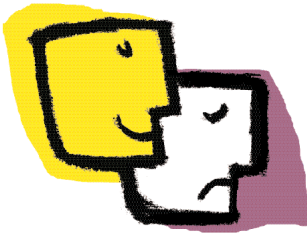


Le stress au travail, une réalité

Quelle prévention, quels acteurs et quels outils ?

Nancy, 1^{er} et 2 février 2007



Le congrès « Le stress au travail, une réalité », organisé par l'INRS, a rassemblé à Nancy en février 2007 près de 700 personnes autour du thème de la prévention du stress. De nombreuses communications ont permis de décrire et d'illustrer la démarche, les acteurs et les outils de cette prévention.

En résumé

L'objectif de ce colloque était de préciser les définitions du stress et plus largement des risques psychosociaux, de distinguer les sources de stress (contraintes et facteurs organisationnels), les effets sur la santé (état de stress chronique, problèmes de santé avérés) et les effets sur l'entreprise. Ces différents aspects ont fait l'objet des conférences de la première matinée. La nécessité d'une approche préventive et d'une action au niveau collectif a été rappelée. Les étapes de la démarche préventive constitueront ensuite le fil rouge du colloque :

- mettre en visibilité les problèmes de stress dans l'entreprise ;
- convaincre le chef d'entreprise d'agir ;
- constituer un groupe de projet spécifique, chargé du suivi d'une démarche de prévention du stress ;
- réaliser un diagnostic « collectif » ;
- le traduire en plan d'action pour réduire les sources de stress ;
- évaluer l'efficacité des actions menées.

Les deux dernières séquences ont été consacrées :

- aux ressources institutionnelles disponibles pour mettre en œuvre une démarche de prévention du stress au travail ;
- à une synthèse, celle d'un directeur d'entreprise et celle d'un expert du domaine.

bougent. Le plus dur reste à faire, à savoir mobiliser les acteurs de terrain et leur fournir les outils dont ils ont besoin pour développer la prévention des risques psychosociaux dans les entreprises. Ce colloque est une nécessité. En effet, le bruit médiatique autour de la souffrance au travail, l'obligation réglementaire d'évaluation des risques psychosociaux, la loi sur le harcèlement, ont créé un climat propice à la mobilisation. Mais ils ont également des effets indésirables. Le premier, c'est la confusion : stress, harcèlement, violence et souffrance au travail... Tous ces termes ont des significations précises et il convient d'en donner des définitions rigoureuses. Selon la dernière enquête de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Dublin, 2005), 27 % des salariés européens déclarent leur santé affectée par des problèmes de stress. Il s'agit du troisième problème de santé au travail déclaré en Europe, derrière les maux de dos et les troubles musculosquelettiques. Le coût social du stress au travail serait a minima compris entre 830 et 1 656 millions d'euros, soit 10 à 20 % des dépenses de la branche accidents du travail/maladies professionnelles de la Sécurité sociale. Peuvent être notamment cités parmi les conséquences sur la santé, les syndromes métaboliques, les conséquences cardiovasculaires, les troubles musculosquelettiques... ».

J.L. Marié a souhaité préciser que « si certains spécialistes peuvent évoquer "un bon stress", il lui semble que les termes de bon et mauvais stress sont inadéquats et recouvrent en fait des distinctions plus anciennes : aigu/chronique et choisi/subi. Le terme de stress aigu est utilisé face aux réactions d'un organisme qui doit s'adapter. Il n'est ni bon ni mauvais, il est simplement rendu nécessaire par l'environnement. Un stress chronique ne peut être en aucun cas bénéfique pour l'organisme, car il le maintient en sur-régime. Enfin, si une situation stressante aiguë choisie sera toujours mieux acceptée qu'une situation subie, une situation chronique même choisie sera toujours délétère ».

M-C BAYEUX-DUNGLAS*,
A. BIAOUI**, Y. GANEM*,
M. KRIVOCHEV***,
D. LAFON*,
B. PELTRE-FLEURIET***,
B. SIANO*.

* Département études et assistance médicales, INRS.

** Département Documentation, INRS.

*** Internes de santé au travail.

Ce colloque a été organisé par l'INRS en partenariat avec les réseaux institutionnels engagés dans la prévention des risques psychosociaux : ARACT, CRAM, médecins du travail, Inspection médicale du travail et universités. Il fait partie des activités menées par le projet transversal "stress" de l'INRS (D. Chouanière, E. Draï, M. François, A. Guibert, V. Langevin, A. Pencôte, C. Trontin et C. Van Der Weerd). Ce compte rendu a été rédigé sur la base des actes du colloque et des communications orales.

Ouverture du colloque

J.L. Marié (Directeur général de l'INRS) a débuté son propos en rappelant « qu'il y a quelques années, les critiques dénonçaient le retard de la France sur la problématique du stress au travail en évoquant 10 ans de retard. Force est de constater aujourd'hui que les choses

J.L. Marié a ensuite évoqué « des approches du stress au travail qui ne peuvent pas être constructives aux yeux de la prévention des risques et des maladies professionnelles ». Par exemple : « l'apparition sur le marché d'acteurs qui se présentent comme des experts qui vendent aux entreprises des prestations, notamment de la gestion individuelle du stress, bien éloignées de leurs besoins réels et des principes de prévention. Pour J.L. Marié : « Il est évident que les entreprises ont besoin d'être accompagnées sur ces questions face auxquelles elles sont souvent démunies. Il ne s'agit pas de dénoncer le développement de ces activités. Mais il faut mettre en garde, alerter, fournir les notions de base qui permettront aux responsables d'entreprises, aux représentants des salariés de faire les bons choix. C'est également le rôle de l'INRS d'expliquer qu'une approche basée sur la gestion individuelle du stress ne peut pas être considérée comme de la prévention. L'organisation de ce colloque démontre que l'Institut assume ce rôle avec le souci de donner aux acteurs institutionnels l'occasion d'exposer leur position sur le stress au travail. Universitaires, Caisses régionales d'assurance maladie, Agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) ou médecins du travail, il existe en France de nombreux acteurs de la prévention qui travaillent sur ces questions. L'objectif de ce colloque est de rassembler toutes ces personnes ressources pour qu'elles soient entendues ».

Le stress au travail : problème d'actualité dans les entreprises et enjeu social

Pour introduire les enjeux de la thématique du stress au travail, de sa réalité actuelle, de son évolution passée et future, il fallait un abord « grand angle », synthétisant les aspects sociologiques, économiques et managériaux.

J.F. Chanlat (Centre de recherche en management et organisation - Université Paris Dauphine) a précisé en introduction que la notion de stress apparaît pour la première fois, en 1936, sous la plume de Hans Selye, mais ce n'est qu'au cours des années cinquante et soixante qu'elle sera reprise par les psychologues. À partir des années 70 et 80, les chercheurs s'intéressent de plus près aux origines psychosociales du stress et au rôle joué par le soutien social. Les champs de la santé au travail, des organisations et de la gestion ne s'y intéresseront vraiment quant à eux, pour les pays anglo-saxons et scandinaves, qu'au cours des années 70 et pour le champ français, qu'à la fin des années 80. Les années 90 seront celles de la reconnaissance et de l'institutionnalisation de cette préoccupa-

tion, tant en Amérique du Nord qu'en Europe. À la fin de la décennie 90, l'apparition des questions du « mobbing », du harcèlement moral et de la souffrance au travail vont venir renforcer les préoccupations autour du stress. Depuis le début des années 2000, le caractère épidémique du stress au travail est régulièrement souligné ainsi que le rôle que jouent les facteurs psychosociaux dans la prévalence de celui-ci.

Des transformations socioéconomiques et certains modes d'organisation semblent associés à l'épidémie contemporaine de stress. La première période, de la fin des années 40 au milieu des années 70, est celle du relèvement économique, du boom démographique, de la production de biens standardisés en grande quantité, d'une croissance ininterrompue, d'un enrichissement collectif et individuel, d'une réduction des inégalités sociales et d'une volonté de maîtrise des incertitudes et de l'insécurité par la mise en place de l'État de bien-être ou État-Providence. La seconde, à partir du milieu des années 70 correspond à un modèle quelque peu différent : ouverture grandissante des marchés, constitution d'unions commerciales régionales (Marché commun, Alena, Mercosur, etc.), remise en cause de certaines réglementations, arrivée de nouveaux acteurs économiques notamment en Asie, vieillissement des populations des pays industrialisés, effondrement des expériences socialistes, changements des modes de consommation, instabilité monétaire, montée de l'individualisme, concurrence accrue, financiarisation des performances et course permanente à l'innovation et à la compétitivité. Ce nouveau contexte va avoir une influence sur les modes d'organisation et les pratiques managériales. Des restructurations vont avoir lieu ainsi qu'un mouvement d'alliances, de fusions et d'acquisitions et des délocalisations. Il y a un recentrage sur une ou deux activités. Des outils de gestion vont être mis en place. Ils vont permettre, grâce aux technologies de l'information, d'améliorer et mieux contrôler l'activité au quotidien. Ces mêmes technologies vont également réduire les temps de réponse et augmenter le potentiel de flexibilité des organisations.

Dans un monde où la réactivité est devenue un des critères de performance, tous ces éléments se conjuguent pour accroître la charge de travail, la pression temporelle, les exigences en matière de qualité et de résultats. Toutes les dernières enquêtes sur le stress au travail confirment les effets de ces facteurs tant en Amérique qu'en Europe, voire au-delà.

En s'appuyant sur un modèle de compréhension du stress au travail, mettant l'accent sur quatre dimensions centrales et leurs interactions (la charge de travail, le degré d'autonomie, le degré de reconnaissance et le degré de soutien social), qui se situe clairement dans une perspective organisationnelle et gestionnaire, J.F. Chanlat a montré comment certaines pratiques de gestion actuelles peuvent être sources de

stress. Cela a permis également de montrer les leviers qui sont à la disposition des managers et des salariés pour améliorer la situation.

Face au contexte actuel de mondialisation, il n'existe pas de réponse universelle. En effet, en se penchant sur ces problèmes de stress au travail, il est possible d'observer au sein du même secteur industriel une variation des politiques mises en place selon certaines organisations et certaines entreprises. Par ailleurs, les années qui viennent vont pousser les sociétés à se préoccuper de manière croissante du bien-être et de la santé. Cette réflexion s'appuie à la fois sur des études concernant l'attitude des personnes par rapport à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée et sur les impératifs associés au développement durable. Il n'est pas possible, en effet, de concevoir un tel développement sans intégrer la qualité de la vie au travail.

La question du stress au travail aujourd'hui n'est donc pas dissociable de la dynamique socio-économique ambiante. Le management, ayant un rôle clé à jouer dans le dispositif de réduction de ce problème, devrait être aux avant-postes de ce mouvement. Contrairement à certaines idées émises à ce sujet, il n'existe pas d'incompatibilité entre la réduction du stress au travail et la performance de l'entreprise. L'importance des coûts qui y sont associés devrait convaincre tout manager, soucieux du développement de son entreprise et de son personnel, de s'en préoccuper. Les instituts de formation à la gestion et les écoles de management devraient en prendre acte et former les managers à ces questions.

En résumé, si l'organisation du travail est maintenant de plus en plus perçue comme stressante, c'est-à-

dire comme une expérience souffrante, c'est dû à ce que le mot stress recouvre une réalité sociale singulière issue de notre expérience sociohistorique. Si chaque société produit ses maladies, les problèmes associés au stress dans le travail rappellent que la modernité produit les siens. Il reste donc à chacun des acteurs sociaux à en prendre acte et à agir en conséquence pour améliorer la situation dans ce domaine. La santé des salariés et du monde est à ce prix.

Le fil rouge du colloque

Après ce premier panorama, **D. Chouanière (responsable du projet transversal « stress au travail », INRS)** a rappelé les objectifs du colloque :

(1) décrire une démarche de prévention du stress, consensuelle pour toutes les institutions traditionnellement impliquées dans la prévention des risques psychosociaux (RPS) ;

(2) illustrer les différentes étapes de cette démarche par des cas concrets s'étant déroulés dans divers secteurs d'activités et mettre en perspective ces cas grâce à l'apport d'experts du domaine. Même si la démarche proposée s'applique à la prévention de tous les RPS, seule la prévention du stress sera abordée dans le cadre de ce colloque.

Avant d'entrer dans la démarche de prévention, il est proposé, en premier lieu, un état sur les connaissances. Les aspects abordés correspondent aux différents thèmes de la **figure 1** (hors facteurs « entreprise » abordés par J.F. Chanlat).

Fig. 1 : Définition schématisée du stress chronique.



Conséquences du stress chez l'homme

L. Weibel (CRAM Alsace-Moselle) a tout d'abord rappelé la définition du stress proposée par l'Agence européenne pour la Sécurité et la Santé au travail : « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise ».

Trois notions se dégagent de cette définition :

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

Si dans le langage courant, le terme « stress » désigne indifféremment l'un de ses trois éléments, il sera réservé ici pour désigner l'état psychophysiologique de l'organisme en réponse à une contrainte. Cette réponse de l'organisme se traduit par la libération de neurotransmetteurs et d'hormones, dont le but est l'adaptation à la nouvelle situation. Toutefois, en cas de sur-sollicitation, le fonctionnement de ce système de défense peut s'altérer. Afin de distinguer la réponse de l'organisme qui va permettre l'adaptation et la réponse dégradée de l'organisme en cas de sur-sollicitation, Selye, médecin biologiste a défini deux termes : celui de stress aigu (état qui va permettre l'adaptation) et de stress chronique (état en cas de déséquilibre prolongé) et a décrit, dès 1936, le syndrome général d'adaptation. Ce syndrome, réactualisé par les données biomédicales récentes (concepts d'alostasie et de charge allostatique), est à l'origine des théories biologiques actuelles du stress. Cette relecture du syndrome général d'adaptation permet d'expliquer sous quelles conditions et par quels mécanismes un état de stress peut aboutir à des pathologies. Véritables « maladies de l'adaptation », ces pathologies liées au stress ont fait l'objet de nombreuses études épidémiologiques, lesquelles ont précisé les relations statistiques entre certaines contraintes de travail et ces altérations de santé. Si les situations stressantes ponctuelles n'ont que des répercussions temporaires sur la santé, les conséquences peuvent être beaucoup plus lourdes si les contraintes sont intenses et/ou s'inscrivent dans la durée.

Les mécanismes psychophysiologiques et les conséquences pour la santé du stress ont été décrits de façon détaillée dans le dossier : « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention » paru dans

le numéro 106 de la revue Documents pour le Médecin du Travail, 2^e trimestre 2006, pp. 169-86. Le lecteur est invité à se reporter à ce dossier pour ces questions.

État des lieux

La communication d'**I. Niedhammer (INSERM U 687, Saint-Maurice)** contenait les résultats des expositions aux contraintes de travail du modèle de Karasek obtenus dans le cadre de l'enquête nationale SUMER 2003. Ces contraintes de travail (ou facteurs psychosociaux au travail pour la littérature internationale) correspondent aux contraintes générées par l'organisation du travail. Elles sont évaluées par un questionnaire.

Le questionnaire de Karasek est l'instrument le plus utilisé dans l'évaluation des risques psychosociaux au travail. Le modèle élaboré initialement explorait deux dimensions : la demande psychologique et la latitude décisionnelle. La demande psychologique porte sur des aspects aussi bien quantitatifs que qualitatifs de la charge psychologique de travail. La latitude décisionnelle comporte deux sous-dimensions, l'utilisation des compétences et l'autonomie décisionnelle ; elles se définissent par la possibilité d'utiliser et de développer ses compétences et qualifications pour la première et par la marge de manœuvre dans la manière de faire son travail et de prendre part aux décisions qui s'y rattachent pour la seconde. Selon Karasek, la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (« job strain ») constitue une situation à risque pour la santé. Ce modèle a été complété par la suite par une troisième dimension, le soutien social au travail, comportant des aspects relatifs au soutien socio-émotionnel et instrumental des relations avec la hiérarchie et les collègues. Un manque de soutien social au travail aggrave les effets du « job strain ».

Dans le cadre de l'enquête SUMER, une version française validée du questionnaire de Karasek a été incluse dans un auto-questionnaire rempli lors des consultations de médecine du travail par 24 486 salariés (14 241 hommes, 10 245 femmes). Ce questionnaire a été utilisé pour évaluer la demande psychologique (9 items), la latitude décisionnelle (9 items) et le soutien social (8 items). Les trois scores ont été construits selon les recommandations de Karasek et ensuite dichotomisés à la médiane de l'échantillon total, pour construire le « job strain » (combinaison d'une forte demande et d'une faible latitude). Les résultats mettent en évidence des différences significatives entre hommes et femmes, les femmes ayant en moyenne une plus forte demande psychologique et une plus faible latitude décisionnelle.

Il existe également une différence significative entre hommes et femmes pour le « job strain », les femmes étant plus exposées que les hommes. Aucune différence n'est observée entre les sexes pour le soutien social. Des différences significatives sont observées entre les professions : la demande, et surtout la latitude, augmentent avec le gradient socio-professionnel pour les deux sexes. La prévalence du « job strain » diminue quand le gradient socio-professionnel augmente. Les différences entre les secteurs d'activité sont peu marquées chez les hommes et elles le sont encore moins pour les femmes. Aucune différence n'est observée entre les professions et secteurs d'activité pour le soutien social.

A. Touranchet (Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, Nantes) a présenté une action originale, « les semaines des maladies à caractère professionnel » organisées dans six régions (Alsace, Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Pays de la Loire).

Les maladies à caractère professionnel (MCP) sont théoriquement toutes les maladies susceptibles d'être d'origine professionnelle n'entrant pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnifiables (MPI). Bien que leur déclaration soit une obligation légale pour tout médecin, peu de médecins déclarent des MCP. De plus, ces signalements sont peu exploités, notamment faute de données sur la population d'où ils proviennent.

Le projet a consisté en un enregistrement exhaustif pendant deux semaines, deux fois par an, par un réseau de médecins du travail volontaires dans les six régions précédemment citées. Les médecins adressent à l'Inspection médicale du travail les déclarations de MCP qu'ils ont constatées lors des visites de médecine du travail au cours de ces semaines baptisées « Semaines des MCP », ainsi que l'âge, le sexe, la profession et le secteur d'activité de tous les salariés ayant bénéficié d'une visite médicale au cours de la même période (données nécessaires au calcul du dénominateur des taux de prévalence). Les résultats des Pays de la Loire, où près de la moitié des médecins du travail participent, ont été présentés.

Les secteurs d'activité de la région sont dans l'ensemble bien représentés. Pour 23 416 salariés vus en consultation, 1 056 déclarations ont été effectuées. Les TMS constituent 65 % de ces pathologies, les souffrances psychiques 22,5 %, les maladies de la peau 5 %, de l'oreille 2,5 % et de l'appareil respiratoire 2 %. La prévalence observée des TMS est de 2,9 %, celle de la souffrance mentale de 1,1 %.

La souffrance psychique peut se traduire par des phénomènes de troubles du sommeil, de stress ou de pathologies déjà évoluées (gastralgie, HTA, troubles

anxieux, dépression, tentatives de suicides, etc.). La prévalence augmente avec l'âge, dès 30 ans pour les hommes et 40 ans pour les femmes, elle diminue après 60 ans. Les secteurs d'activité sont variés : finances, administration, éducation, santé, commerces, services aux particuliers. Les professions les plus représentées sont les métiers administratifs, le commerce, les ouvriers. Les facteurs d'exposition incriminés sont le manque de collectif de travail, les horaires décalés, le rythme de travail, le manque d'autonomie, la violence psychologique, l'incertitude liée aux délocalisations. Le facteur « pression temporelle » augmente depuis 2003.

Ces semaines des maladies à caractère professionnel sont l'occasion d'un signalement de plus en plus exhaustif : plus de 1 000 déclarations en 2003 par rapport à 845 en 2001 et 536 en 2002. Répétées régulièrement et dans différentes régions, elles fourniront des données inédites sur la fréquence des manifestations pathologiques en lien avec le travail, ainsi qu'une estimation précieuse de l'ampleur de la sous-déclaration des pathologies susceptibles d'être déclarées au titre des tableaux de maladies professionnelles. L'objectif est d'étendre ce réseau à la France entière en 2009.

Conséquences économiques du stress

La présentation de **C. Trontin (INRS)** concernait les conséquences économiques du stress. Des données financières relatives aux conséquences des risques psychosociaux sont souvent citées dans les médias mais elles sont rarement étayées par des études rigoureuses et relèvent parfois d'une simple estimation très grossière. Un certain nombre d'études dans la littérature ont cependant abordé le coût du stress en distinguant approche macro et microéconomique. Ainsi aux États-Unis, l'Institut Américain du Stress, en considérant les différents coûts pour l'entreprise comme l'absentéisme, la perte de productivité ou le turn-over, a déterminé que le coût pour l'année 2006 du stress au travail s'élevait à 300 milliards de dollars. D'autres études donnent des chiffres inférieurs. Pour les pays européens, l'Agence Européenne a publié en 1999 une estimation du coût pour la société de tous les problèmes de santé liés au travail. Les estimations faites par un certain nombre d'États membres de l'Union Européenne varient de 2,6 à 3,8 % de leur PIB, soit 185 à 269 milliards d'euros par an pour l'ensemble des quinze États membres. En partant de l'hypothèse qu'au moins 10 % de ces coûts ont un rapport avec le stress lié au travail, le coût du stress d'origine professionnelle est évalué à

environ 20 milliards d'euros par an. Par ailleurs, le stress serait à l'origine de 50 à 60 % de l'ensemble des journées de travail perdues. Au Royaume Uni en 1992, Sigman estimait que la moitié des journées de travail perdues était imputable directement ou indirectement au stress au travail. Cela se traduit par une perte de 180 millions de journées de travail et un coût pour les entreprises de 8 milliards de livres sterling (plus de 11 milliards d'euros) liée au stress dont l'origine est dans les conditions de travail. En 1996, Cooper et al., à partir de différentes études du Health and Safety Executive, estimaient quant à eux que l'ensemble des coûts du stress au travail représentait 10 % du PNB du Royaume Uni. En 2001-2002, le Health and Safety Executive a retenu que 13,4 millions de journées de travail ont été perdues pour cause de stress, dépression ou anxiété.

L'approche microéconomique, qui porte son regard sur le comportement des entités individuelles comme le consommateur ou le producteur, retient un cadre d'évaluation non plus national mais limité à l'entreprise ou au salarié. La méthodologie est différente de l'approche macroéconomique puisqu'elle part de l'identification des différents postes de coûts liés aux conséquences d'un risque pour en évaluer les enjeux financiers. Elle autorise cependant une analyse fine des différents coûts. Les études traitant de ce sujet sont rares dans la littérature. La plus citée remonte à 1996 avec Cooper qui détaille trois interventions dans trois entreprises européennes. Deux de ces trois interventions développent une analyse coût-bénéfice complète, et montrent un retour sur investissement d'un an pour ABB, entreprise suédoise de matériel électrique et électronique, et de moins de deux ans pour ABH, holding d'entreprises hollandaises du bâtiment et travaux publics.

L'INRS a effectué, en 2000, une étude sur le coût du stress en France. Elle reposait sur la méthode des fractions attribuables : la prévalence de l'exposition à un facteur de risque (proportion de personnes exposées à ce facteur) et le risque relatif (intensité du lien entre le facteur de risque et la fréquence de cette maladie) permettent de déterminer la proportion de cas attribuables,

c'est-à-dire la sur-morbidité et éventuellement la sur-mortalité attribuable au facteur pathogène. Le facteur de stress retenu est uniquement le « job strain », au sens de Karasek et Theorell. Cependant, les travaux récents de Niedhammer et al. ont mis en évidence que le « job strain » ne représente que 24 % pour les hommes et 37 % pour les femmes des situations de travail fortement stressantes. Cette limitation à un seul facteur de risque minimise donc les coûts. Par ailleurs, seules les pathologies ayant fait l'objet d'un nombre suffisant d'études à l'époque ont été retenues : les maladies cardiovasculaires, la dépression et les troubles musculo-squelettiques. C'est un autre facteur de sous-estimation des coûts. Appliqué à la France pour l'année 2000, le modèle montre que, sur une population active de 23,53 millions de personnes, 220 500 à 335 000 personnes (1 % à 1,4 %) sont touchées par une pathologie liée au stress professionnel. Selon les hypothèses posées, le coût social du stress au travail est compris entre 830 et 1 656 millions d'euros, ce qui représente 10 à 20 % des dépenses de la branche accidents du travail/maladies professionnelles de la Sécurité sociale. Ces résultats ne sont cependant qu'une évaluation minimale d'une réalité vraisemblablement bien supérieure du fait des raisons évoquées précédemment.

Prévenir le stress en entreprise, une prescription réglementaire

Évaluer les risques professionnels (donc les RPS) et le stress en particulier fait partie, pour une entreprise, des obligations réglementaires. Mettre un plan d'actions pour minimiser les facteurs de risque identifiés et suivre l'efficacité des actions engagées sont également inscrites dans la loi. La présentation de **N. Guillemy (INRS)** qui fait le point sur la réglementation est développée dans l'**encadré 1**.

ENCADRÉ 1

Prévenir le stress en entreprise, une prescription réglementaire

N. Guillemy (INRS) a présenté les éléments réglementaires qui imposent la prévention du stress en entreprise. N. Guillemy a débuté son propos en rappelant que la législation et la réglementation en santé et sécurité au travail résultent aujourd'hui, pour l'essentiel, d'une approche communautaire. Développée à partir de la directive-cadre 89/391/CEE, cette approche définit une obligation générale de sécurité, qui incombe au chef d'établissement, et propose une approche globale de la prévention des risques professionnels, menée sur le fondement du principe essentiel de l'évaluation des risques. À l'inverse de l'approche réglementaire qui avait prévalu avant les années 90, il ne s'agit plus de rechercher la conformité à des obligations

précises mais de mettre en œuvre, en vue du résultat attendu c'est-à-dire la sécurité et la santé physique et mentale des salariés, des mesures de prévention fondées sur des principes généraux et des prescriptions minimales existantes pour la prévention de risques particuliers. La nouvelle approche réglementaire repose ainsi, pour l'essentiel, sur une responsabilité accrue du chef d'établissement : il lui appartient de définir les mesures qui lui permettront de satisfaire son obligation de sécurité à l'égard des salariés, pour tous les risques existants, qu'ils soient ou non l'objet de réglementations spécifiques. Ainsi, l'absence de réglementation particulière relative à un risque n'induit pas un droit à l'inaction.

La nécessaire prise en compte de tous les aspects des risques professionnels

L'article L.230-2 du Code du travail définit l'obligation générale de sécurité qui incombe à l'employeur et précise qu'il lui appartient de prendre les mesures nécessaires pour garantir la santé et la sécurité des salariés. Quoique la notion de « santé » ait pu normalement être comprise au sens extensif du terme, la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 est venue préciser qu'il incombait à l'employeur d'assurer la santé tant physique que mentale des salariés. Cette précision l'invite, dans son évaluation, à prendre en compte l'ensemble des facteurs de risques. De même, cet article prévoit que les mesures de prévention à mettre en œuvre doivent être fondées sur des principes généraux qu'il énumère et parmi lesquels figure notamment la nécessité :

- d'adapter le travail à l'homme, en particulier, en ce qui concerne la conception des postes de travail, ainsi que le choix des équipements de travail et méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur l'homme ;

- de planifier la prévention en y intégrant dans un ensemble cohérent la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment en ce qui concerne les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L.122-49 du Code du travail.

Pour mettre en œuvre sa stratégie de prévention, le chef d'établissement doit pouvoir recevoir l'appui et le conseil de services compétents, susceptibles de l'aider dans son approche globale et de lui apporter l'ensemble des compétences nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale des salariés. Jusqu'à l'intervention de la loi n° 2002-73, ce rôle de conseil incombait notamment au médecin du travail, qui exerçait son activité au sein d'un « service de médecine du travail ». C'est désormais au sein d'un service de santé au travail que le médecin du travail exerce ses missions.

Il ne s'agit pas là d'une simple modification de terminologie mais bien d'une véritable évolution de ces services, dans la perspective de permettre une meilleure approche globale des questions de prévention. Au-delà d'une surveillance médicale individuelle des salariés, il s'agit de favoriser une approche pluridisciplinaire de la santé au travail, permettant de prévenir, par la mise en commun de compétences diverses, tout risque d'altération de la santé physique et mentale des travailleurs.

Les prescriptions particulières applicables à certains risques susceptibles d'être facteurs de stress

Outre les dispositions générales qui viennent d'être rappelées, certaines dispositions particulières fixent des prescriptions minimales à mettre en œuvre pour la prévention de risques particuliers, qui, pour certains d'entre eux, peuvent être facteurs de stress.

C'est le cas notamment :

- de la prévention des risques dus au bruit (art. R.232-8 et suivants) ;

- de la prévention des risques liés au travail sur écran (décret n° 91-451) ; l'employeur doit ainsi « concevoir l'activité du travailleur de telle sorte que son temps quotidien de

travail sur écran soit périodiquement interrompu par des pauses ou par des changements d'activités réduisant la charge de travail sur écran » ; « les systèmes doivent afficher l'information dans un format et à un rythme adaptés aux opérateurs » et « les principes d'ergonomie doivent être appliqués en particulier au traitement de l'information par l'homme » ;

- de dispositions réglementaires relatives à certains modes d'organisation du travail, dispositions destinées à en limiter les effets pour les salariés (travail de nuit – art. L.213-1 à L. 213-10 et R.213-1 à R.213-3 ; travail en équipe de suppléance - art. L.221-5-1 ; travail posté - art. L. 231-3-3 et R.212-3) ;

- de dispositions relatives aux relations de travail (principe de non-discriminations art. L.122-45, non-discrimination syndicale L.412-2, interdiction du harcèlement moral et obligation de le prévenir, L.122-49, L.122-51).

Les voies d'action non législatives ou réglementaires

Face aux difficultés d'appréhension des risques liés au stress, par la réglementation, d'autres voies d'actions peuvent également être utilement explorées. Les réflexions menées, à l'initiative de la Communauté européenne, sur la responsabilité sociale des entreprises invitent celles-ci à s'interroger sur leurs actions à l'égard des conditions de travail, dans la perspective notamment de l'objectif stratégique défini par le Conseil Européen de Lisbonne en mars 2000 : « devenir l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde, capable d'une croissance économique durable, accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale ». De même la Commission, sur le fondement de l'article 138 du Traité, tente de promouvoir le dialogue des partenaires sociaux dans le domaine de la politique sociale. L'amélioration des conditions de travail et la prise en compte des facteurs susceptibles de générer un stress des salariés peuvent sans doute tirer parti de ce dialogue. L'article 139 du Traité prévoit que ce dialogue peut conduire à des accords conventionnels. Ces accords constituent notamment une occasion d'attirer l'attention sur des situations ou des risques particuliers, dont l'approche est alors discutée entre les partenaires, sans que des dispositions réglementaires contraignantes, générales et précises ne soient nécessairement adoptées. Ainsi, par exemple, l'accord-cadre interprofessionnel sur le télétravail, signé le 16 juillet 2002, prévoit notamment que « l'employeur s'assure que des mesures sont prises pour prévenir l'isolement du télétravailleur par rapport aux autres travailleurs de l'entreprise, telles que donner la possibilité de rencontrer régulièrement ses collègues et d'avoir accès aux informations de l'entreprise ». De même, l'accord-cadre sur le stress au travail, signé par les partenaires sociaux le 8 octobre 2004, attire l'attention des employeurs sur les risques liés au stress et sur les mesures susceptibles d'être mises en œuvre pour prévenir ces risques.

Il est notable que, sans doute, cet accord engage contractuellement les partenaires mais ne crée aucune obligation réglementaire nouvelle. Les partenaires sociaux sont ici invités à agir sur le stress (sans considération de date limite de mise en œuvre de cet accord) dans le cadre existant posé par la directive 89/391/CEE, appropriée à l'action sur tous les risques.

Du constat général à la prévention en particulier

Une démarche de prévention du stress en entreprise : étapes et conditions de réussite

V. Pezet-Langevin (INRS) a souligné que la prévention du stress s'inscrit dans une démarche globale des risques professionnels par une action commune menée par les acteurs de la prévention. Elle utilise des méthodes adaptables aux différentes situations en entreprise. Plusieurs conditions sont nécessaires :

- l'entreprise doit s'engager dans une démarche complète et durable ;
- une culture en santé sécurité doit exister au sein de l'entreprise ;
- les directions doivent être prêtes à agir sur les modes de management mis en place ;
- la participation et l'information du personnel sont deux des conditions principales ;
- cette démarche de prévention nécessite la création d'un groupe projet interne à l'entreprise ;
- le recours à des compétences extérieures pour certaines des étapes de la démarche (diagnostic approfondi et évaluation) permet également de mener ce projet à terme.

En cas de situations graves (suicide sur le lieu du travail, cas de harcèlement avéré, situations de violences physiques, etc.), la première réponse sera une réponse d'urgence qui visera à prendre en charge les salariés en souffrance. Dans un deuxième temps sera engagée la réflexion sur les causes. Pour être complète et pérenne, la démarche de prévention doit s'accompagner au minimum d'un suivi et dans certaines conditions d'une évaluation.

Avant de mettre en place une démarche de prévention collective, il faut que le problème émerge dans l'entreprise et que le chef d'entreprise soit convaincu du bien fondé d'une intervention de prévention.

Comment émerge le problème en entreprise ? Comment peut-il être pris en compte par l'entreprise ?

M. François (INRS) a souligné que les différents acteurs de la prévention des risques professionnels rencontrent des difficultés à faire émerger, au niveau collectif, la question du stress au travail, question souvent évacuée en effet au titre qu'il s'agirait « surtout de problèmes individuels ». Certains de ces acteurs ont exprimé le besoin de pouvoir recourir à des dispositifs

structurant le recueil d'informations (quantitatives et qualitatives). Trois dispositifs, élaborés par des instances de prévention différentes, sont présentés dans cette section.

Le premier est un outil permanent et systématique de recueil de données sur la santé au travail (« EVREST » ou Évaluation et relations en santé au travail). Ce premier outil interroge directement le vécu des salariés, contrairement aux deux autres méthodes. C'est un questionnaire court, utilisé pour faire émerger les questions de santé au travail au niveau local (entreprise), le dispositif a la capacité à construire un ensemble de données à un niveau plus large (régional, voire national). Le choix *a priori* des questions d'EVREST en fait un outil utilisable pour « alerter » sur la question du stress, tant pour les symptômes que pour les contraintes.

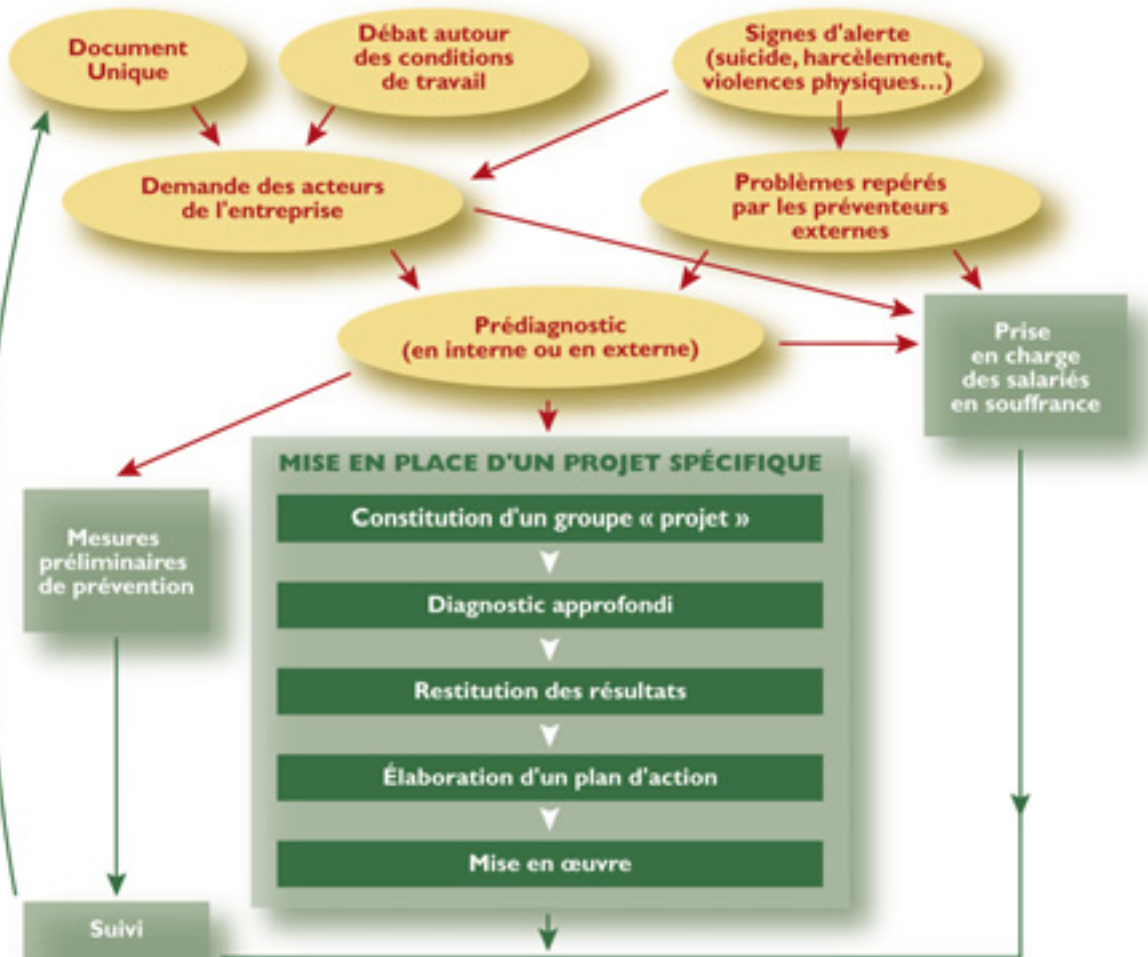
Les deux autres guides ont en commun de se référer à une étape formelle de la démarche générale de prévention des risques psychosociaux (étape « pré-diagnostic » de la **figure 2**) et permettent de recueillir des informations issues du fonctionnement de l'entreprise et de l'état de santé des salariés. Le premier proposé par l'ARACT consiste en une grille de questionnement pour aider les acteurs sociaux dans la recherche et la combinaison des informations susceptibles d'être en lien avec le stress. Le second, proposé par l'INRS, dresse une liste d'indicateurs à choisir, en fonction des spécificités de l'entreprise, et définit les différentes informations nécessaires à leur élaboration. Ces deux guides permettent un travail en coopération au sein même de l'entreprise.

Ces trois approches sont très complémentaires. Leur intérêt réside principalement dans la volonté de l'entreprise à s'approprier ces résultats et à les utiliser comme base de discussion et d'interrogation collective. Ils pourront permettre le suivi de la situation des salariés et de l'entreprise, après qu'un plan d'action aura été mis en place.

Le dispositif Evrest

C. Buisset (AMEST, Association de médecine et santé au travail) a présenté le dispositif EVREST. Il s'agit d'un observatoire par questionnaire dont l'objet est l'étude dynamique de différents aspects du travail et de la santé de salariés à travers la production d'indicateurs quantitatifs. Ces indicateurs sont élaborés à partir de données recueillies lors des consultations de médecine du travail. L'idée est donc de traduire, au moins partiellement, sous une forme standardisée, les informations élaborées au cours des entretiens médicaux. Il permet alors de rendre visibles, au niveau collectif, ces informations qui restent le plus souvent limitées au cadre du colloque singulier entre le salarié

Fig. 2 : Les étapes d'une démarche de prévention du stress.



et le médecin. Les principaux objectifs de ce questionnaire (sur une page recto-verso) sont :

- d'évaluer le niveau de stress,
- d'étudier les relations entre santé et travail,
- enfin suivre ses évolutions au sein de l'entreprise.

Il comporte les informations nécessaires à l'établissement d'un identifiant respectant l'anonymat des questionnaires permettant, à l'attribution, d'assurer son suivi au fil du temps ainsi que celui d'autres données socio-démographiques (catégorie socio-professionnelle, secteur d'activité de l'entreprise, etc.).

Il aborde ensuite :

- la notion de changement dans le travail en lien éventuel avec l'état de santé,
- le temps et les horaires de travail,
- les contraintes de temps, la pression temporelle,

- le sens et le vécu du travail,
- la charge physique,
- l'exposition à un certain nombre de risques professionnels,
- la formation (reçue ou dispensée),
- le mode de vie,
- les antécédents personnels, notamment cardio-respiratoire, neuro-psychique, digestif, ostéo-articulaire et dermatologique.

Selon les médecins qui l'ont testé, ce questionnaire permet d'enrichir le contenu de la consultation en offrant des espaces de discussion sur le travail. Ce volet santé, rempli conjointement par le médecin et le salarié, ne cherche pas à recueillir l'ensemble des pathologies des salariés mais a pour but d'explorer les relations santé/travail et leurs conséquences.

L'organisation du dispositif se caractérise par deux grands niveaux de fonctionnement :

Un niveau local ou régional (l'échelle d'une région semble la plus adaptée), réunissant des médecins volontaires acceptant quelques contraintes telles que le suivi du protocole d'étude défini, la participation à la constitution d'un échantillon national, un engagement à respecter des règles d'indépendance dans l'analyse et la publication des résultats basées, par exemple, sur le guide des bonnes pratiques en épidémiologie réalisé par l'ADELFF (Association des épidémiologistes de langue française). Chaque médecin participant, volontaire, peut alors choisir d'utiliser le questionnaire d'une façon adaptée à ses besoins (en ciblant une entreprise dans son ensemble ou en partie, un secteur professionnel...). EVREST peut ainsi permettre à un groupe de médecins d'étudier les évolutions et relations travail-santé sur un bassin d'emploi, un secteur de petites entreprises ou une grande entreprise. L'organisation au niveau régional doit permettre à tout médecin qui le souhaite de pouvoir récupérer et utiliser les données qu'il a lui-même recueillies. En pratique, ce niveau régional s'organise de façon autonome pour le recueil et l'analyse des données mais bénéficie, s'il le souhaite, de l'aide de la structure nationale sur le plan technique ou scientifique.

Un niveau national. Le groupe d'élaboration du projet évoqué ci-dessus a donc été chargé de produire le modèle de questionnaire, de définir les modalités d'un suivi longitudinal sur un échantillon national de salariés, d'apporter une aide méthodologique pour faciliter le traitement local ou régional de données en santé au travail, de développer des capacités de coordination et de traitement des informations, de favoriser la mise en commun d'outils. La structure nationale opérationnelle sera constituée par un GIS (Groupeement d'intérêt scientifique), regroupant un certain nombre de partenaires désireux de s'engager dans la mise en place de l'observatoire EVREST.

Le risque psychosocial : comment passer des plaintes individuelles à une approche collective de la santé ?

C. Brun (ASTI, Association santé travail inter-services) a présenté une démarche en plusieurs étapes. L'ARACT Aquitaine et la DRTEFP Aquitaine ont élaboré, à partir de 2002, un guide méthodologique permettant de mettre en œuvre les étapes qui vont de l'alerte (ou pré-diagnostic) à l'évaluation des actions mises en place. À l'instar de la démarche présentée dans la *figure 2*, la démarche proposée ici prévoit 4 grandes étapes :

- (1) construire ensemble une approche collective ;
- (2) repérer les indicateurs d'alerte ;

- (3) comprendre les déséquilibres ;
- (4) agir à plusieurs niveaux.

L'approche individuelle existe au sein de l'entreprise (par le médecin du travail, les responsables des ressources humaines ou les assistants sociaux). L'expression de plaintes de personnes est prise en considération comme « un indicateur d'alerte ».

L'approche collective renvoie à l'environnement de travail mais aussi à des évolutions de certaines caractéristiques des populations. L'entreprise n'est pas une somme d'individus mais elle est constituée de collectifs de travail, notamment dans le domaine des relations de travail. L'objectif est bien de mettre en place une méthode pour les acteurs de prévention afin de construire un cadre commun pour traiter ces questions.

Les acteurs de la prévention (employeurs, DRH, représentants des salariés) se trouvent confrontés soit :

- aux difficultés d'un ou plusieurs salariés : stress, mal-être, souffrance, épuisement professionnel ;
- à des questions qui se posent au niveau des équipes : conflits, tensions, climat social dégradé, absentéisme, mal-être au travail, turn-over, vieillissement et usure professionnelle, indicateurs d'alerte d'un risque psychosocial, etc.

Le premier niveau d'analyse prend en considération le contexte économique et social de la structure et s'appuie sur un certain nombre d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Concernant des indicateurs quantitatifs comme l'absentéisme par exemple, il va s'agir d'observer son évolution au cours des dernières années tout en distinguant les données qu'il recoupe : arrêts maladies, congés payés, congés maternité, etc. Les indicateurs qualitatifs, plus nombreux, caractérisent les différentes évolutions de l'entreprise, financières, technologiques ou organisationnelles. Caractériser les relations de travail, à ce stade, doit permettre de situer s'il existe un fort niveau de dégradation ou pas : conflits, rumeurs, absence de parole, etc. Dans cette étape de repérage des indicateurs d'alerte, des hypothèses sont posées sur les populations concernées. Les acteurs peuvent ensuite choisir de passer à une phase d'analyse plus approfondie (entretiens individuels ou collectifs, nombre et répartition, observations en situation de travail) pour travailler sur la réalité de ces risques.

Le médecin du travail intervient à deux niveaux : individuel et collectif. L'étape de repérage des indicateurs d'alerte est une étape intéressante pour les médecins. Elle peut leur permettre d'orienter l'entreprise vers la démarche d'investigation la plus appropriée : enquête par questionnaire, approche qualitative ou orientation individuelle d'un salarié vers un psychologue. Ce travail de réflexion a été engagé à l'ASTI en collaboration avec les médecins.

Dépister les risques psychosociaux : des indicateurs pour guider les entreprises

V. Pezet-Langevin (INRS) a présenté le guide « Dépister les risques psychosociaux : des indicateurs pour vous guider » élaboré par le réseau CRAM-INRS « Risques Psychosociaux et Santé »⁽¹⁾. Ces indicateurs d'alerte ou de dépistage sont élaborés à partir des informations disponibles dans l'entreprise. Il s'agit de mettre en forme des données existantes dans l'entreprise et non de solliciter les salariés en recueillant des informations spécifiques. Les indicateurs se répartissent en deux familles :

- indicateurs de fonctionnement de l'entreprise (turn-over, absentéisme, etc.) ;
- indicateurs de santé/sécurité en relation avec les RPS (nombre de maladies professionnelles telles que les troubles musculosquelettiques, taux de fréquence ou de gravité des accidents du travail, prévalence d'épisodes dépressifs, etc.).

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive mais d'une proposition d'indicateurs pertinents pour dépister des situations de travail à risque de stress ou autres RPS. Elle peut être complétée par des indicateurs spécifiques à l'entreprise.

Ces indicateurs sont à interpréter en fonction de leur évolution au cours du temps ou en les comparant avec des valeurs de référence nationales (quand elles existent) ou entre les différents secteurs ou ateliers ou services de l'entreprise.

Ce guide constitue un outil qui permet de réaliser un pré-diagnostic et au vu des résultats d'enclencher si nécessaire une démarche de prévention. En 2007, une version préliminaire sera testée auprès des préventeurs CRAM, d'un chargé de mission de l'ARACT et de médecins du travail. Après cette phase de test, la version définitive sera disponible.

Comment convaincre l'entreprise d'engager une démarche ?

Pourquoi un chef d'entreprise s'engage-t-il dans une démarche de prévention du stress ?

S. Strubel (ancien directeur de l'unité Steelcase de Wisches en Alsace) a répondu à la question de savoir pourquoi un chef d'entreprise s'engage-t-il dans une démarche de prévention du stress ?

Steelcase, numéro un mondial du mobilier de bureau, est une société fabriquant des bureaux en flux tiré

sur demande. Employant 240 personnes, le site de Wisches produisait 150 000 rangements par an et 230 000 bureaux. La crise économique a entraîné une baisse importante du chiffre d'affaires de Steelcase. Fin 2002, la question était claire : pouvait-on fabriquer du mobilier de bureau en France de façon compétitive ? Dans tous les cas, il était impératif d'adapter l'outil industriel. Cela supposait de changer les modes d'organisation et de réorganiser les usines selon le modèle de Toyota. Cette modification supposait de multiples changements des habitudes de travail pour l'ensemble du personnel. Par ailleurs, l'adaptation des effectifs aux besoins du marché a entraîné trois plans sociaux. Le stress généré était dû un peu aux plans sociaux mais surtout aux changements organisationnels. Certains indicateurs étaient dans le rouge (triplément de l'absentéisme, augmentation des accidents du travail, dégradation du climat social avec de nombreuses plaintes et des situations de crise). Pour les premiers projets de réorganisation industrielle (mise en place de nouvelles lignes de production), l'entreprise a été accompagnée par la CRAM. Malgré cela, des difficultés sont apparues avec des retombées très vives de la part des partenaires sociaux : « Vous créez du stress. Vous devez faire quelque chose ! ».

Sur le plan personnel, le directeur a pris cette revendication très au sérieux et a voulu y trouver remède. Au cours du même mois (juin 2003) est sorti dans la revue « Travail et Sécurité » un article sur l'évaluation du stress chez des urgentistes⁽²⁾. Suite au CHSCT, le médecin du travail a contacté l'auteur de l'article, Laurence Weibel qui, entre temps, était devenue « référente dans le domaine du stress » à la CRAM Alsace-Moselle. Les informations apportées par la CRAM dans le domaine du stress ont représenté pour le directeur un facteur déterminant pour agir.

Le directeur dut apprendre les mécanismes du stress, accepter que le monde de l'entreprise puisse générer du stress, comprendre que le stress peut générer des pathologies et enfin découvrir qu'une approche scientifique est possible. La démarche mise en place a consisté à :

- créer et former un groupe de pilotage sur la thématique « stress » (définition, causes, conséquences, moyens de prévention, etc.) ;
- analyser la situation globale de l'entreprise ;
- communiquer dans l'entreprise sur l'action en cours ;
- définir la méthodologie adaptée à la situation ;
- choisir le questionnaire adéquat et le recueillir auprès des salariés ;
- exploiter les résultats ;
- mettre en place un plan d'actions globales et propres aux différents secteurs ;
- enfin, réévaluer après quelques mois l'impact des actions mises en place et en relancer d'autres.

La démarche de prévention du stress mise en place

(1) Ce document sera édité et diffusé au cours de l'année 2007

(2) Stress aux urgences médicales : une étude scientifique pluridisciplinaire sur le terrain. Travail et Sécurité n°630, juin 2003, pages 22-25.

était une réponse à une demande des partenaires sociaux et constituait un projet fédérateur, participatif, piloté par le service médical. Certains d'entre eux n'ont plus voulu participer au comité de pilotage et ont été remplacés par des cadres ou des leaders d'équipes de travail ou d'autres représentants syndicaux. La démission des partenaires sociaux n'est pas en lien avec la thématique du stress mais est due à un type de relations sociales propres au site. La durée de l'intervention a été (comme habituellement) longue : les premiers contacts ont eu lieu en décembre 2003, les questionnaires ont été recueillis en mai-juin 2004 et en octobre 2004, les premiers résultats étaient disponibles. Au moment où les actions ont été mises en place, la situation avait déjà changé par rapport à ce qu'elle était au moment du diagnostic.

Plusieurs facteurs facilitateurs sont à noter : l'apport d'information par la CRAM ; son accompagnement à l'évaluation du stress dans l'entreprise et ensuite à la mise en place du plan d'actions ; son implication dans le déroulement du projet ; l'intime conviction de l'intérêt de la démarche et la confiance qu'elle inspirait au directeur ; le soutien et le pilotage par le service médical qui représentait un pôle de neutralité...

Cette action a apporté beaucoup à l'entreprise et à son directeur. D'abord sur un plan personnel, une fois la définition du stress assimilée, la communication avec les salariés n'était plus la même et surtout la façon de piloter et de mettre en œuvre des projets, voire une stratégie, était totalement différente. Les ressources humaines se sont ouvertes sur le devenir des personnes et ont développé l'employabilité des salariés dans la perspective de leurs éventuelles et nécessaires reconversions. L'avenir des hommes devenait prioritaire par rapport à celui de l'entreprise. La notion de ressources ainsi que le rôle et les missions des managers ont été explicités pour l'ensemble du personnel de l'entreprise par une journée d'information et une mise à jour de l'organigramme. Il a fallu aussi apprendre à communiquer plus régulièrement sur la stratégie et surtout, à communiquer plus positivement : à l'occasion de nouveaux marchés remportés, de perspectives favorables, etc. Le comité de direction s'est astreint à améliorer la reconnaissance du travail fourni avec une action par mois de reconnaissance positive au niveau individuel (cadeau, visite d'une autre usine du groupe...) ou collectif (festivité offerte à une équipe). De plus, au niveau de chaque secteur, il y a eu des actions spécifiques, propres à résoudre les difficultés limitées au secteur.

Cette démarche a permis d'obtenir des résultats positifs : les indicateurs évoqués précédemment sont passés au vert, le site a été redynamisé et est prêt pour l'avenir ; toute nouvelle action entreprise tient compte de la problématique du stress en raison de la sensibilisation du chef d'entreprise. Au projet industriel s'est ajouté un projet humain (sécurité, ergonomie, bien-

être) avec une période d'embauche et de croissance.

Même si les autres unités de Steelcase ne se sont pas intéressées à cette démarche (question non prioritaire), S. Strubel estime qu'elle peut être envisagée par des responsables d'entreprises ayant des problématiques voisines, avec la possibilité de réduire la durée de l'intervention et d'améliorer la réactivité.

Motivations de dirigeants d'entreprise à entreprendre une démarche de prévention du stress

D. Chouanière (INRS), M. Léonard (ALSMT, Association lorraine de santé en milieu de travail) et J. Niveau (CRAM Bourgogne et Franche-Comté) ont recueilli les témoignages de huit dirigeants d'entreprises qui s'étaient lancés dans une démarche de prévention du stress. Les entreprises appartiennent à des secteurs industriels pour cinq d'entre elles et des secteurs de services pour les trois autres. Leur effectif varie de 100 à 8 000 salariés. L'objectif essentiel de ce travail était :

- d'identifier les différents motifs pour lesquels des dirigeants s'engageaient dans une démarche de prévention (incluant l'évaluation diagnostique et le plan d'actions) ;
- de décrire la façon dont ils avaient conduit dans leur entreprise ce type d'action ;
- de recueillir leurs premières analyses et conseils.

À cette fin, une grille d'entretien a été pré-établie. Une synthèse des résultats a été présentée pour chacune des questions posées aux huit interlocuteurs. Le nombre de dirigeants contactés étant limité, ce travail n'avait pas la prétention d'être représentatif de l'ensemble de leurs motivations mais, de par la diversité des situations des entreprises concernées, il a permis néanmoins de dresser un panorama assez riche.

Quels événements, quelle situation ont interpellé les dirigeants sur la question du stress au travail ?

Pour deux entreprises, il n'y a pas d'événement particulier. La motivation des dirigeants résulte de l'obligation de prévention de tous les risques professionnels y compris les risques psychosociaux (RPS) et s'inscrit dans l'élaboration ou l'actualisation du Document unique (DU) : pour l'une, la démarche a été impulsée par le groupe auquel elle appartient (toutes les usines du groupe doivent évaluer les RPS) et pour l'autre, qui est sous-traitante de deux grands groupes, la démarche est le résultat d'une sensibilisation aux RPS à travers le cahier des charges fixé par les deux grands groupes. Pour d'autres, des alertes diverses apparaissent sous forme de plaintes (en CHSCT, auprès du médecin du travail, auprès de cadres, etc.), et/ou de dégradation d'indicateurs de santé (augmentation de l'absentéisme

« longue maladie », du nombre d'inaptitudes au poste de travail, etc.). Un certain nombre de causes liées au travail sont évoquées (intensification du travail, succession de plans sociaux, difficultés économiques, changements organisationnels, etc.). Pour une dernière entreprise, la démarche s'enclenche en réaction à une série d'événements dramatiques (dont un suicide).

Comment le dirigeant a réagi sur le plan personnel ?

Les huit interlocuteurs ont en commun la particularité d'avoir affronté le problème sans le dénier :

« J'ai pris cette revendication du CHSCT très au sérieux et ai voulu y trouver remède »,

« Ces alertes venant d'acteurs différents de l'entreprise avec des constats similaires ont précisé et mis en mots un malaise ressenti également par la direction. Cela n'a pas été perturbant sur le plan personnel mais a été pris très au sérieux par le comité de direction avec une décision de mettre en œuvre une action de prévention du stress au travail »,

« Pour tenir les engagements de l'accord en faveur de l'emploi des personnes handicapées et du maintien dans l'emploi des salariés inaptes, je me suis attelée à l'amélioration de la gestion des inaptitudes »,

« J'ai réagi avec confiance. Pour moi si c'était un problème, il fallait le résoudre le plus tôt possible ».

Après une phase de documentation et de réflexion, ils ont mesuré la prise de risque pour l'entreprise et décidé d'agir. Pour passer à l'action, ils ont sollicité un interlocuteur compétent externe (médecin du travail, CRAM, ARACT).

Une peur « raisonnée » est souvent exprimée quant aux résultats du diagnostic et de leur future gestion : « mais décider d'agir sur les points faibles (révélés et confirmés par une étude) en Gestion des ressources humaines (GRH) de l'entreprise, c'était une prise de risque ».

Concrétiser la démarche...

Après avoir convaincu les acteurs de l'entreprise de s'engager dans une démarche de prévention, il faut passer à la première étape : constituer le groupe de pilotage.

Constituer le groupe de pilotage du projet, un élément essentiel du succès. Deux expériences menées en CRAM ont été développées.

J. Niveau (CRAM Bourgogne et Franche-Comté) a montré l'importance de la fonction du groupe de pilotage dans le succès d'une démarche de prévention. Sa

mise en place très tôt permet un véritable travail de construction sociale propre à l'entreprise. Ce travail servira de référence, de base « stable et objectivée » pour mesurer l'environnement psychosocial à risque ou non pour la santé. Des démarches de prévention des risques psychosociaux ont été conduites dans des entreprises de la région Bourgogne et Franche-Comté et ont contribué à installer des groupes de pilotage dans plusieurs de ces entreprises. C'est un retour d'expériences qui a eu lieu dans le cadre de ce congrès.

La constitution du groupe de pilotage interne à l'entreprise

Il s'agit de regrouper des personnes, occupant des fonctions différentes mais qui, à elles toutes, capitalisent une bonne connaissance de l'entreprise, de ses secteurs et de ses différents métiers. Le groupe n'est donc pas restreint aux acteurs « traditionnels et légitimés » de la sécurité, il comprend également des personnes de l'équipe de direction, l'encadrement, des services fonctionnels, des représentants du personnel, des opérateurs... Il représente l'ensemble des points de vue de l'entreprise qui feront parfois l'objet de débat, de questionnement, de recherche de compléments d'informations... et aboutiront à plus d'objectivité et à des consensus sociaux. Pour que ce travail de transformation de « points de vue » en « données consensuelles » se réalise, la taille du groupe doit être importante. C'est le nombre de participants et les interactions entre eux qui vont permettre cette démarche qui peut être qualifiée de « presque scientifique ». Elle sera l'une des clés pour orienter ou guider l'action du décideur qui n'a pas encore d'habitude de décisions, ou du moins pas sur ces bases, fournies par le dialogue social.

Les relations avec des intervenants extérieurs

La durée et le temps ne sont pas forcément un facteur de régulation pour le fonctionnement du groupe. En réalité, chacun garde son « libre consentement » pour poursuivre et contribuer à l'évolution de la réflexion collective du groupe. Cela se traduit, tout au long de la vie du groupe, par des départs que l'on peut qualifier « d'abandon ou d'auto exclusion », départs qui traduisent des désaccords trop forts entre les motivations personnelles initiales et les évolutions produites par le collectif de travail.

Pour pallier ces difficultés, la CRAM Bourgogne et Franche-Comté a souhaité, dès la constitution du groupe, qu'un des intervenants CRAM puisse assurer l'accompagnement psychologique si nécessaire des membres des groupes « projet ». Cet apport s'inscrit dans une stratégie d'évolution et de changement de représentations, de croyances, de raisonnements... Les participants deviennent plus critiques sur leurs propres attitudes et pour en abandonner certaines (sans risque de déstabilisation), l'intervenant représente une aide

précieuse, comme celle qu'apporte un expert par son dialogue, ses explications, son aide personnalisée, son soutien et son encouragement.

L'accompagnement apporté au groupe de pilotage, pour pallier les difficultés psychologiques d'un investissement individuel trop fort, prend du temps aux intervenants, mais ce temps sera largement récupéré par le choix même d'avoir opter pour la mise en place d'un groupe de pilotage. En effet, au moment de la réalisation, par les intervenants, des étapes les plus longues de la démarche, comme le diagnostic, les entretiens... ceux-ci bénéficieront des effets facilitateurs de ces actions d'accompagnement psychologique. Le transfert des connaissances du groupe de pilotage, sur l'entreprise, les métiers et les réalités de terrain, permettront aux intervenants de prendre contact plus facilement dans les secteurs, d'établir plus facilement leurs plannings d'interventions, de mieux comprendre certains dysfonctionnements, de mieux définir des pistes de prévention.

Les relations du groupe de pilotage avec la direction : une implication réciproque

Le groupe de pilotage n'est pas décideur, même si certains représentants de la direction y participent. Sa mission consiste à informer, conseiller la direction pour lui permettre de prendre des décisions sur le sujet. Le dirigeant sera ce décideur. Leurs relations contribueront à la mise en œuvre, la cohérence et la pérennité de l'action.

Le choix, pris par la direction, de s'engager dans une démarche de prévention des risques psychosociaux représente une prise de risque. Elle s'effectue dans un domaine de compétences où il existe peu de ressources expertes au sein de l'entreprise. Par ailleurs, cette prise de risque se situe dans un champ qui ne concerne pas directement le cœur de l'activité et elle est relative à un thème qui fait encore débat, même au niveau d'une équipe de direction ; la direction, en la personne du chef d'entreprise, est parfois seule et se retrouve isolée pour porter cette décision. Les particularités de cette prise de décision peuvent être qualifiées de points faibles et il faudra rester vigilant tout au long de l'action pour éviter que l'engagement individuel de la direction soit remis en cause en fonction de certains événements (en lien ou non avec l'action) que ses motivations ne diminuent pas, notamment si les résultats visibles n'apparaissent pas rapidement, car le soutien et la crédibilité du groupe en dépendent.

Le groupe de pilotage reste dépendant de ces évolutions négatives de la part de la direction, il les subit, mais elles percutent de plein fouet son action, son implication, car comme tout groupe projet, il a besoin d'un espace de confiance, de marges de manœuvres associées pour s'impliquer dans un véritable travail autonome et responsabilisant.

Face à ces difficultés, il est nécessaire de prévoir un

soutien externe à la direction, dès le début de l'action, pour éviter le blocage des relations et, en corollaire, de l'action. Ce soutien externe peut être initié par les intervenants et prendre la forme de proposition pour participer à une journée de réflexion avec d'autres dirigeants (pour mieux comprendre la démarche, ses étapes, anticiper les difficultés et repérer les indicateurs de progression...), de rencontre avec un dirigeant engagé dans une démarche similaire ou participer à un congrès... Ce soutien porte sur une meilleure connaissance de la démarche et un encouragement à poursuivre, en prenant du recul et non sur un soutien individuel.

Le premier signe de soutien, garantissant de bonnes relations pérennes entre le groupe de pilotage et la direction, est la discussion sur la base d'un document écrit, résumant les engagements de chacun en début de démarche (charte...). Cette clarification garantira le processus de décision concerté, nécessaire à la réussite de l'action. Le groupe agira sans ambiguïté et produira dans un climat de transparence et de dialogue social.

Le groupe est donc associé, engagé dans un processus de « décision à deux ». Il peut parcourir, de façon très professionnelle une partie du chemin et aboutir à des propositions, des conseils pertinents, reconnus des experts, mais il lui faut un décideur rassuré sur sa prise de risque, serein sur la démarche engagée pour prendre en charge la seconde partie de l'action : les décisions et leur mise en œuvre.

Constituer le groupe de pilotage du projet, un élément essentiel du succès : expérience menée dans une PME en Alsace

La démarche présentée par **D. Jurgensen et L. Weibel (CRAM Alsace-Moselle)** concernait une entreprise du secteur de la métallurgie de 240 salariés fabriquant des caravanes et camping-cars. Elle a démarré par une première réunion dont l'objet était de bien préciser les attentes et la demande de l'entreprise (phase de pré-diagnostic). La problématique qui a été alors évoquée par les différents participants permettait de suspecter une situation de stress au travail. Le contexte de l'entreprise était particulier : des relations régulières avec la CRAM, un CHSCT actif, une représentation syndicale forte et crédible, un engagement fort de la direction.

Les critères pour constituer un comité de pilotage représentatif de l'entreprise et efficace pour l'action ont été présentés : un représentant de chacun des secteurs de l'usine, participation obligatoire de certains membres : médecin du travail, membre de la direction, etc. Le rôle et les missions du comité ont été précisés.

Puis, la constitution même du comité a été laissée au choix de l'entreprise. Trois semaines après cette pre-

mière réunion, le comité était créé. Il était composé de 11 personnes dont le chef d'entreprise, le secrétaire du CHSCT, les délégués syndicaux, l'animateur sécurité, ainsi que des salariés des principaux secteurs de l'entreprise.

Le comité de pilotage a été très actif dans ce projet. Il a d'abord organisé la première phase du diagnostic, celle des entretiens individuels : information individuelle aux salariés concernés par les entretiens et planification des entretiens en fonction des impératifs de production.

Il a été aussi très présent dans la deuxième phase, celle de l'enquête par questionnaire. Du fait de sa bonne connaissance de l'entreprise, il a participé à l'adaptation d'une partie du questionnaire à l'entreprise ; en effet, il fallait y inclure des questions de description du travail qui étaient spécifiques de l'activité de production et de son organisation. Il a ensuite décidé du mode de distribution des questionnaires et de leur mode de collecte (distribution via la fiche de paye et retour direct à la CRAM par courrier) et il a enfin fixé le délai maximal de réponse (en l'occurrence d'un mois). Il a ensuite pris en charge l'information des salariés par une campagne de communication organisée (affichage, diaporama à l'ensemble du personnel sur grand écran), laquelle est capitale pour obtenir un taux de participation correct. Il a ensuite assuré l'impression des questionnaires et une relance (après le délai d'un mois).

C'est au comité de pilotage que seront restitués, en premier lieu, les résultats. Il devra décider de la façon dont ces résultats seront diffusés à l'ensemble des salariés. Un plan d'action sera alors décidé par le chef d'entreprise à partir des propositions émises par le comité.

En conclusion, le comité de pilotage est l'interlocuteur privilégié pour mettre en œuvre cette démarche de prévention. Il est nécessaire que le rapport direction/encadrement/salariés soit particulièrement équilibré et que le groupe soit force de propositions.

Du groupe projet au management de la prévention

Cette communication d'*E. Drais (INRS)* portait sur les conditions d'organisation du projet de prévention en matière de stress et autres risques psychosociaux. Tous les travaux et expériences dans le domaine s'accordent sur la nécessité de conduire des démarches participatives et de former des instances de projet pour le diagnostic, le pilotage, etc. (qui apparaissent sous diverses dénominations : groupe projet, comité de pilotage, groupe de travail...). Au titre d'une revue des pratiques, l'auteur a voulu apporter quelques précisions sur ce qui est entendu par « groupe projet » et les conditions pour agir sur les situations de stress. S'il existe quelques règles et principes méthodologiques de ges-

tion de projet, il importe surtout de rompre avec une conception déterministe de l'organisation et du changement. L'organisation du projet est tant une question de forme que de fond pour gérer la prévention.

L'organisation du projet, une question de forme

En matière de risques psychosociaux, l'action sur l'organisation présente des spécificités ; elle suppose des formes de coordination adaptées, différentes de celles qui s'avèrent efficaces pour la prévention technique ou réglementaire. S'agissant d'un projet d'intervention ou de changement sur l'organisation, l'action de prévention doit respecter quelques règles et méthodes qui réfèrent à la fois à des principes établis en matière de conduite de projets et diverses traditions en matière de changement (approche systémique, développement organisationnel, école de Palo Alto...).

L'intervention répond le plus souvent à une demande qu'il s'agit de préciser ou d'étayer au niveau de l'origine, de l'objet (le quoi), des motifs (pour quoi), des objectifs (combien, quand, etc.), des ressources et modalités (comment)... Cela donne lieu à une commande, un cahier des charges ou un cadrage clarifiant les engagements, la méthodologie, les étapes, la durée...

Le choix des intervenants, leurs rôles respectifs, la composition et l'organisation du ou des groupes qui vont analyser le problème, confronter les analyses, proposer des solutions, arbitrer les propositions est un temps important du projet de prévention. Il se manifeste concrètement par l'organisation structurelle du projet avec deux rôles essentiels de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre. La maîtrise d'ouvrage, qui est responsable de l'intervention, n'est pas une instance impersonnelle. C'est au moins un individu (directeur, secrétaire CHSCT, médecin) sinon un groupe. Au mieux, ce doit être un collectif qui produit ses propres règles et représentations. Celui-ci gagnera à représenter une diversité d'acteurs (direction, RH, encadrement, service de santé, représentants du personnel, experts, consultants). L'autre acteur essentiel est le maître d'œuvre, qui représente une personne et plus souvent une équipe, en charge des actions de terrain (diagnostic, propositions, etc.). Le chef de projet est la figure traditionnelle de la maîtrise d'œuvre. Dans le cas de la prévention des risques psychosociaux, c'est souvent un expert du domaine (fonctionnel sécurité, RH, médecin, ergonomiste...).

Le choix de ce responsable n'est pas neutre. Le fait de retenir un expert de l'entreprise ou bien un consultant extérieur expert de son domaine orientera les modes d'action et les champs d'investigation. Dans tous les cas, on veillera à ce que ce maître d'œuvre prenne en compte les positions des divers protagonistes : victimes avérées, plaignants, intervenants, consultants et associe les instances habituelles de pré-

vention (service de santé au travail, CRAM, etc.).

Quatre types de structure de projet peuvent être choisis :

- une structure de projet fonctionnelle, dite « en mode projet » ;
- une structure de projet coordinative ;
- une structure de projet matricielle ;
- une structure de projet indépendante (**encadré 2**).

L'organisation du projet, une question de fond

Coordonnant les acteurs essentiels, elle rend apte à aborder la complexité des risques psychosociaux (pluricausalité, subjectivité, pluridisciplinarité, etc.), en contrant la rationalité technique qui reste souvent dominante dans les programmes et les pratiques de prévention.

La spécificité de la prévention du stress et des risques psychosociaux est que la demande ne peut s'explorer indépendamment de la construction d'une réponse. C'est d'autant plus vrai pour le sujet du stress que les acteurs sont une partie du problème. La façon dont les difficultés sont exprimées par les salariés varie d'un groupe professionnel à un autre, voire d'une personne à une autre, et dépend de différents paramètres (sensibilité aux savoirs médical et psychologique, position des syndicats sur le sujet, politique de ressources humaines, normes de métier...). Et même lorsque le malaise est reconnu, la façon de caractériser le problème peut être l'objet de lectures divergentes. Plus largement, le problème que l'intervention doit résoudre en matière de stress n'est pas une donnée mais il fait l'objet d'une construction qui suppose un ensemble de choix politiques. En effet, dans le cas du stress, toutes les données ne sont pas formulées au départ, elles se précisent au fur et à mesure de l'intervention, l'état final est flou à construire, une multitude de solutions est acceptable. Il n'y a pas d'organisation *a priori*, les décisions portent tant sur des logiques rationnelles d'efficacité que des valeurs ou des sentiments... D. Schön (1983) appelle cette construction du problème, une « *conversation avec la situation* ». Elle introduit un dialogue et une négociation entre les différentes parties tout au long du processus d'intervention.

Selon l'intervenant, la prévention la plus efficace des risques psychosociaux passe non par un processus de résolution de problème mais de construction de problème. C'est ce que défendent bon nombre de professionnels intervenants sur la base de dispositifs participatifs mais également la plupart des théories sur le changement. On parle d'ailleurs de « *changement construit* » et non plus de « *changement prescrit* ». Certains ergonomes se rallient explicitement à cette approche. Ces perspectives s'inscrivent dans une perspective d'épistémologie constructiviste (J. Piaget, B. Latour...) qui aujourd'hui paraît la plus appropriée non seulement à la prévention en santé mentale

mais encore à l'exercice de la pluridisciplinarité.

Pour agir en profondeur sur l'organisation et les risques psychosociaux, il importe d'abandonner une « *position haute* » d'expertise répondant à un modèle positiviste, ici réducteur, pour privilégier un modèle collectif d'actions et d'apprentissages. Le modèle « *construction de problème* » signifie pour le sociologue tisser et renforcer les régulations dont le déficit est à l'origine des risques au travail. Tout cela doit contribuer à inscrire durablement la prévention dans l'organisation et la gestion de l'entreprise.

Deuxième étape de la démarche : le diagnostic approfondi

Le diagnostic approfondi (*figure 2*), présenté par **M. François (INRS)** et **M. Vézina (conseiller en santé au travail, Institut national de santé publique du Québec et professeur titulaire, université Laval, Canada)**, est une étape incontournable d'une intervention organisationnelle de prévention du stress au travail. Cette phase nécessite des compétences spécifiques. À ce titre, il est préférable qu'il soit réalisé par un expert (ARACT, CRAM, médecin du travail ou cabinet conseil apte à conduire des diagnostics au niveau collectif). Ce diagnostic intervient après un temps de préparation avec éclaircissement de la demande. Deux aspects de cette préparation sont incontournables : l'engagement de la direction de l'entreprise et la constitution d'un groupe de pilotage du projet.

Les objectifs du diagnostic approfondi sont :

- de préciser l'ampleur du problème et le niveau de stress ;
- d'identifier les déterminants liés au travail et à son organisation à l'origine des tensions ;
- de repérer les groupes de salariés (ateliers ou services) en difficulté pour définir des cibles prioritaires. Il ne faut pas négliger l'étape de restitution des résultats qui suit la phase du diagnostic. Les modalités de cette restitution doivent être précisées au départ. Par exemple, une restitution orale est faite aux demandeurs et un rapport écrit est remis aux partenaires sociaux. La restitution au sein du groupe de pilotage doit être accompagnée d'une discussion qui permet de débattre du travail effectué, de l'enrichir, de le préciser pour aboutir à un consensus. Cette restitution conditionnera la phase suivante du plan d'action. À cette étape, il faut éviter les diagnostics sans suite. En effet, la restitution peut révéler un écart important entre la représentation de ce que les acteurs de l'entreprise se faisaient de la situation et les résultats de l'investigation

Les différentes structures de projet

La structure de projet la plus simple est la **structure fonctionnelle** qui maintient les acteurs dans leurs structures ou fonctions existantes et les sollicite pour la prévention à l'occasion de réunions et d'actions locales. Cette structure est plus intéressante en fin d'intervention pour mettre en place des solutions qu'au départ pour analyser l'organisation. La **structure coordinative**, elle, suppose le détachement provisoire de ressources (chef de projet, participants...) qui sont dédiées à l'action de prévention (membres CHSCT, RH, personnel...). Elle est légère mais présente l'inconvénient de maintenir les cloisonnements en place. La **structure de projet matricielle** est une structure de projet durable, élaborée autour de chantiers thématiques ou sectoriels qu'il faut coordonner. Son intérêt est grand mais son coût de coordination également. La structure de projet la plus connue

en général est la **structure indépendante** ; elle réunit des acteurs qui sont provisoirement retirés de leurs fonctions habituelles pour se consacrer au projet, avec un fonctionnement autonome. Ce cas est intéressant pour des grandes entreprises, de vastes programmes de prévention ou les situations d'urgence. La coordination et l'accompagnement interne sont facilités mais nécessitent de veiller davantage à l'articulation entre le groupe projet et les structures en place. L'équipe de prévention est donc amenée à constituer des dispositifs d'intervention plus ou moins complexes, qu'elle choisira en fonction des caractéristiques de l'entreprise et de la situation. Plusieurs dispositifs peuvent cohabiter en particulier lorsque qu'il convient de prendre en charge des personnes en souffrance. Les démarches de prévention organisationnelle et individuelle s'avèrent alors conjointes.

diagnostique. Le travail du préventeur sera d'accompagner le groupe projet pour qu'il dépasse les « désillusions » du constat et passe du diagnostic au plan d'action.

Un exemple de diagnostic organisationnel publié dans le numéro 107 de la revue Documents pour le Médecin du Travail (« Démarche de prévention du stress au travail : la réalisation d'un diagnostic organisationnel », 3^e trimestre 2006, pp. 309-19) a explicité les différentes étapes de ce diagnostic qui ne sont pas développées ici pour cette raison.

Trois exemples de diagnostic approfondi ont été présentés et détaillés. Ils sont décrits dans l'**encadré 3**.

M. Vézina a ensuite présenté une synthèse sur le diagnostic approfondi. Le diagnostic approfondi est une étape incontournable d'une intervention organisationnelle de prévention du stress au travail. Quelle que soit l'approche diagnostique (par questionnaire, ergonomique ou psychodynamique) retenue dans les trois exemples détaillés dans l'**encadré 3**, les résultats aboutissent toujours à l'identification des sources de stress. Les méthodes diagnostiques doivent être adaptées au contexte de l'entreprise (taille, secteur d'activités, etc.). Il n'y a pas de méthode « miracle » mais différentes méthodes plus ou moins adaptées à la situation. C'est au préventeur spécialisé dans le domaine des RPS de choisir la meilleure méthode. Le questionnaire n'est pas la panacée. Il représente un outil possible adapté dans les entreprises de grande taille mais exige des moyens pour le traiter. Quelles que soient les méthodes utilisées, les diagnostics présentés ont visé à évaluer 4 dimensions fondamentales du travail et communes aux différentes situations de travail : charge psychologique, autonomie ou marge de manœuvre, soutien social et reconnaissance du travail accompli (contraintes des modèles de Karasek et de Siegrist). Le caractère transversal de ces contraintes

s'explique par le fait qu'elles explorent les besoins fondamentaux de l'être humain vis-à-vis du travail que sont la perception d'un sentiment d'efficacité personnelle lié à l'accomplissement d'une tâche et au contrôle qu'il a de son travail, l'estime de soi liée à des expériences de valorisation et de reconnaissance et, enfin, le sentiment d'appartenance à un groupe, à un milieu ou à un réseau social au travail. Les conclusions et la restitution du diagnostic approfondi conditionnent la mise en œuvre de l'étape suivante, celle du plan d'action.

Passer à l'action : du diagnostic et/ou au plan d'action

Les acteurs de l'entreprise se mobilisent

V. Pezet-Langevin (INRS) a rappelé les trois diagnostics qui ont été développés dans la session précédente (**encadré 3**) et annoncent les plans d'actions qui en ont découlé :

- le plan d'action chez Steelcase ;
- la démarche de prévention dans les deux unités d'une structure d'aide sociale,
- l'intervention en psychodynamique.

Un plan d'action chez Steelcase

Chez Steelcase, le diagnostic par questionnaire conduit par **L. Weibel (CRAM Alsace-Moselle)** et **M. Mengus (médecin du travail, Steelcase)** a abouti à l'identification des sources de stress et le repérage des services les plus exposés a été immédiatement suivi de

Trois exemples de diagnostic approfondi

Le premier exemple est celui de Steelcase dans un contexte de plan social. Le diagnostic a concerné 220 salariés. Le préventeur associé à la démarche est un intervenant de la CRAM. Après recueil des indicateurs de fonctionnement, 50 entretiens dirigés ont été réalisés avec des salariés choisis au hasard dans tous les secteurs et parmi toutes les fonctions de l'entreprise. Ils ont été entendus individuellement et en toute confidentialité. Au vu des résultats des entretiens et des contraintes évoquées par les salariés, il est apparu que le questionnaire le plus adapté était le questionnaire WOCCQ. Il a permis d'évaluer quantitativement certaines contraintes et le niveau de stress et d'identifier les groupes de salariés à risque. Les questionnaires étaient anonymes, remplis sur la base du volontariat, à domicile, restitués sous pli fermé dans une urne au service de santé au travail et remis à la CRAM. La phase diagnostique à partir des premières visites jusqu'à la restitution des résultats au comité de pilotage a duré 9 mois. Le médecin du travail a permis avec le comité de pilotage la réalisation pratique de cette phase. L'intervenant CRAM a procédé à l'analyse des documents de l'entreprise, réalisé les entretiens individuels, « saisi » les questionnaires, analysé l'ensemble des données, fourni un rapport d'étude et restitué oralement les résultats au comité de pilotage. Les conclusions du diagnostic ont été validées par le comité.

Le deuxième exemple a utilisé sensiblement la même méthode mais dans un contexte d'évaluation des risques professionnels ainsi qu'une démarche d'auto évaluation des pratiques au sein des établissements d'une association dans le secteur de la solidarité. La réflexion est initiée au sein du CHSCT. Le médecin du travail alerte également la direction de l'association sur des difficultés que rencontre le personnel dans deux établissements (le service d'accueil des SDF et le service des tutelles) et propose de solliciter l'ARACT pour apporter un appui méthodologique au CHSCT.

Le diagnostic au service d'accueil des SDF repose sur une approche qualitative. La structure est une petite entité de 20 personnes avec 3 métiers différents (médecin, infirmier(e) et travailleur social). Après la prise en considération du contexte économique et social, 11 personnes sont rencontrées représentant les trois métiers. Il n'y a pas eu de recours à un questionnaire. Cette approche, très qualitative, vise d'une part à identifier les combinaisons de facteurs de risque, mais aussi à comprendre les déséquilibres qui touchent à la fois les personnes, le travail mais aussi l'entreprise. L'analyse systémique repère des conjonctions de difficultés qui la plupart du temps vont agir en cercle vicieux et certaines fois entrer dans une spirale de dégradations à différents niveaux de l'entreprise. Ce travail permet, notamment, d'identifier ces spirales de dégradations qui viennent fortement impacter les modes de relations dans le travail.

Le diagnostic au service de tutelles intervient en amont d'un changement de locaux. Une trentaine de salariés travaille dans ce service de tutelles, service qui a vocation à prendre en charge et à protéger des personnes dites « majeurs protégés », sous sauvegarde de justice de tutelles ou curatelles. Les délégués à la tutelle sont assistés dans leurs tâches par des secrétaires comptables. L'intervention, qui s'est déroulée sur 9 mois, a été menée par l'ergonome IPRP interne au service de santé interentreprises et le médecin du travail. Elle a débuté par une phase d'analyse (compréhension de la complexité de l'activité et de l'environnement réglementaire, participation aux réunions de service, étude des documents utilisés) complétée par des entretiens d'explication. Cette analyse a permis de comprendre les formes de régulations individuelles et collectives possiblement mises à mal par des nœuds et conjonctions de difficultés... L'un des axes de l'intervention étant le projet de déménagement, il a été proposé au service et à la direction générale de travailler de concert, sur une conduite de projet : constitution de plusieurs groupes de travail (suivant le thème abordé) avec les salariés concernés et volontaires du service, et d'un groupe de suivi avec la direction générale qui prendrait les décisions en lien avec l'architecte. Des options importantes d'aménagement ont été prises (bureaux permettant un travail en trinôme avec une secrétaire et deux délégués, standard téléphonique et accueil physique séparés...). Un poste temps plein a été créé par la direction au niveau de la prévention des risques.

Le troisième exemple est une approche en psychodynamique du travail au sein d'une association d'aide à domicile. Il s'agit d'« étudier quelles relations peuvent s'établir entre organisation du travail et souffrance psychique » (C. Dejours). Un travail de réflexion collective a été mené avec le médecin du travail et des salariées volontaires : 17 des travailleuses familiales appelées TISF (technicienne de l'intervention sociale et familiale) en situation de crise. La méthodologie « vise à transformer la relation des travailleurs avec l'organisation du travail, pour les replacer en position dynamique vis-à-vis de leur travail, afin de leur permettre de ré-intervenir eux-mêmes sur son organisation » (D. Dessors). Elles avaient obtenu une première forme d'aide collective auprès d'un psychologue présent pendant leur temps de travail. Un collectif d'entraide s'est progressivement créé. Il y a eu 5 réunions espacées de 15 jours et centrées sur le travail réel dans sa dimension subjective. Le rapport d'intervention, après avoir été débattu, a été validé par les participants et secondairement transmis à la direction.

plan d'action. Celui-ci visait à réduire les principaux risques de stress identifiés : contraintes de la tâche, manque de contrôle sur l'avenir...

F. Steyer (Steelcase), membre du CHSCT de Steelcase et membre du groupe projet, a exposé la démarche de prévention. A la suite de l'identification des contraintes au niveau de l'entreprise et de ses différents secteurs, sont mis en place un groupe de travail « plan d'actions général » piloté par le directeur et le médecin du travail et des groupes de travail « plan d'actions par secteurs d'activité » pilotés par le responsable du secteur concerné et le médecin du travail. Ces groupes se réunissent mensuellement. Ainsi plus de 100 actions ont été déployées sur l'ensemble de l'usine.

Le groupe « plan d'actions général » a identifié deux types de contraintes : les contraintes liées aux exigences de la tâche et les contraintes liées à l'avenir du site de production et du personnel. Ces dernières influent sur la motivation du personnel. Trois plans d'action ont été définis :

- plan d'action « exigences » ;
- plan d'action « avenir » ;
- plan d'action « stimulation ».

F. Steyer a présenté, ensuite, des exemples d'actions :

- pour le plan « exigences », remise à jour par écrit des descriptions de postes, communication interactive entre les opérateurs et les services supports ;
- pour le plan « avenir », communiquer positivement sur les marchés gagnés, communiquer sur la stratégie du groupe et sur la santé financière du site ;
- pour le plan « stimulation », valorisation du travail de production par des photographies des chantiers installés, réalisation concrète par un opérateur de son idée d'amélioration.

Les groupes « plan d'actions par secteurs d'activité » ont hiérarchisé par secteur les dimensions à travailler :

- par exemple dans le secteur « caissons » pour la contrainte « avenir », communication sur la situation du produit par rapport au marché et à la concurrence, communication sur l'incidence positive des diminutions de coût et du changement de mode de production ;
- pour la contrainte « temps », mise à jour des modes opératoires, définition de la tâche de chacun à son poste de travail.

Des changements intégrés dans une structure d'aide sociale

C. Muller (service d'accueil des sans domicile fixe - SDF) et **S. San Millan et (service des tutelles)** ont présenté les changements secondaires à la démarche dans ces deux services.

Dans le service d'accueil des SDF, le diagnostic

reposait sur une démarche qualitative et a identifié une évolution des missions initiales, notamment par rapport à l'évolution de la population accueillie, ainsi que des contraintes spécifiques comme par exemple la contrainte horaire pour les agents les plus âgés. Un point positif, l'ensemble du collectif de travail a fait face.

Pour le service des tutelles, les risques psychosociaux reposaient sur le projet de déménagement et sur des éléments conjoncturels : manque de moyens des juges des tutelles et le cadre légal (loi de 1966). Par ailleurs, il existait un flou par rapport au volet socio-éducatif, la quantité de dossiers à traiter s'oppose au respect des valeurs professionnelles (disponibilité, écoute, conseils aux majeurs protégés).

C. Muller (médecin du travail) a exposé le plan d'actions validé préalablement par la direction. Pour le service d'accueil des SDF, les actions entreprises qui ont permis de retrouver une situation plus équilibrée dans les mois qui ont suivi ont été les suivantes : poste permanent pour le 115, réorientation des missions, réflexion sur les pratiques, aménagement des locaux... Néanmoins, deux ans après, le service a dû faire face à de nouvelles difficultés en relation avec des restrictions budgétaires. Le médecin du travail fait le constat actuel que le service a d'autant mieux géré cette nouvelle crise que le travail impulsé par le directeur, suite au diagnostic, a permis véritablement de consolider un certain nombre de pratiques et donc de stabiliser la structure dans son fonctionnement. Pour le service des tutelles, la démarche engagée a permis de retenir des options importantes quant à l'aménagement du futur service (bureaux permettant un travail en trinôme avec une secrétaire et deux délégués, standard téléphonique et accueil physique séparés...). Deux grands changements ont eu lieu de façon concomitante, une nouvelle direction de service et l'aménagement des nouveaux locaux. L'ambiance au sein de l'équipe est beaucoup plus sereine, des mini-réunions sur la pratique de chacun ont lieu en trinôme et il semble qu'un système d'entraide, secrétaire-délégué, soit de nouveau à l'œuvre.

Intervention en psychodynamique du travail : quelles transformations ?

M. Léonard (ASLMT) a rappelé le diagnostic lors de son intervention dans le collectif de techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) : une lassitude par rapport à leur travail alors qu'il existe de grandes qualités humaines et une entraide à l'intérieur de ce collectif. **L. Tinturier** et **M. Benedetti (TISF)** ont présenté les transformations après le constat de souffrance psychique qui a alerté M. Léonard : besoin d'écoute, de compréhension, de rompre la solitude, besoin de reconnaissance, manque de cohérence entre les

demandes écrites et la réalité du travail... L'intervention a permis une reconnaissance du travail, un changement de regard sur soi, la connaissance de ses limites personnelles et professionnelles, un respect de la part des familles, des travailleurs sociaux et de la hiérarchie.

Dans les suites de l'intervention, elles ont proposé des modifications organisationnelles qui ont été acceptées par leur direction et mises en place.

À titre d'exemple :

- Un travail en binôme dans certaines familles. Ainsi deux TISF peuvent se relayer quand le besoin s'en fait sentir. L'organisation s'ajuste alors ponctuellement aux réalités du terrain.

- Une information systématique des familles sur leur rôle et une clarification des objectifs d'intervention. La nécessité de devoir justifier in situ leur action s'en trouve ainsi allégée.

- Une mise en place ou un développement des dispositifs leur permettant de sortir, en partie, de leur isolement (développement des plans de travail hebdomadaires, cahier de liaison, travail plus fréquent avec les autres travailleurs sociaux...).

L. Tinturier et M. Benedetti ont conclu leur intervention en soulignant que si la mission première des TISF est l'écoute, les TISF ont également besoin d'écoute pour prendre du recul par rapport à leur métier.

Le plan d'actions en questions... Synthèse

J.P. Brun (Université Laval, Québec) a introduit sa présentation en précisant que dans les trois cas précédents, la transformation du travail s'était opérée à trois niveaux : la production, les pratiques de management et l'individu. Il a précisé que si de nombreux outils sont disponibles pour le diagnostic et l'évaluation des risques psychosociaux, il y en a beaucoup moins pour le changement : « *L'évidence scientifique n'assure pas le changement pragmatique* ».

Il a rappelé ensuite les conditions qui sont nécessaires :

- L'engagement des acteurs concernés à deux niveaux ; pour la conduite du projet, la direction et les syndicats ; pour les transformations à mettre en place, les managers de premier niveau et les travailleurs. L'engagement est souvent perçu comme une étape, c'est en fait un processus qui demande du temps.

- L'évaluation de la capacité de l'organisation à mettre en place les changements. Il est nécessaire de définir un cercle de solutions, lui superposer un cercle d'influence et développer autant d'énergie dans les deux cercles mais il est aussi nécessaire d'aborder la charge de travail : les personnes qui travaillent sur le changement ont-elles le temps de le mettre en place ?

Un certain nombre de questions ont ensuite été posées par des participants :

La planification progressive des actions dans le temps

Pour J.P. Brun, il est important d'identifier des actions à mettre en œuvre à court et moyen termes de façon à ce que les travailleurs et les managers voient un changement aussi bien au niveau local que global. La visibilité des actions est importante, il faut donc limiter le nombre des actions et faire du « marketing social ».

La légitimité des acteurs qui pilotent le plan d'action, la transformation de l'organisation du travail

Pour J.P. Brun, l'élément clé est le chef de projet. Il doit avoir une habileté politique, un pouvoir d'influence, un bon réseau, l'accès au bon circuit de décision.

La question de savoir si un des critères de réussite est la mise en place d'un processus d'amélioration continue

Pour J.P. Brun, c'est le concept de durabilité qui est important : assurer un certain passage dans le temps et essayer de s'inscrire dans la stratégie de l'entreprise, comme par exemple développer une politique de santé et sécurité au travail, faire de la santé un critère économique pour l'ensemble des décisions.

L'articulation du comité de pilotage avec les instances habituelles de l'entreprise dans une perspective de durabilité du changement

Pour J.P. Brun, il faut penser à la façon dont se fait la transition avec ces instances : participation des membres de CHSCT, des salariés mais aussi leur formation.

En conclusion J.P. Brun décrit des recommandations pour l'action selon cinq leviers :

- la santé au travail « *a un coût flexible avec une bonne réactivité* » ;
- c'est une obligation légale ;
- ce n'est pas une menace, les travailleurs ne veulent pas prendre la place du management ;
- si les conséquences sont d'ordre psychologique, les solutions sont d'ordre organisationnel, les actions sont aussi là pour améliorer l'efficacité ;
- l'implication des syndicats est importante.

Évaluer pour progresser

D. Chouanière (INRS) a introduit l'avant dernière séquence qui correspond sur la figure 2 à l'étape « suivi ». En effet une fois le plan d'action mis en place, il faut s'assurer qu'il est réellement efficace. Pour se faire on peut suivre l'évolution des indicateurs

(de fonctionnement de l'entreprise ou de santé des salariés) qui avaient été retenus à la phase du pré-diagnostic et en fonction de cette évolution réajuster le plan d'actions. Pour des entreprises de plus grande taille et/ou pouvant s'appuyer sur des ressources externes (structures de recherche en particulier comme dans les exemples que va détailler M. Vézina), il est possible de réaliser une évaluation complète des mesures mises en place.

M. Vézina (Institut national de santé publique du Québec et université Laval, Canada) a présenté trois exemples d'interventions organisationnelles en santé mentale au travail au Canada (**encadré 4**). L'objectif était de démontrer que les changements organisa-

tionnels contribuent à une diminution des facteurs de risque psychosociaux au sein des entreprises où l'intervention a lieu. L'évaluation de la démarche, à toutes les étapes, est primordiale.

Les interventions organisationnelles réalisées au Québec par l'équipe de M. Vézina intègrent les trois phases suivantes :

- le développement : identification des risques présents et des travailleurs touchés, recherche des compétences nécessaires aux participants dans l'intervention ;
- la mise en œuvre : s'assurer que les participants au projet ont acquis ces compétences ;
- l'évaluation : primaire, de la mise en œuvre (est-ce que les participants utilisent leurs compétences, est-ce

Trois exemples d'intervention présentés par M. Vézina

ENCADRÉ 4

Un organisme public d'assurances

1 700 sujets inclus.

Phase de développement : Identification des travailleurs touchés et des cibles à atteindre. Des contraintes sont mises en évidence ; on remarque une forte proportion de sujets ayant une demande psychologique élevée (manque de temps, exigences de la clientèle et des supérieurs hiérarchiques), un déséquilibre efforts/reconnaissance et une faible latitude décisionnelle.

Recommandations et mise en œuvre : Demande psychologique élevée => Renforcement de la communication au sein de l'entreprise. Modification ergonomique des postes de travail et diminution de la charge de travail.

Déséquilibre efforts/reconnaissance => Mise en œuvre de nouvelles formes de reconnaissance.

Faible latitude décisionnelle => Implication des travailleurs dans les changements organisationnels.

Résultats : Une diminution du pourcentage de travailleurs avec demande psychologique élevée, ayant un soutien social bas ou un déséquilibre effort – récompense.

À long terme (2010), l'objectif est d'avoir adopté des pratiques de gestion basées sur la participation, la responsabilisation et la valorisation du personnel. Les deux indicateurs du suivi sont le pourcentage de sujets ayant une demande psychologique élevée et le pourcentage de sujets ayant une latitude décisionnelle basse.

Un centre hospitalo-universitaire

92 soignants inclus, dont 65 % d'infirmières.

Phase de développement : Une détresse psychosociale élevée chez les personnels de santé, et des absences fréquentes pour problèmes de santé mentale sont constatées. Les contraintes mises en évidence sont un déséquilibre efforts/reconnaissance, un manque de soutien social, une charge de travail élevée et une demande psychologique importante.

Recommandations et mise en œuvre : Charge de travail élevée => Le nombre de patients ne peut pas être diminué...

Déséquilibre efforts/reconnaissance => Améliorer la perception du rôle de l'infirmière.

Manque de soutien => Mise en place de réunions d'équipe, renforcer la communication.

Demande psychologique élevée => Stabiliser les équipes.

Résultats : Diminution des absences et arrêts de travail pour problèmes de santé mentale.

Le service d'entretien d'un centre hospitalo-universitaire

65 sujets inclus.

Phase de développement : Les absences répétées pour problèmes de santé mentale et troubles musculo-squelettiques ont été à l'origine de l'alerte. Les contraintes suivantes ont été mises en évidence : demande psychologique élevée (dérangements par la clientèle, manque de temps) ; faible latitude décisionnelle ; déséquilibre efforts/reconnaissance ; faible autonomie.

Recommandations et mise en œuvre : Déséquilibre efforts/reconnaissance => Valorisation (organisation de la « Semaine de l'entretien sanitaire » ; création d'un journal professionnel « Le Plumeau »).

Demande psychologique élevée => Création d'un local de repos adapté.

Résultats : Le pourcentage de travailleurs en détresse psychologique est divisé par deux en deux ans, tout comme le nombre des arrêts de travail.

que les changements proposés sont mis en place ?) ; et secondaire, de l'impact (est-ce que l'utilisation donne des résultats ?).

Elles visent à réduire quatre facteurs de risque psychosociaux dont les assises théoriques et la validité empirique ont déjà été démontrées par Siegrist, Karasek et Theorell :

- demande psychologique élevée ;
- faible latitude décisionnelle ;
- faible soutien social ;
- faible reconnaissance ou déséquilibre efforts/reconnaissance.

L'évaluation à chaque étape :

- au moment de la mise en oeuvre, il est important de s'assurer que les changements proposés sont réellement implantés et que les travailleurs visés sont réellement touchés par l'intervention ;

- lors de l'évaluation de l'impact de l'intervention, il convient de distinguer la réduction des facteurs de risques psychosociaux et celle des problèmes de santé qui en résultent. Il faut garder en mémoire que le but de l'intervention est de réduire l'exposition à des facteurs de risques psychosociaux. Quant aux maladies provoquées par l'exposition à ces facteurs de risques, elles peuvent avoir une longue période de latence ou être difficilement réversibles. Il serait donc parfois difficile de mettre en évidence à court terme une réduction dans la survenue de ces maladies ou de l'absentéisme qu'elles provoquent.

Table ronde : différents réseaux de préventeurs ressources, spécificités et complémentarité

D. Chouanière (INRS) rappelle que pour engager une démarche telle que présentée plus haut, l'entreprise n'est pas toute seule. Elle dispose de réseaux de préventeurs spécialisés dans le domaine des RPS. Ces préventeurs peuvent appartenir à des institutions (CRAM, ARACT, Services de santé au travail, Association inter-services de santé au travail d'IPRP, etc.) qui vont participer à la table ronde. Il existe également des cabinets privés ou des consultants indépendants, spécialisés notamment en psychologie du travail, ergonomie ou organisation du travail. Certains sont expérimentés dans l'accompagnement d'une démarche de prévention collective du stress et des RPS. Quelques uns ont demandé et obtenu l'habilitation pour la spécialité « technique » et/ou « organisationnelle ». Le décret n° 2003-546 du 24 juin 2003 sur les IPRP fixe les

modalités de l'habilitation, laquelle est délivrée par un collège régional composé de représentants de la CRAM, de l'ARACT et du comité régional de l'OPPBTP (Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics). À ce titre, la liste des personnes physiques ou morales habilitées est disponible, au niveau régional, dans ces organismes.

Parmi les ressources possibles, citons les experts agréés auxquels les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) peuvent faire appel. Les experts désignés par le CHSCT sont agréés à cet effet par arrêté ministériel pour une durée qui ne peut pas excéder 3 ans et qui est renouvelable. La liste des experts agréés auxquels le CHSCT peut faire appel, notamment, sur les questions « d'organisation du travail et de la production » est disponible sur le site INRS à l'adresse du dossier « Le CHSCT : données réglementaires » :

www.inrs.fr/dossiers/ChsctReglementation.html

E. Drais (INRS) a rappelé les objectifs de la table ronde : présentation des rôles, approches spécifiques et les interactions entre les différents interlocuteurs des entreprises en matière de risques psychosociaux : IPRP, MIRTMO, ARACT, CRAM...

G. Marguet (MIRTMO Franche-Comté) a rappelé que le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre a un rôle de contrôle de l'organisation et du fonctionnement des services médicaux du travail ; un rôle de conseil, d'appui technique auprès de la Direction régionale du travail, des inspecteurs du travail et des médecins du travail ; un rôle de veille et d'alerte en santé au travail.

En 2002, face à l'émergence des maladies psychiques en relation avec l'organisation du travail fut créée une cellule pluridisciplinaire d'appui et de réflexion « souffrance mentale au travail », réunissant, en Franche-Comté, le MIRTMO, des médecins du travail, un inspecteur du travail, le FACT (Franche-Comté Conditions de travail, ARACT de Franche Comté), la CRAM et des universitaires. La cellule a commencé par un état des lieux des missions et des pratiques de chacune des institutions dans le domaine de la souffrance psychique au travail et poursuivi son travail par l'élaboration de recommandations à l'usage des préventeurs. À noter qu'une telle cellule a toujours une durée d'existence limitée, car son objectif n'est pas de s'emparer directement des problèmes concrets des entreprises.

G. Mignot (CRAM de Bourgogne et Franche-Comté) a insisté sur le fait que le rôle des Caisses régionales d'assurance maladie étaient la promotion et la coordination de la prévention des risques professionnels. La CRAM de Bourgogne et Franche-Comté a

constitué en interne un groupe de travail sur les risques psychosociaux avec l'objectif de contribuer à la définition des risques psychosociaux et la mise en place d'actions de prévention dans les entreprises. Ce groupe de travail a par la suite intégré la cellule pluridisciplinaire mise en place par le MIRTMO en Franche-Comté et a participé à ses travaux. Au niveau national, un membre du groupe participe aux travaux du groupe national « risques psychosociaux et santé » qui réunit les personnes ressources pour les RPS des 16 CRAM et des membres du projet transversal INRS sur le stress.

La mission du FACT a été précisée par **D.Thomas (FACT - ARACT Franche-Comté)**. Il contribue à la diffusion d'informations et d'innovations dans toutes les dimensions de l'amélioration des conditions de travail et intervient directement dans les entreprises. Le FACT fait partie du réseau ANACT. Il participe à la cellule pluridisciplinaire de réflexion régionale, au projet national « risques psychosociaux » du réseau ANACT et réalise également des diagnostics en entreprise.

C. Buisset (AMEST Lille et CISST Lille) a rappelé les missions des IPRP en « organisation » (lesquels peuvent être réunis au sein d'associations à disposition des services de santé au travail comme le CISST de Lille) qui sont d'assister les médecins du travail et les entreprises en matière de prévention des risques professionnels. Dans la région Nord, il existe des groupes de travail semblables à ceux en Franche-Comté. Par ailleurs, on remarque que les médecins du travail sont souvent dépourvus face aux problèmes psychosociaux dans les entreprises. Une démarche pluridisciplinaire et l'appui d'intervenants extérieurs à l'entreprise, apportant leurs connaissances spécifiques et leur expérience sont toujours un atout.

Enfin, il faut noter que le risque psychosocial est différent des autres risques professionnels. Par exemple, la CRAM intervient tout de suite pour le risque chimique, alors qu'en ce qui concerne les risques psychosociaux, la meilleure attitude est souvent de prendre du recul et d'évaluer. L'action quant à elle n'est pas immédiate mais s'étale sur plusieurs mois.

Synthèse des travaux et perspectives

M. Strubel, présentant le point de vue d'un chef d'entreprise, a souligné le fait qu'il existe 2 mondes : le monde industriel et « le reste ». Les préventeurs, médecins du travail... ont des connaissances scientifiques

importantes sur les risques psychosociaux et possèdent des modèles de diagnostics, des démarches types pour les entreprises ou les très petites entreprises. Des actions peuvent donc être envisageables. Dans ces 2 mondes, coexistent d'un côté, beaucoup de personnes compétentes qui veulent faire évoluer la société (INRS, médecins du travail...) et de l'autre côté, des entreprises qui veulent survivre, progresser et s'adapter au marché en devant procéder à de nombreux changements techniques et aussi humains. Les entreprises veulent atteindre les objectifs si possible avec des salariés heureux. La difficulté se trouve au niveau de l'interface. M. Strubel a posé la question de savoir comment faire pour que ces deux mondes, qui ont les mêmes objectifs, se rencontrent. Il a suggéré d'apprendre aux entreprises ce qu'est le stress de façon simple et souligne l'importance de l'intervention de la CRAM pour atteindre cet objectif.

Pour cela, le monde des préventeurs doit aider les entreprises à engager la démarche, montrer que les méthodes sont fiables, argumenter le coût et les bénéfices qu'elles peuvent en retirer. Pour cela, il vaudrait mieux « parler du bien-être plutôt que du stress » et obtenir une prise de conscience des industriels. L'entreprise n'a pas les compétences pour faire le premier pas dans cette démarche. Les spécialistes doivent être convaincants et tenaces en montrant les exemples réussis vus pendant le colloque et en essayant de les appliquer à toutes les entreprises.

J.P. Brun, présentant le point de vue de l'expert, a développé deux idées :

Pour l'intervenant, **l'état des lieux** met en évidence que le modèle de prise en charge des risques psychosociaux s'adresse surtout aux moyennes et grandes entreprises. Les petites entreprises n'ont pas le temps d'appliquer la méthode. Les petites et très petites entreprises rencontrent les mêmes préoccupations de sécurité et de santé au travail que les grandes. La vraie problématique se situe au niveau du taux de renouvellement très important dans ces très petites structures. En effet, environ 64 % des entreprises ne poursuivent pas leurs activités plus de 5 ans après leur création, ce qui réduit considérablement la marge de manœuvre, les interventions pour prévenir les risques psychosociaux devant se dérouler sur une période très courte. L'intervenant a également constaté que les salariés aiment leur travail mais pas les conditions dans lesquelles ils doivent l'exercer. De plus, les problèmes psychologiques trouvent leurs origines souvent dans les mêmes causes que les problèmes de production. Un autre critère à évaluer serait « le readiness », c'est-à-dire la disposition au changement dans l'entreprise. Pour cela, il faudrait caractériser les craintes et volonté des directeurs d'entreprise ; étudier le passé et le futur des changements organisationnels ainsi que leur contexte ;

évaluer les capacités et l'expertise de la fonction ressources humaines ; élargir le cercle d'influence (latitude décisionnelle du salarié) qui est plus efficace que d'élargir celui des solutions. L'évaluation des risques psychosociaux est en général bien faite, en revanche il persiste des obstacles au changement. Les résistances sont maximales lors des propositions de changement et sont moins importantes lors du diagnostic.

L'approche proposée est la suivante :

- privilégier l'évidence scientifique versus le succès pragmatique ;
- employer le modèle de la santé sécurité au travail, c'est-à-dire l'élimination à la source du danger auquel le salarié est exposé ;
- utiliser des indicateurs de qualité des pratiques tels que les qualités des réunions, les présences, les évaluations, les analyses des charges de travail.

L'identification de solutions, basée sur les « principes de 2 000 heures travaillées » doit se faire à 4 niveaux : organisation/syndicat/équipe/individu. En fonction du problème, il faut identifier l'acteur le mieux placé pour le résoudre et voir comment cela est réalisable pour qu'il y ait un impact sur les 2 000 heures travaillées. L'intervenant considère qu'il est plus facile d'évaluer les risques psychosociaux que d'évaluer les changements.

J.P. Brun a conclu son propos en faisant les remarques suivantes :

- confronter la santé des personnes et les objectifs de production est source de tension importante pour aborder la charge de travail. Il s'y ajoute un problème de chasse gardée ;
- faire de la santé des personnes un critère de décision d'affaires et de gestion nécessite d'inventer une étude de faisabilité ;
- cesser de faire de la gestion des ressources humaines et favoriser une gestion humaine des ressources est nécessaire ;

- la difficulté d'intervention vient du fait de la mise en tension importante entre santé des personnes et les objectifs de production ;

- la durabilité de la prévention est différente de l'action sur les risques. Il faudrait pousser plus loin la réflexion.

Clôture

D. Chouanière (INRS) a conclu ces journées en précisant :

• **Ce qui est d'ores et déjà acquis** : ce colloque a répondu à un besoin réel étant donné le nombre de participants. Ce besoin concerne tant les préventeurs que les acteurs de l'entreprise, très présents dans le public (DRH, responsables de CHSCT, directeurs d'entreprises, etc.). La préparation du colloque par les différents acteurs (et intervenants) a permis d'obtenir un large consensus sur les aspects méthodologiques et en particulier en ce qui concerne les étapes d'une démarche de prévention adaptée à cette problématique.

• **Ce que l'on peut formuler pour le futur** : démystifier la prévention du stress. Une des limites souvent évoquée tant par les préventeurs que les acteurs de l'entreprise réside, une fois la décision prise d'agir, dans la difficulté méthodologique à traiter ce type de risque : quel type de méthodes ? Quelles sont les personnes compétentes ? De futures manifestations pourraient présenter, au travers de nouveaux exemples en entreprises, des aspects plus précis par exemple sur le diagnostic approfondi qui pourrait faire l'objet d'un colloque à lui seul.

Remerciements

D. Chouanière (Département Épidémiologie en entreprise, INRS) pour sa relecture attentive.

É. Durand (Département Études et assistance médicales, INRS).

Points à retenir

Les connaissances sur le stress chronique, ses causes, ses conséquences sur la santé des salariés et économiques sont suffisamment nombreuses et précises pour que l'on privilégie maintenant sa prévention.

La prévention du stress n'est pas en marge de l'activité santé-sécurité de l'entreprise. Comme tous les risques professionnels, les RPS doivent être évalués dans le cadre du Document Unique (DU) et faire l'objet d'un plan d'actions visant à les réduire.

À l'occasion de ce colloque, les différentes institutions ayant en charge les Risques psychosociaux (RPS) ont été réunies au sein du comité scientifique et ont abouti à un consensus quant à la démarche de prévention du stress. Ils préconisent une démarche de type « projet ».

Pour initier une démarche de ce type, il faut d'abord convaincre les acteurs de l'entreprise. Des outils d'alerte ou de dépistage des situations à risque de stress (ou plus largement de RPS) sont maintenant disponibles.

Pour réaliser un diagnostic de bonne qualité sur le niveau de stress et les sources de stress, il faut se référer à un préventeur spécialisé qui, en fonction des caractéristiques de l'entreprise, choisira les outils diagnostiques les plus adaptés (entretiens individuels ou collectifs, questionnaires, etc.). Les résultats d'un diagnostic ne sont pas dépendants des outils utilisés.

La démarche de prévention du stress doit être pérenne. Le suivi des indicateurs retenus à la phase du pré-diagnostic permet de rendre compte de l'efficacité des actions mises en œuvre et de réajuster annuellement le plan d'action.