

Risques psychologiques et sociaux

Quelle approche

PLURIDISCIPLINAIRE ?

Réponse aux recommandations de l'Ordre des médecins

par Jacques Rondeleux

Dans le précédent numéro de *Préventique Sécurité*, nous avons publié les recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux. Dans ce texte, le Conseil exprime les plus extrêmes réserves sur les modalités de la mise en œuvre des dispositifs. Il insiste notamment sur la dimension médicale de cette prise en charge et sur le rôle pivot qui doit être réservé au médecin et plus précisément au médecin du travail. Fort de sa pratique, l'un de nos fidèles lecteurs, Jacques Rondeleux, directeur général de l'Institut d'accompagnement psychologique et de ressources (IAPR), qui n'est pas médecin, oppose à cette interprétation une critique rigoureuse et argumentée.

COMPTE TENU des retours des interventions de l'IAPR depuis plus de huit ans sur ce champ pour de nombreuses entreprises et administrations, il m'apparaît indispensable de faire des observations sur les points suivants :

- les recommandations ne tiennent pas compte de la volonté commune de l'ensemble des acteurs de la santé au travail ;
- les recommandations ne semblent tenir compte que des aspects individuels et du salarié uniquement et non pas des conditions de travail et du collectif ;
- le médecin du travail soignant et non acteur de la prévention.

Cette volonté commune, mentionnée ci-dessus est aussi celle d'une très grande majorité des médecins du travail avec lesquelles l'IAPR travaille en parfaite collaboration sur la prévention et la gestion de la santé psychique au travail.

La volonté commune de l'ensemble des acteurs de la santé au travail

Le Code du travail et la jurisprudence sont constants sur la responsabilité de l'employeur à l'égard de la santé physique et mentale de ces salariés. Cette responsabilité est civile et pénale et elle est liée à une obligation de résultat.

La loi, par l'article L 4121-1, définit donc que le pivot et responsable est l'employeur. Il est malvenu d'indiquer : « Si le souci de ces entreprises de prévenir et/ou d'accompagner la souffrance de leurs salariés est louable, les modalités de

mise en œuvre des dispositifs qu'elles ont créés appellent souvent les plus extrêmes réserves ».

L'article R 4623-1 définit aussi le rôle du médecin du travail : « Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, en ce qui concerne notamment :

- 1° l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;
- 2° l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- 3° la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation des produits dangereux ;
- 4° l'hygiène générale de l'établissement ; »

Le rapport sur l'avenir de la médecine du travail du Conseil économique et social (rapport Dellacherie de février 2008) est très clair sur les acteurs de la santé au travail : « La santé au travail, qui a des prolongements dans la sphère personnelle, est aujourd'hui clairement perçue comme un enjeu de santé publique. Trois types d'acteurs y interviennent : les employeurs qui déterminent la nature des activités et des procédés et sont responsables de la prévention des risques et de la réparation des nuisances pour la santé des travailleurs ; les salariés et leurs représentants à la fois acteurs et bénéficiaires de la politique de santé au travail ; l'État, la santé au travail étant une condition déterminante et une déclinaison majeure de la santé publique, missions de service public dont il est reconnu responsable. »

J. Rondeleux est directeur général de l'Institut d'accompagnement psychologique et de ressources (IAPR)



Photo D. Chazal/Groupes Préventique

De la même façon, il donne sa vision des rôles respectifs au sein du service de santé au travail : « *Le service de santé au travail ne peut être que pluridisciplinaire dans ses compétences et coordonné dans ses activités.* »

« *La mission de prévention du service de santé au travail relève directement de l'équipe pluridisciplinaire de prévention, qu'il s'agisse du travail de formation-information des salariés et des employeurs, de l'élaboration des interventions ou de la restitution en entreprise.* »

« *Si la santé n'est pas de la seule compétence du médecin du travail, celui-ci a cependant un rôle irremplaçable. Il apparaît donc légitime qu'il assure le plus souvent le pilotage des services de santé au travail, compte tenu de l'exigence du maintien de la médicalisation des services. Pour autant, ce pilotage global n'interdit pas qu'au cas par cas, selon la nature du problème, le type d'intervention et la discipline la plus à même d'y répondre, d'autres acteurs du service assurent cette fonction dans un souci d'efficacité.* »

C'est cette approche que développe l'IAPR, agréé en qualité d'intervenant en prévention des risques professionnels, chaque fois que cela est possible, en travaillant en lien avec les acteurs de la santé au travail (médecins du travail, infirmiers de santé au travail...). L'objectif de l'ensemble des acteurs est d'intervenir en prévention primaire et secondaire, dès la manifestation des premiers troubles psychosociaux, donc bien avant la phase éventuelle de médicalisation qui nécessite bien

évidemment l'intervention du médecin du travail et/ou de ville.

L'accord national sur le stress au travail signé par tous les partenaires sociaux (employeurs et salariés) est lui aussi très clair sur les rôles respectifs : « *Dès qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire. La responsabilité de déterminer les mesures appropriées incombe à l'employeur. Les institutions représentatives du personnel, et à défaut les travailleurs, sont associées à la mise en œuvre de ces mesures.* »

« *L'amélioration de la prévention du stress est un facteur positif qui contribue à une meilleure santé des travailleurs et à une plus grande efficacité de l'entreprise.* »

« *Le médecin du travail est une ressource en termes d'identification du stress au travail.* »

Le médecin est donc une ressource et non le pivot.

Le Conseil de l'Ordre ne vise que les aspects individuels

Les recommandations ne semblent aborder que les aspects individuels des risques psychosociaux.

Ainsi l'affirmation suivante : « *Les cellules d'accompagnement et autres dispositifs similaires doivent être créés dans le seul intérêt du salarié et dans le souci exclusif de répondre à sa souffrance au travail. Il ne peut en aucun cas s'agir d'outils à vocation multiple (lutte contre l'absentéisme, évolution de carrière du salarié, modification notable du contenu de son poste de travail [...]).* »

Penser que le médecin du travail soit le « pivot » de tout dispositif de prise en charge dans « *l'intérêt exclusif des salariés* », cela pourrait le conduire à arrêter (inaptitude provisoire) les salariés stressés, entraînant par voie de conséquence une surcharge de travail sur les collègues, non stressés, mais qui le deviendrait aussi et donc entraîner à l'extrême l'arrêt de l'entreprise puis de l'économie.

Les médecins du travail, avec lesquels nous travaillons, maîtrisent parfaitement ces contraintes différentes que sont l'entreprise, le collectif et les individus qui le composent.

Comme cela a déjà été évoqué, l'objectif des dispositifs est bien de servir les intérêts conjoints des salariés et des entreprises. L'accord européen du 8 octobre 2004, dans le cadre de l'article 138 du traité CE, est d'ailleurs très clair sur le sujet : « *la lutte contre le stress au travail est considéré sur le plan international, européen et national comme une préoccupation à la fois des employeurs et des travailleurs [...] La lutte contre le stress au travail doit conduire à une plus grande efficacité et une amélioration de la santé et de la sécurité au travail, avec les bénéfices économiques et sociaux qui en découlent pour les entreprises, les travailleurs et la société dans son ensemble.* »

Cette accord prend en considération le fait que les risques psychosociaux sont des objets systémiques ouverts qui impactent toute la vie organisationnelle et managériales. Les démarches et outils des dispositifs sont évidemment au service simultanée de la santé et du bien-être des salariés (de chaque salarié)

et de la performance globale du système entreprise. Le concept de performance globale est décliné sous diverses formulations par plusieurs institutions dont L'ANACT, l'INPES, l'INRS..., mais aussi au plan européen par les directions générales emploi et santé de la Communauté européenne, la fondation de Dublin, l'Agence de Bilbao, le Réseau européen pour la promotion de la santé au travail (ENWHP).

Outre les problèmes de santé qu'ils provoquent, les troubles psychosociaux et le stress ont un impact considérable en France. Les Français sont, en effet, les plus grands consommateurs de psychotropes d'Europe avec un coût par habitant de 11 euros, un montant presque équivalent à celui des antibiotiques oraux. Les troubles mentaux sont, par ailleurs, la deuxième cause des arrêts de travail de 2 à 4 mois. Enfin, le coût du stress professionnel est évalué à environ 3 % du PIB en France, soit 60 milliards d'euros (source BIT).

Le groupe Malakoff Médéric a fait réaliser, pour la seconde année consécutive, un baromètre « Santé au travail ». L'étude, cette année, a été élargie aux salariés afin de présenter une vision croisée des salariés et des DRH sur le bien-être psychologique au travail. Réalisée par l'IFOP, cette étude a porté sur un échantillon représentatif de 600 DRH et de plus de 1000 salariés, appartenant pour moitié à des entreprises de 50 à 250 salariés, et pour moitié à des entreprises de plus de 250 salariés.

Les résultats obtenus mettent en avant que :

- les vues des DRH et des salariés convergent sur l'importance du bien-être psychique des salariés pour l'entreprise ;
- des causes identifiées pour expliquer le mal-être au travail sont toujours aussi variées et témoignent d'une différence de vues entre DRH et salariés.

Les DRH mettent sur le même plan l'inquiétude pour l'avenir professionnel et l'augmentation de la charge de travail. La multiplication des problèmes personnels est, quant à elle, une cause invoquée par 50 % des DRH tandis que les salariés y accorderaient

moins d'importance (18 %). Ces derniers soulignent surtout, à 63 % et à 66 %, le manque de reconnaissance comme étant à l'origine de souffrances psychologiques, contre seulement 42 % des DRH. L'augmentation de la charge de travail et la multiplication des contraintes professionnelles sont également mises en avant.

- parmi les actions de prévention à mettre en place en priorité, l'amélioration des pratiques managériales est clairement identifiée par une très large majorité des DRH et des salariés.

Les salariés accordent une importance nettement plus importante que les DRH à la réorganisation des procédures de travail (65 et 64 %) et la prévention des risques psychosociaux (56 et 54 %).

L'amélioration des pratiques managériales est aussi mise en avant dans l'étude réalisée par l'IFAS (septembre 2007 à septembre 2008) à partir de tests auprès de salariés réalisés par les médecins du travail lors de la visite.

Cette étude démontre clairement que les dispositifs d'amélioration pour les acteurs ne sont pas ceux retenus par le Conseil de l'Ordre.

L'importance de l'approche collective visant les conditions de travail

Tous les experts¹ actuels en management, sociologie des organisations, psychodynamique du travail s'accordent pour convenir que la prévention ne peut se faire sans un travail sur le collectif et les conditions de travail.

C'est d'ailleurs ce qui est repris chez de nombreux théoriciens des organisations. Ainsi Elton Mayo (1880-1949) indiquait que les travailleurs se sentent membres d'un groupe et c'est en fonction du groupe qu'ils réagissent aux directives.

Des travaux² sur les conditions de travail dans les années 1970 ont démontré que les facteurs de mécontentement étaient surtout liés à l'environnement.

La méthode des « 7S » qu'ont décrits H. Waterman, J.R. Thomas, J. Peters et R. Philips, dans *Structure is not organization*, en 1980 dans la revue trimestrielle du cabinet de conseil Mac Kinsey, est depuis régulièrement utilisée pour conduire le diagnostic stratégique d'une organisation. Elle travaille sur la prise en compte de critères psychosociaux (style de management, savoir faire, valeurs partagées...).

Il y a donc une pluralité de convergence d'experts sur les risques et troubles psychosociaux qui ne justifie qu'un peu plus encore la nécessité de pluridisciplinarité voulue par l'ensemble des acteurs. En ce qui concerne la communauté scientifique, c'est là une constante soulignée par les congrès ICOH/CSST consacrés aux risques psychosociaux, depuis Copenhague en 1998 et encore à Québec en 2008.

Si nous partageons l'avis du Conseil de l'Ordre sur le fait que la vocation de nos dispositifs ne peut être l'évolution de carrière ou la lutte contre l'absentéisme, notre pratique démontre qu'un dispositif qui fonctionne aura obligatoirement des conséquences positives sur ces deux points.

Pour les modifications du contenu du poste, c'est une des pistes de travail comme en atteste les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (voir ci-dessous). D'autre part, c'est un des champs sur lesquels la collaboration avec le médecin du travail est indispensable car il lui appartient de valider l'aptitude du salarié au poste et surtout de faire des recommandations pour adapter celui-ci au salarié.

Il faut s'interroger pour savoir si l'absence de prise en compte du collectif et des conditions de travail dans ses recommandations n'est pas un choix délibéré du conseil de l'ordre de ne s'intéresser qu'à l'aspect individuel de la prise en compte des risques psychosociaux

1. Par exemple Robert I. Sutton, professeur de sciences du management et de l'ingénierie à Stanford, Jean-François Chanlat, professeur à HEC de Montréal et à l'IECS de l'université Robert-Schuman de Strasbourg, Christophe Dejourn, professeur titulaire de la chaire de psychanalyse-santé-travail au CNAM.

2. Essentiellement ceux de Frédéric Herzberg (1923-2000).

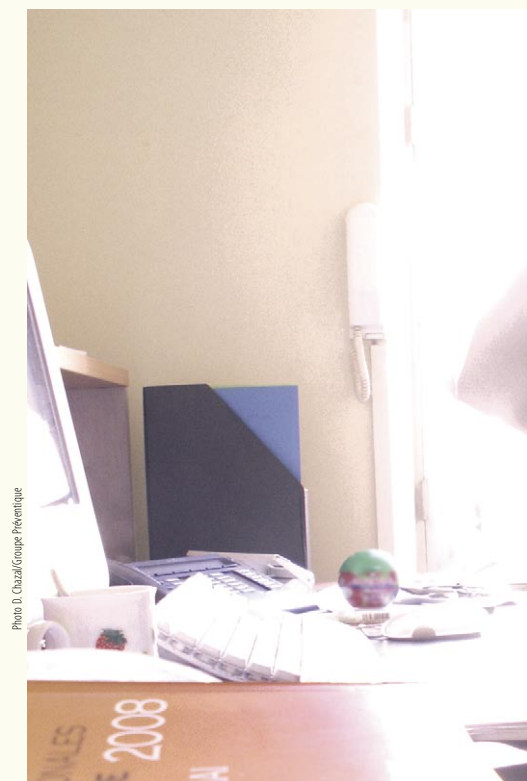


Photo D. Chazal/Groupement Préventique

dans l'entreprise. Ainsi la compétence médicale serait subordonnée à un état de détresse (souffrance) excluant ainsi du champ les démarches collectives de prévention.

La santé n'est pas que médicale

Ces recommandations seraient donc l'occasion de réveiller de vieux débats :

- sur la définition de la santé ;
- sur le rôle du médecin au cœur du dispositif de santé.

Pour mémoire, la définition de la santé par l'OMS est la suivante : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». L'OMS se refuse donc de regarder la santé sous le regard du soin uniquement.

Plus particulièrement pour la santé mentale, la définition de l'OMS est : « *La santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de la communauté* ». »

L'OMS se refuse donc aussi à considérer uniquement l'individu, c'est un au sein de la communauté. Elle fait d'ailleurs des préconisations au travail :

- *sensibilisation accrue de l'employeur aux problèmes de santé mentale ;*
- *identification de buts communs et d'aspects positifs du travail ;*

- *équilibre entre la demande d'emploi et les compétences professionnelles ;*
- *formation aux aptitudes sociales ;*
- *développement du climat psychosocial du lieu de travail ;*
- *conseils dispensés aux travailleurs ;*
- *amélioration de la capacité de travail ;*
- *stratégies de réadaptation précoce.* »

Au regard de la démarche positive de l'OMS, il apparaît dommageable de faire des recommandations autour du concept uniquement de « *souffrance détresse* » du salarié pris individuellement.

L'approche française de « médecine du travail », basée sur la seule détection des pathologies (accidents ou maladies) professionnelles (prévention secondaire au sens OMS), contraint à une évolution vers la prévention (primaire au sens OMS), c'est-à-dire l'action avant que ne se produise l'accident ou la maladie. C'est d'ailleurs la vocation revendiquée par la très grande majorité des médecins du travail que j'ai rencontré.

Certes, certains médecins du travail regrettent cette absence de soins dans leurs pratiques qui sont encadrées par la loi et notamment R 4623-1 du Code du travail (repris ci-dessus).

Certains ou certaines ambitionnent de faire du soin, comme en atteste l'article « La dimension du soin en médecine du travail » d'Isabelle Lagny, médecin du travail, dans le n° 33 de la revue *Pratiques* en avril 2006.

L'écoute d'un salarié en détresse n'est pas un acte exclusivement médical

Ainsi « *l'écoute d'un salarié* » en détresse n'est pas un acte exclusivement médical. Mais surtout, il n'est pas dans le champ de compétences du médecin du travail, qui prévoit qu'il est habilité à proposer des mesures (L 4624-1). L'assertion selon laquelle : « *le médecin du travail, dans le cadre de la santé au travail, peut assurer lui-même l'accompagnement du salarié en détresse* » nous apparaît donc hors-la-loi. Devons-nous considérer, que le médecin du travail pourrait faire « *le suivi thérapeutique au salarié* » que la cellule d'accompagnement ne peut offrir ? Dans tous les cas, nous considérons que la prise en charge effectuée pour le compte de l'entreprise ne peut être que contenue dans la durée.

Ce point est aussi en contradiction avec le manque flagrant et persistant de

médecins du travail qui devrait empirer après 2010. Ainsi le rapport Delachérie, cité ci-dessus, indique que « *trois quarts des médecins du travail sont âgés de plus de 50 ans et 1 700 départs en retraite sont prévus dans les cinq années à venir* ».

Dans l'ensemble de la Communauté européenne, les personnes qui sont incitées à écouter les salariés en détresse sont nombreuses, nous pouvons notamment citer les membres de la fonction personnel, les institutions représentatives du personnel, les assistants sociaux, les services de santé, médecins, infirmiers, psychologues... Le postulat selon lequel l'écouter « *primo interlocuteur dans le dispositif* » est un médecin est donc en contradiction avec l'ensemble des dispositions. Il est illogique de vouloir écarter des professionnels ayant des diplômes reconnus de l'écoute pour laquelle ils ont été formés.

Notre expérience et les études ont démontré que face à certaines situations il ne fallait pas attendre l'expression de la demande. D'autre part, l'employeur est responsable il est donc nécessaire qu'il puisse démontrer l'usage qui est fait du dispositif qu'il a mis en œuvre et qu'il recherche son amélioration. Nous sommes d'accord pour construire des dispositifs qui permettent de :

- ne pas stigmatiser le salarié ;
- prévoit une acceptation de la prise en charge.

Mais il ne faut pas confondre « être volontaire » et « être d'accord ». Dans une intervention au sein d'une population en difficulté, il est légitime et souvent nécessaire que tous les acteurs concernés, directement ou indirectement, soient appelés à participer à la démarche, avec la possibilité de refuser auprès de l'intervenant.

Nous ne croyons pas nécessaire que les prises en charge soient impérativement anonymisées vis-à-vis de l'employeur. D'ailleurs, dans certains de nos dispositifs ou le service de santé au travail est interne à l'entreprise, nous effectuons nos retours aux médecins du travail coordinateurs du service par délégation de l'employeur.

Notre pratique, depuis plus de huit ans, nous démontre que les salariés français n'utilisent que très peu (moins de 0,5 % de l'effectif, contre plus de 4 % chez les Anglo-Saxons) de tels dispositifs anonymes. Ils ne sont donc à nos yeux d'aucun apport pour l'employeur au titre de sa responsabilité. ■

