de l'état d'une question à un moment donné et de poser un état des pratiques de prévention. Cependant, deux obstacles ont été rencontrés, celui de la confiance que l'on peut accorder aux réponses et celui des contraintes liées à la question que nous nous posons.

Sur le plan de la confiance, l'observation particulière des interrogations sur le DUERP ne manque de nous interpeller. Dans la base de données, les réponses paraissent unanimes : « les RPS figurent dans notre DU ». Dans nos rencontres : « les RPS ne figurent pas dans le DU ». Cet écart peut être expliqué par les multiples sollicitations auxquelles sont exposées les personnes concernées. Notre hypothèse est qu'ils sont soumis très régulièrement à des enquêtes visant à nourrir la machine à évaluer. Dans ce contexte, les nombreuses facettes de l'enquête conditions de travail constituent un obstacle, il est difficile pour une seule personne de répondre intégralement en toute connaissance des thématiques évoquées. Dans le doute, la personne qui répond va vers la réponse la moins problématique potentiellement. Ici, c'est pourquoi la plupart des répondants indiquent que les RPS figurent dans le DU. Ce biais de désirabilité est d'autant plus important que l'outil est mal connu... Nous avons ainsi rencontré des agents au sein d'un hôpital qui souhaitaient qu'y figure le suicide d'un agent ou le burn-out d'un autre.

Quant à la question que nous souhaitons examiner de plus près, à savoir s'il existait des différences entre dispositifs de prévention dans les secteurs publics et privés, nous avons observé un ensemble d'écarts factuels, mais qui nous semblent plutôt moins parlants que ceux observés dans l'analyse de la base de données. Ce qui est sûr, c'est que la confrontation des deux dispositifs de connaissance est extrêmement féconde, car permettant un enrichissement global. Si l'analyse qualitative permet d'illustrer et d'enrichir les analyses quantitatives, la réciproque existe, les données quantitatives permettent de valider une intuition perçue sur le terrain et lors des entretiens.

C'est ainsi que notre investigation permet de mieux définir comment traiter cette question. Nous avons fait le choix d'enquêter sur des établissements qui semblaient appartenir à un même groupe de pratiques et de situation vis-à-vis de la prévention, nous estimons désormais qu'il convient, pour réussir une comparaison plus en avant, d'apparier les établissements publics et privés en fonction de leur taille et de leur métier, voire de leur situation concurrentielle. Ce sera la prochaine étape de notre travail sur ces données.