

Santé au travail et qualité de vie au travail au regard du contexte hospitalier

Journée d'étude FHF – Angers- 31 janvier 2019

Yves Roquelaure

Service de pathologie professionnelle et santé au travail, CHU Angers;

Inserm U1085 – Equipe ESTER, IRSET, Université d'Angers -

yvroquelaure@chu-angers.fr

Site Web : <http://www.univ-angers.fr/ester/>



I. Un monde qui change ...

- **Transformation du monde du travail**
 - Révolution technologique (*économie numérique*)
 - Mondialisation et financiarisation de l'économie
 - Tertiarisation de l'économie (*activités de services*)
 - Modèles de gestion axés sur la performance (*lean, etc.*)
- **Evolutions démographiques**
 - Vieillesse de la population active (*Europe*)
 - Allongement des carrières professionnelles
- **Transformation des conditions de travail**
 - Intensification des rythmes de travail
 - Optimisation des moyens techniques (« *productivisme réactif* »)
 - « Ajustement » des moyens humains
 - Insécurité socio-économique (*précarisation objective et subjective*)
 - Individualisation des relations de travail
 - « Exigences » de qualité de vie au travail (*Méda, 2005*)

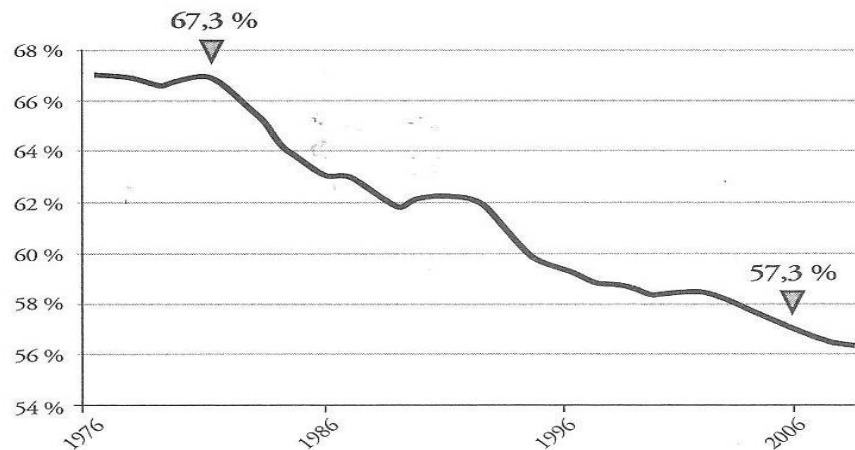
Contexte de bouleversements économiques et organisationnels

Sources: FMI, OCDE, BLS USA

1. Financiarisation de l'économie

Part des salaires dans la valeur ajoutée des entreprises (OCDE – 15*)

1974: ERISA

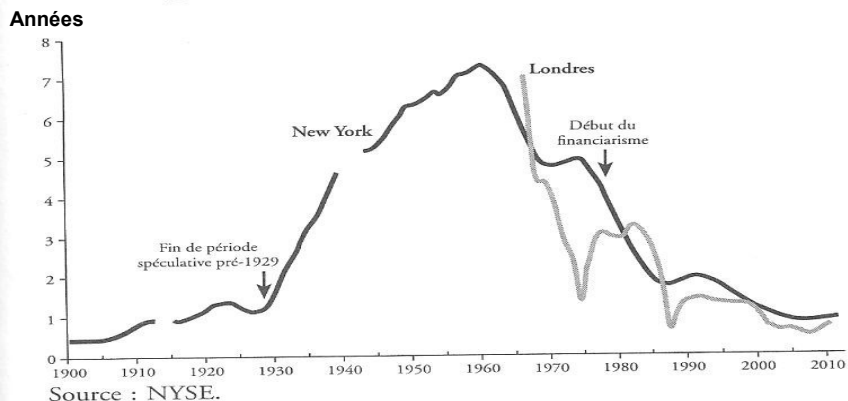


*Allemagne, Suède, États-Unis, Japon, Royaume-Uni, Danemark, Italie, Espagne, France, Pays-Bas, Autriche, Belgique, Finlande, Grèce et Irlande.

Source : OCDE, Rapport Croissance et inégalités 2008.

3. Essor du court-termisme économique

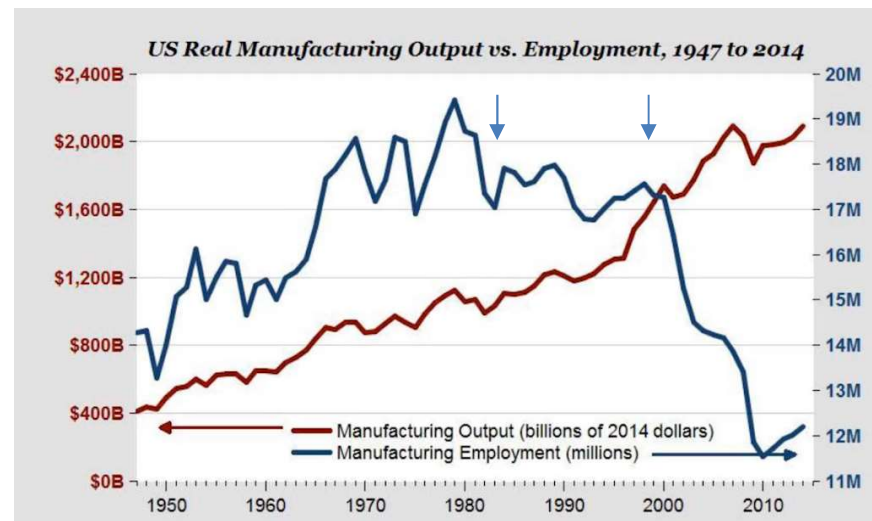
Durée moyenne de détention d'une action à la Bourse de New York et de Londres, 1900-2011



Source : NYSE.

1. Sources : BRI, FMI.

2. Productivisme réactif



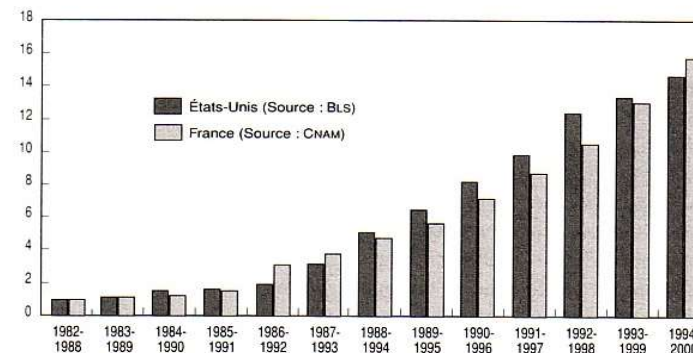
Source US BLS (2017)

Source OCDE

4. Désordre du travail: TMS

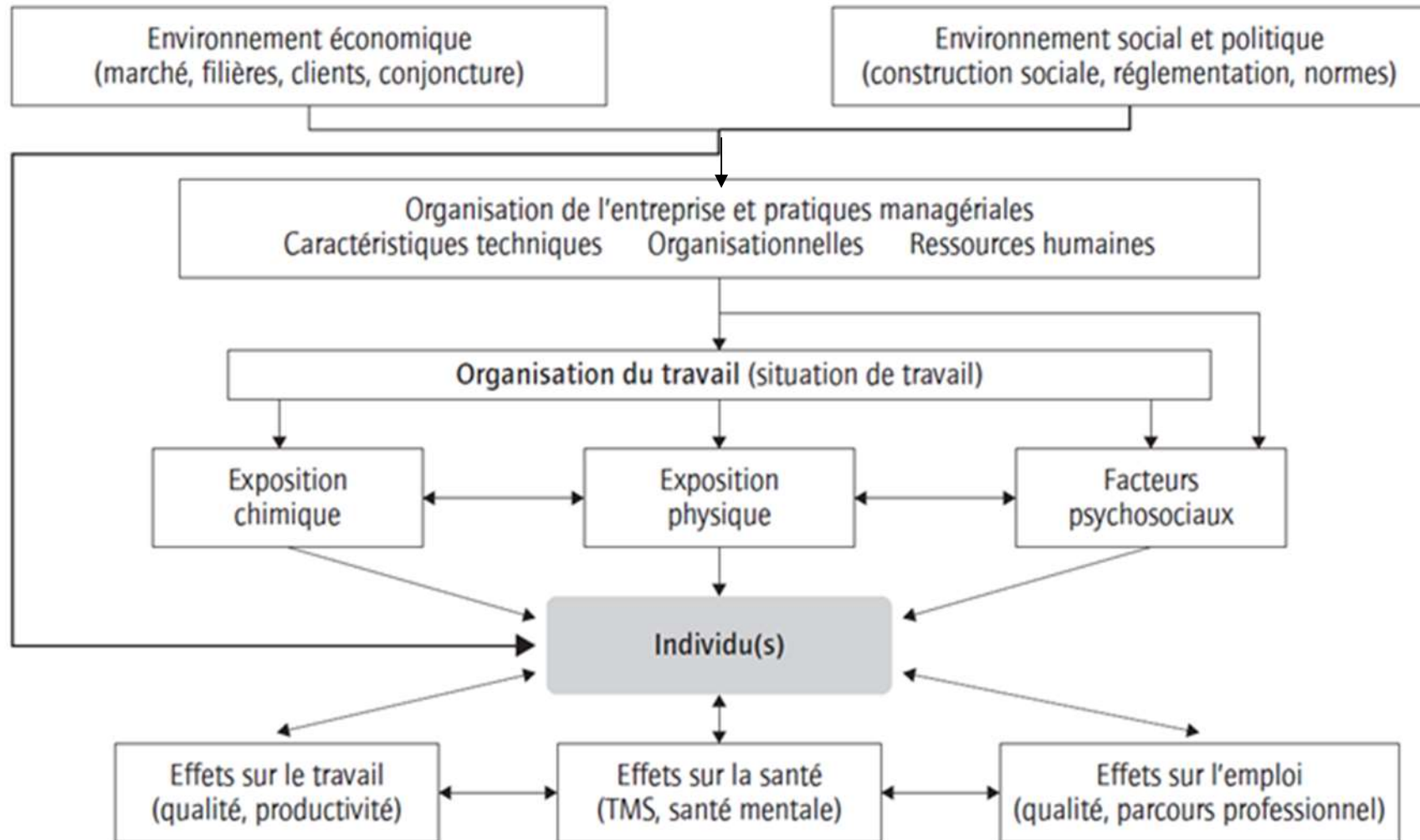
Nombre de maladies professionnelles dues à des traumatismes répétés aux États-Unis de 1982 à 1994 et à des affections péri-articulaires en France de 1988 à 2000

(base 1 en 1982 pour les États-Unis et en 1988 pour la France)



Source Askenazy 2004

Modèle intégré multifactoriel de la santé au travail

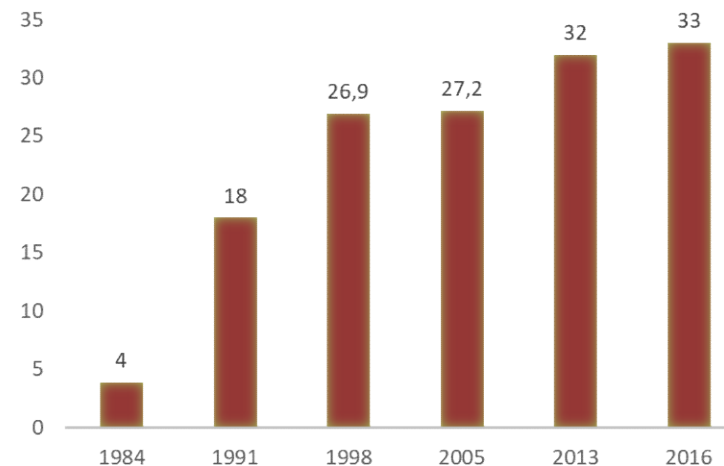


Source: d'après Roquelaure (2017)

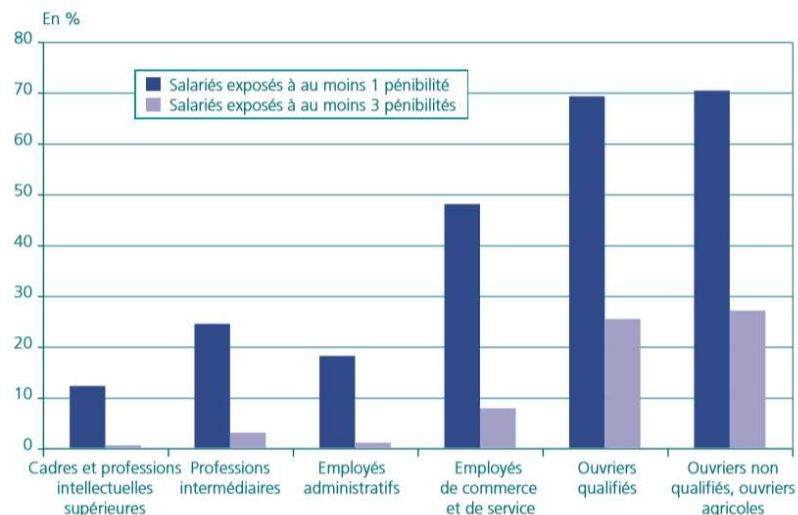
Evolution des expositions professionnelles

- **Permanence des expositions traditionnelles**
- **Cumul des contraintes de rythme et de réactivité**
- **Accroissement des contraintes psychosociales**
 - **Techno-stress**
 - **Charge mentale**
 - **Exigences émotionnelles** (activités de service)
 - **Conflits de valeur**
 - **Violence** (clients, collègues)
- **Cumul des facteurs de pénibilité**
 - **Surexposition des catégories ouvrières et employées peu qualifiées**

Cumul des contraintes industrielles et marchandes



Graphique 1 • Proportion de salariés exposés à au moins un facteur de pénibilité selon la catégorie socioprofessionnelle, en 2010



Evaluation individualisée du travail: une source de fragilisation des collectifs de travail

- **Idéologie managériale du tout mesurable**

- **Le travail se mesure-t-il ?**

- Indicateurs classiques : temps de travail, productivité, qualité , satisfaction client
- Quid de l'activité de travail, si le travail c'est ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail (C Dejours)
- Quid du travail invisible (*ex le care*) (P Molinier)

- **L'engagement dans le travail se mesure-t-il ?**

- Rapport subjectif au travail (C Dejours)
- Qualité « perçue » - qualité « empêchée » (Y Clot)

- **Individualisation de l'évaluation de la performance** (C Dejours, 2013)

- Enjeux d'équité et de reconnaissance

- Fracturation des collectifs de travail, de la coopération à la compétition

- Réduction des stratégies collectives d'allègement des contraintes

- Auto-évaluation (reporting):

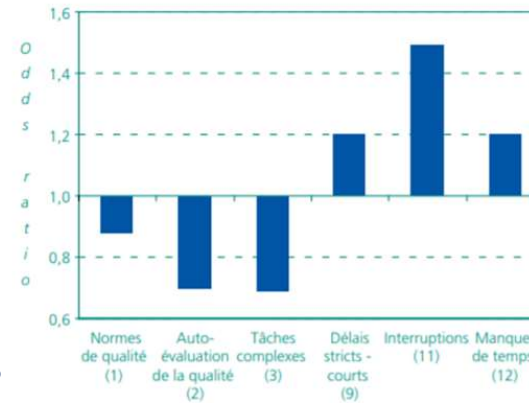
- Lean management et NTIC
- « *Transformer le travailleur en son propre contrôleur signe à mes yeux un changement de civilisation* » (C. Dejours, *La panne*, 2013, p 24)

Enquête européenne conditions de travail (Eurofund 2010)

France vs. UE27

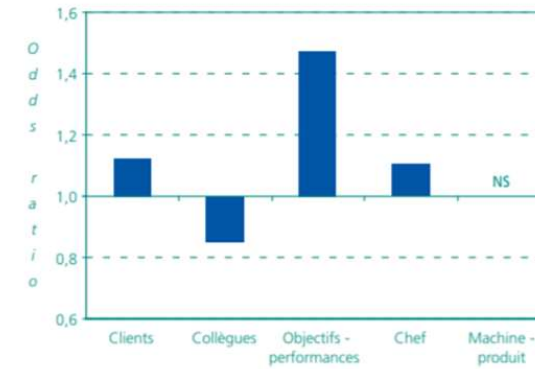
- Intensité équivalente
- Sur exposition
 - . Manque autonomie
 - . Exigences émotionnelles
 - . Conflits

Graphique 1 • Déterminants immédiats de l'intensité du travail* en France par rapport au reste de l'UE à 27



* Le chiffre entre parenthèses correspond au numéro de variable du @tableau, disponible sur Internet.
Lecture : comparé au reste de l'Union, un salarié résidant en France a 1,5 fois plus de « chances » de connaître des interruptions dans son travail.
Champ : salariés résidant dans l'UE à 27.

Graphique 2 • Contraintes de rythme de travail* en France par rapport au reste de l'UE à 27

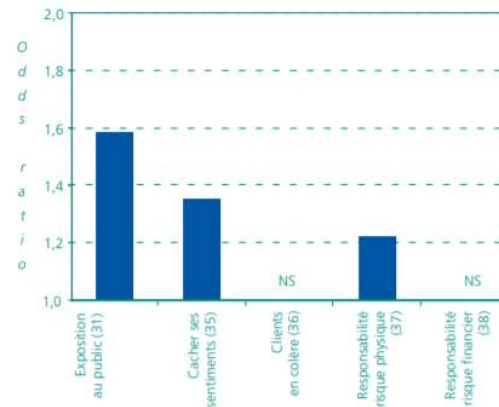


* Le chiffre entre parenthèses correspond au numéro de variable du @tableau, disponible sur Internet.
Lecture : comparé au reste de l'Union, un salarié résidant en France a 1,5 fois plus de « chances » que son travail dépende d'objectifs de production ou de performances à atteindre.
Champ : salariés résidant dans l'UE à 27.



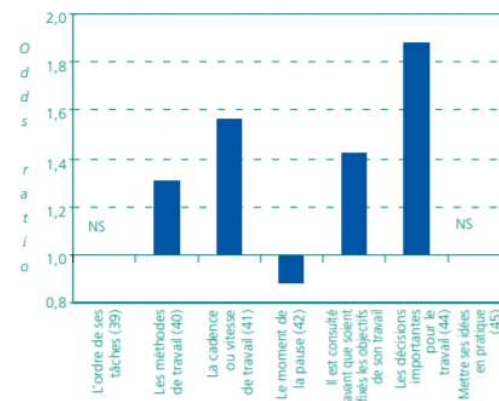
Source : Eurofound, Enquête européenne sur les conditions de travail 2010 (EECT) ; calculs Dares.

Graphique 3 • Exigences émotionnelles* en France par rapport au reste de l'UE à 27



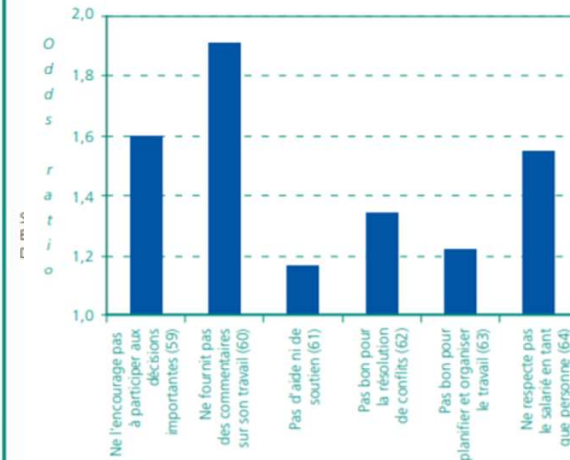
* Le chiffre entre parenthèses correspond au numéro de variable du @tableau, disponible sur Internet.
Lecture : comparé au reste de l'Union, un salarié résidant en France a 1,4 fois plus de « chances » de devoir cacher ses sentiments.
Champ : salariés résidant dans l'UE à 27.

Graphique 4 • Manque d'autonomie procédurale* en France par rapport au reste de l'UE à 27



* Le chiffre entre parenthèses correspond au numéro de variable du @tableau, disponible sur Internet.
Lecture : comparé au reste de l'Union, un salarié résidant en France a 1,6 fois plus de « chances » de ne pas être en mesure de choisir ou de changer sa cadence ou sa vitesse de travail.
Champ : salariés résidant dans l'UE à 27.

Graphique 5 • Relation avec la hiérarchie en France par rapport au reste de l'UE à 27



* Le chiffre entre parenthèses correspond au numéro de variable du @tableau, disponible sur Internet.
Lecture : comparé au reste de l'Union, un salarié résidant en France a 1,6 fois plus de « chances » que son supérieur ne l'encourage pas à participer aux décisions importantes.
Champ : salariés résidant dans l'UE à 27.



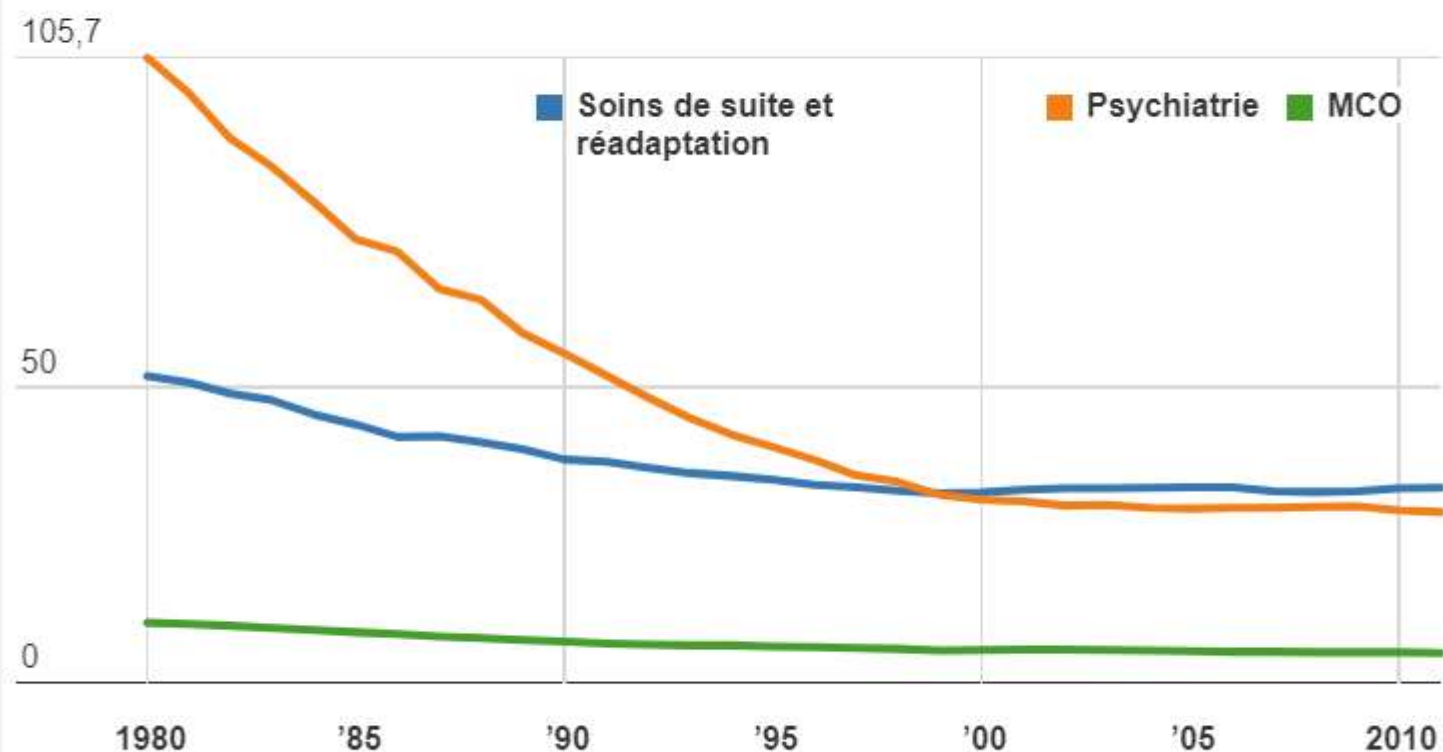
Sources : Eurofound, EECT-2010 ; calculs Dares.

II. Un monde hospitalier qui change ... vite

- **Restructurations et réorganisations hospitalières**
- **Contexte de contraintes budgétaires fortes**
 - Comment faire des gains de productivité sans intensification des conditions de travail dans les activités de soins et de service ? *(P Askénazy, 2004)*
- **Logique économique croissante dans un environnement contraint**
 - T2A: passage récent d'une logique de moyens à une logique de résultats
 - Comptabilisation et tarification du soins *versus* travail de soignant sans valeur économique (dévouement, surinvestissement)
 - Crainte d'un arbitrage économique au détriment du soin *(conflits éthiques)*
- **Amélioration de la performance**
 - tout en gérant des patients, plus nombreux, plus âgés et aux problématiques plus complexes *(Amalberti, 2018)*

Durée moyenne de séjour par discipline

Nombre de journées/entrées



Created with [Datawrapper](#)

Source: www.ecosante.fr, d'après données SAE de la Drees, [Get the data](#)

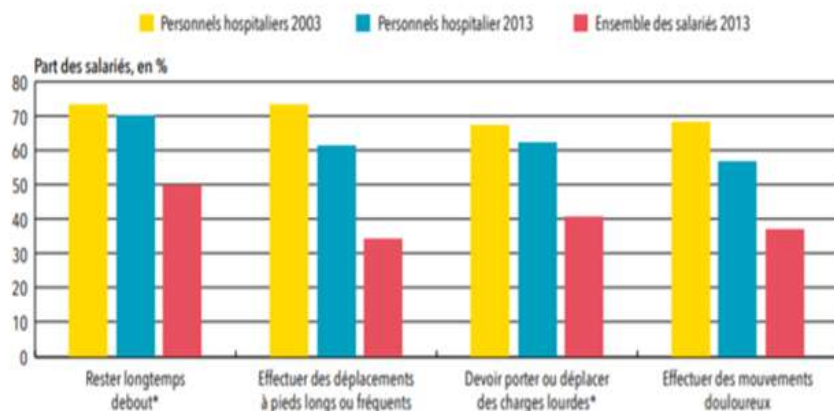
La durée moyenne de séjour de MCO a été divisée par deux entre 1980 et 2011 (10,2 journées en 1980 ; 5,1 journées en 2011), **par 1,6 pour les soins de suite et réadaptation** (51,9 journées en 1980 ; 33 journées en 2011) **et surtout par 3,7 en psychiatrie** (105,7 journées en 1980 ; 28,9 journées en 2011).

Source IRDES

Intensification du travail:

Emergence de nouveaux risques et persistance des risques "traditionnels"

Graphique 3 Les contraintes physiques



* L'évolution 2003-2013 est considérée comme stable, car les intervalles de confiance à 95 % associés aux proportions de répondants sur les deux années se recoupent.

Champ > Salariés du secteur hospitalier.

Sources > Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFF, INSEE.

Accidents de service dans la FPH (Cnra-cl)

Les accidents de service les plus fréquents sont ceux liés aux efforts de manutention des malades (18,6%), suivis des chutes ou glissades de plain-pied (16,4%) et de la manipulation d'instruments contondants (12,1%).



Caisse des dépôts – Etablissement de Bordeaux – PPGS

21

Un monde hospitalier qui change ... vite

- **Rationalisation des process de soins – intensité et pression temporelle**
 - **Technicisation des soins** (*au détriment du care ?*)
 - Introduction des NTIC (*techno-stress*)
 - Démarche d'amélioration de la qualité des soins (*reporting, procédures/contraintes*)
 - **Changements organisationnels** « permanents » (*Gadea et Caillard, 2009*)
 - Adaptation « difficile » du *lean management* au milieu de soins
 - Pressions temporelles (*Dares, enquêtes CDT 2013-2016*)
 - Qualité « empêchée » (*Clot, 2015*)
 - Situations paradoxantes (« vite et bien, plus avec moins, pas de problèmes des solutions etc. ») (*De Gaulejac et Hannique, 2015*)
 - **Hypersollicitation des soignants**
 - Etre efficace, productif en actes de soins (« *travail sans fin* »)
 - Etre rapide, avec chasse aux temps « morts » (*hypervitesse*)
 - Etre adaptatif : **polyvalence**, mobilité et tout informatique (*hyperflexibilité*)
 - Mais fierté persistante du métier...
- **Hiérarchies multiples et injonctions paradoxales**
 - Difficultés de l'encadrement intermédiaire

Enquête RPS – CT 2013-2016 (Dares)

- Intensité du travail et pression temporelle -

Tableau A

Intensité du travail et pression temporelle dans la fonction publique et le secteur privé

	En %											
	Fonction publique d'État		Fonction publique territoriale		Fonction publique hospitalière		3 fonctions publiques		Secteur privé (1)		Ensemble	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016
Avoir au moins 3 contraintes de rythme (2)	25,5	20,9	25,2	24,8	40,5	42,4	28,6	27,4	37,1	37,4	35,2	35,2
Avoir un rythme imposé par un contrôle ou suivi automatisé.....	34,0	33,4	23,4	23,5	39,4	41,2	31,5	31,4	36,4	36,3	35,3	35,2
Ne pas pouvoir quitter son travail des yeux.....	44,6	46,6	36,9	39,9	43,6	47,3	41,8	44,2	38,2	42,7	39,0	43,0
Devoir toujours ou souvent se dépêcher	46,5	41,7	38,3	32,3	63,1	59,9	47,2	42,3	46,1	46,3	46,4	45,5
Avoir un rythme imposé par des délais à respecter en peu de temps.....	31,6	30,0	35,7	35,6	45,4	49,4	35,9	36,7	48,8	51,6	45,9	48,3
Avoir un rythme imposé par des contraintes liées à des demandes extérieures	65,0	66,6	65,6	59,3	70,7	79,2	66,4	66,7	70,2	70,5	69,4	69,6
Devoir fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue...	62,7	63,2	64,0	64,8	78,1	78,8	66,4	67,5	63,7	64,7	64,3	65,3
Situation de tension avec public	55,5	54,3	41,6	41,5	55,3	60,3	50,8	51,0	40,7	40,7	43,4	43,4

(1) Y compris entreprises publiques.

(2) Rythme imposé par : déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce, la cadence automatique d'une machine, d'autres contraintes techniques, la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, des normes de production ou délais à respecter en 1h au plus ou 1 jour au plus, une demande extérieure obligeant ou non une réponse immédiate, les contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercées par la hiérarchie

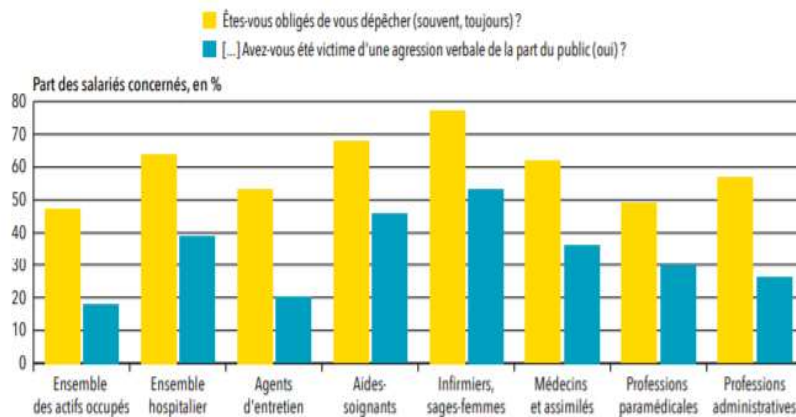
Champ : salariés de France métropolitaine.

Source : Dares, DGAFP, Drees, Insee, enquêtes Conditions de travail (2013, 2016).

Un monde hospitalier qui change ... vite

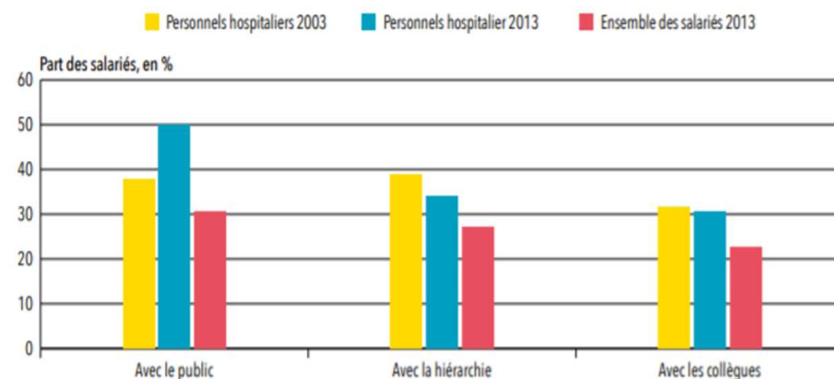
- **Exigences émotionnelles**
 - **Identification:** qui transforme des difficultés professionnelles en drame personnel
(C Baudelot & M Gollac, 2016)
- **Situations de tensions sur le lieu de travail**
- **Irruption de la violence sociétale**
- **Manque de reconnaissance**
- **Délitement des collectifs de travail**
 - Faiblesse / prévention et prise en charge des défaillances des individus.

Graphique 1 Travail en urgence et tensions avec le public



Champ > Salariés du secteur hospitalier.
Source > Enquête CT 2013, DARES, DREES, DGAFF, INSEE.

Graphique 2 Les tensions sur le lieu de travail



Champ > Salariés du secteur hospitalier.
Sources > Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFF, INSEE.

Un monde hospitalier exposé aux exigences émotionnelles

Tableau 9 • Exigences émotionnelles et violence au travail

	Ensemble	Privé	Fonction publique	Agriculture	Construction	Industrie	Commerce et transports	Autres services	FPE	FPT	FPH
Être en contact direct avec le public	70,9	66,8	84,8	32,0	67,8	38,9	76,6	74,3	82,5	84,0	91,4
Vivre des situations de tensions dans les rapports avec le public	30,6	26,9	42,8	9,4	20,8	14,1	32,3	31,2	45,7	34,4	50,6
Devoir cacher ses émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur	30,6	29,1	35,5	15,8	18,6	21,5	34,1	31,9	37,8	29,5	40,5
Être en contact avec des personnes en situation de détresse	44,5	37,9	66,7	10,9	24,9	30,5	34,5	46,9	68,2	53,3	85,4
Devoir calmer des gens	53,4	48,0	71,7	16,3	37,6	41,4	46,4	55,2	73,4	61,4	85,0
Vivre au moins un comportement hostile	36,5	35,7	39,5	25,1	32,7	36,7	38,4	34,4	38,0	38,0	44,9
Au cours des 12 derniers mois, avoir été victime :											
D'une agression verbale de la part du public	18,4	15,4	28,6	1,7	11,0	5,0	19,5	18,8	29,3	21,6	38,2
D'une agression physique ou sexuelle de la part du public	2,5	1,9	4,6	0,1	2,5	0,3	1,9	2,7	4,1	2,6	9,1

Sources : Dares-DGAPP-Drees-Insee, enquête Conditions de travail 2013.

Tableau 10 • Conflits de valeur

	Ensemble	Privé	Fonction publique	Agriculture	Construction	Industrie	Commerce et transports	Autres services	FPE	FPT	FPH
Devoir faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin (toujours, souvent)	27,8	26,9	30,6	23,4	24,4	28,0	26,7	27,2	31,7	23,7	39,7
Devoir faire des choses que je désapprouve (toujours, souvent)	9,8	9,9	9,5	8,0	9,5	9,6	11,0	9,5	9,1	9,6	10,5
Ne pas ressentir la fierté du travail bien fait (toujours, souvent)	32,6	31,8	35,4	22,6	25,4	35,4	32,2	31,3	37,5	32,3	36,2

Champ : salariés ; France.

Sources : Dares-DGAPP-Drees-Insee, enquête Conditions de travail 2013.

Contexte global difficile pour la santé au travail: spécificité française ?

• Tradition historique française

– Philippe Le Bel, Colbert, De Gaulle

- Centralisme et dirigisme
- Conception absolutiste de l'autorité
- *Minimisation du rôle du terrain dans le processus de décision*

– Révolution Française

- Egalité de droit et protection (de l'Etat) au cœur du contrat social
- Malaise lié à la mondialisation privilégiant l'égalité d'opportunité

– Anarcho-syndicalisme de contestation du XIX^e siècle:

- *Absence de tradition de coopération employés/managers*

– Seconde guerre mondiale

- Idéaux de la résistance: mixité sociale, protection sociale
- La société de la défiance (Yann Algan et Pierre Cahuc, 2007)

• Tradition des relations de travail

- Poids historique de la lutte des classes et du marxisme
- Faible culture du dialogue social
- Faiblesse des corps intermédiaires
- *Sur-application des nouveaux principes d'organisation*
 - Taylorisme et le courant de la sociotechnique (Simone Veil, 1937)
 - Toyotisme et lean management (CEE, S Beaud et M Pialoux)



Coopération et « société de la défiance » (Y Algan & P Cahuc, 2007)

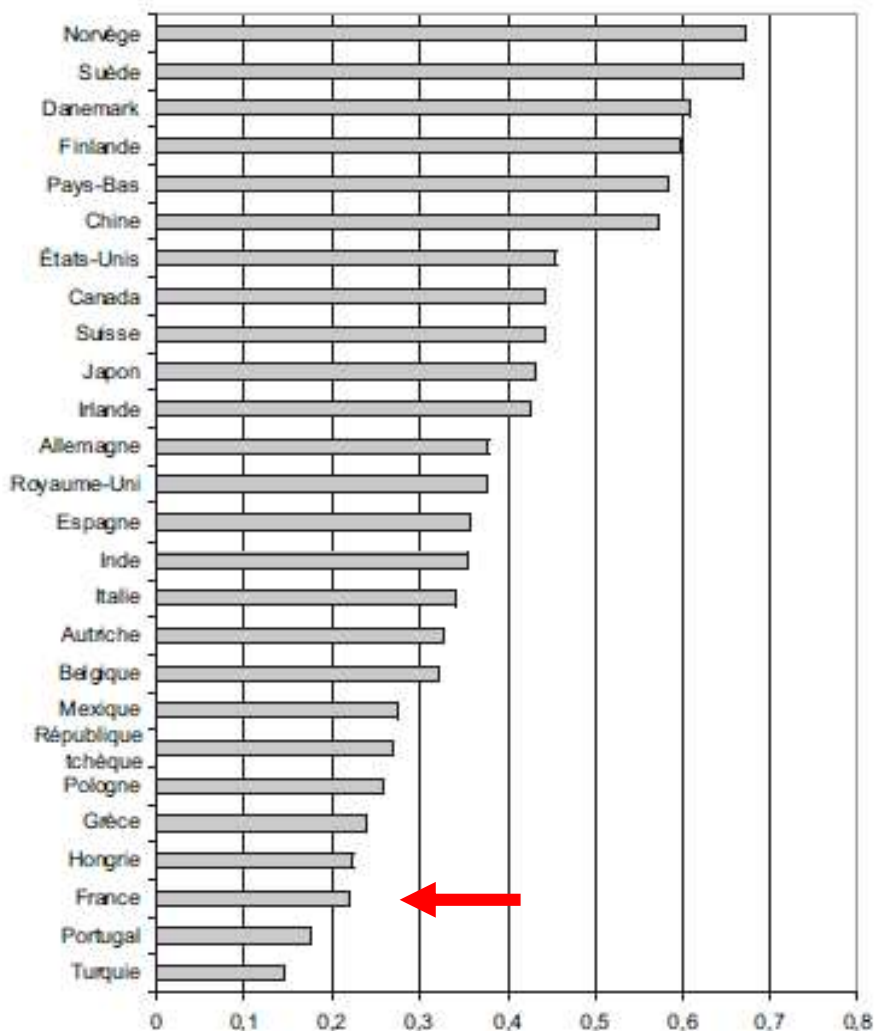


Figure 5 – Part des personnes qui répondent « Il est possible de faire confiance aux autres »

à la question : « En règle générale, pensez-vous qu'il est possible de faire confiance aux autres ou que l'on est jamais assez méfiant ? »

Source : World Values Survey, 1990 et 2001

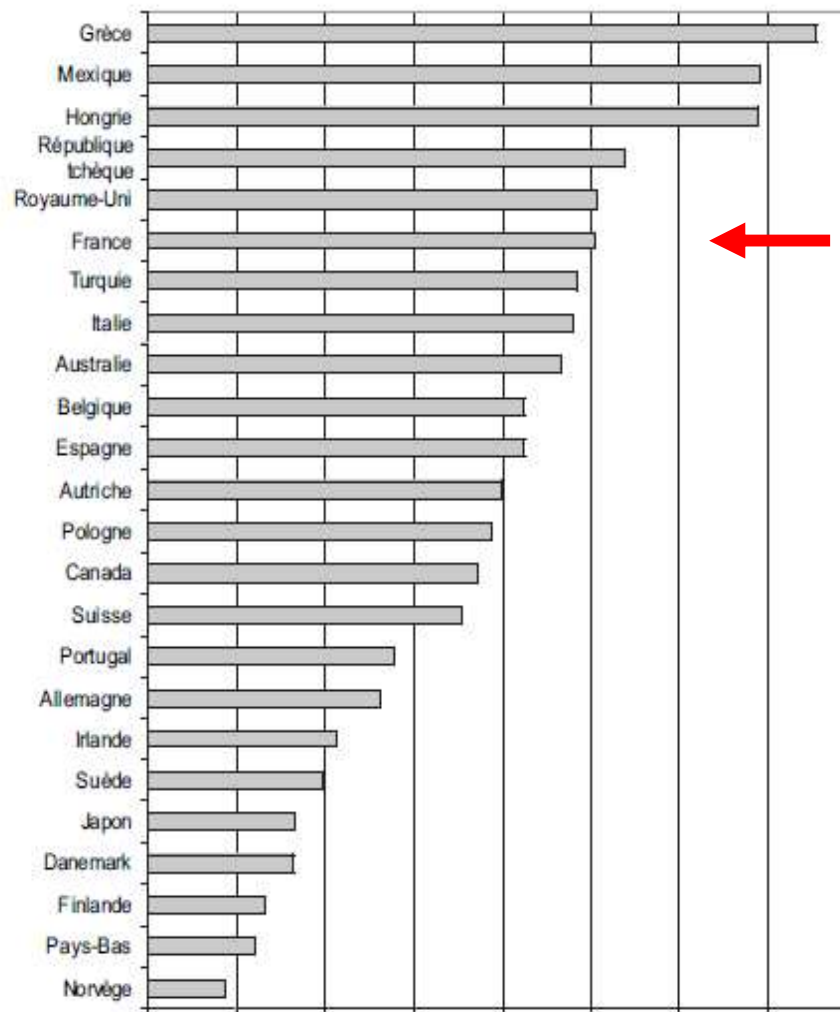


Figure 4 – Part des personnes qui déclarent n'avoir « aucune confiance » dans les syndicats.

Les autres réponses possibles sont : « totalement confiance », « confiance », « peu confiance ».

Source : World Values Survey, 2000.

III. « Facteurs psychosociaux au travail »

- *Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (2011):*
 - Risques psychosociaux comme les « **risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental** »
 - **ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine.**

Tableau 6 Facteurs psychosociaux au travail selon le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail

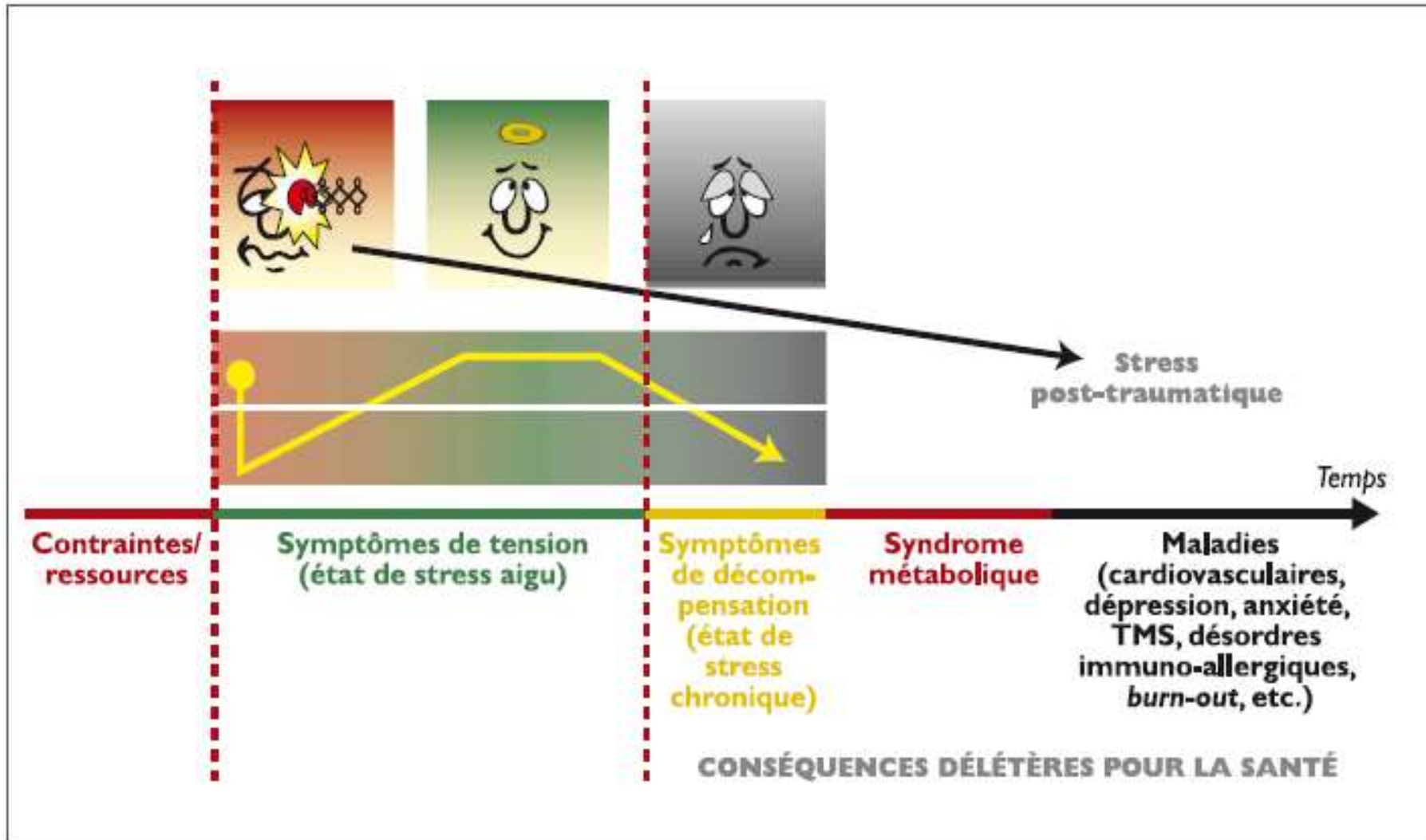
Catégories	Exemples de facteurs psychosociaux au travail
Intensité et temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> – Contraintes de rythme – Existence d'objectifs irréalistes ou flous – Exigence de polyvalence non maîtrisée – Instructions contradictoires – Longues journées de travail, travail en horaires atypiques, imprévisibilité des horaires de travail, etc.
Exigences émotionnelles	<ul style="list-style-type: none"> – Nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions – Exigence de sourire ou de bonne humeur – Tensions avec le public, contact avec la souffrance ou la détresse humaine – Contrôle total de soi en toutes circonstances et affichage constant d'une « attitude positive »
Manque d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> – Manque de possibilité d'être acteur dans son travail – Manque de « latitude décisionnelle » et de marges de manœuvre (la possibilité de s'auto-organiser dans son travail) – Manque de participation aux décisions qui concernent directement son activité ainsi que l'utilisation et le développement de ses compétences
Rapports sociaux au travail dégradés	<ul style="list-style-type: none"> – Relations avec les collègues ou avec la hiérarchie – Perspectives de carrière – Adéquation de la tâche à la personne – Procédures d'évaluation du travail – Attention portée au bien-être des salariés – « Pathologies » des rapports sociaux comme le harcèlement moral
Conflits de valeurs	<ul style="list-style-type: none"> – Conflits intrapsychiques consécutifs à la distorsion entre ce qui est exigé au travail et les valeurs professionnelles, sociales ou personnelles des salariés
Insécurité de la situation de travail	<ul style="list-style-type: none"> – Insécurité socio-économique (peur de perdre son emploi, non-maintien du niveau de salaire, contrat de travail précaire) – Risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail (restructurations, incertitude sur l'avenir de son métier, etc.)

Source : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (2011)

Facteurs psychosociaux et intensification du travail

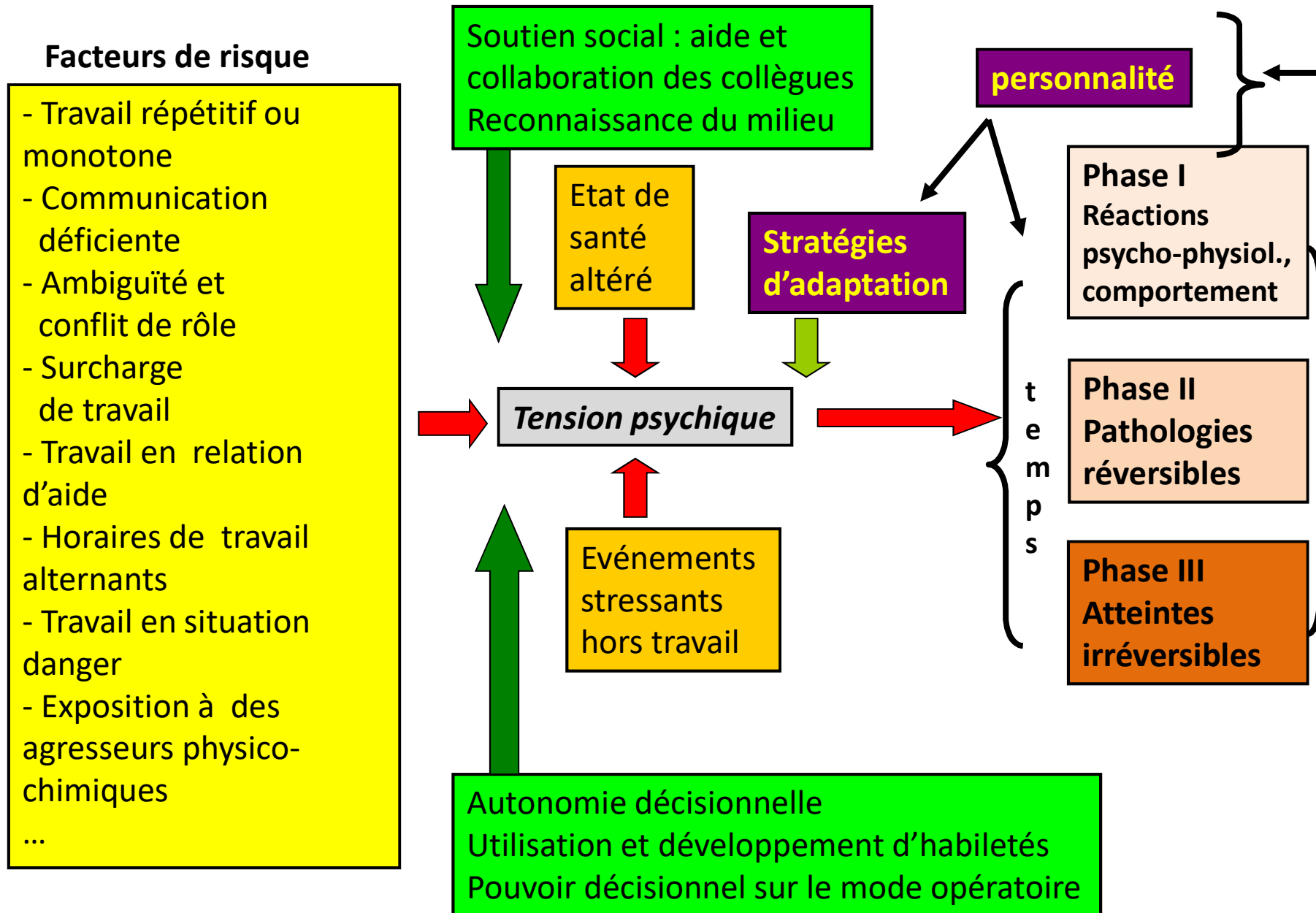
- **Intensification et densification du travail**
 - Tension des flux de production « en cascade »
 - Nouvelles contraintes organisationnelles
 - Charge d'attention (contrôle qualité) et d'implication (*demande psychologique*)
 - Flexibilité et polyvalence (équipes autonomes)
- **Précarisation des parcours professionnels** (*insécurité socio-économique*)
 - Précarisation objective et subjective
- **Evolution du contenu subjectif du travail**
 - Demande accrue d'implication dans le travail (*exigences émotionnelles*)
 - Paradoxe de l'augmentation de l'autonomie dans le travail
 - autonomie vue sous l'angle de l'action et de la compétition (*latitude décisionnelle*)
 - Marge de manœuvre: autonomie sous l'angle de la liberté de choix
 - **Conflit de valeur au travail**
- **Individualisation des relations de travail**
 - Individualisation des rémunérations
 - Réduction des formes traditionnelles de solidarité
 - Désorganisation des collectifs de travail
 - Désorganisation des stratégies de régulation et d'allègement des contraintes (*soutien social*)

IV. Les effets du stress sur la santé



RFSST 2011

Effets du stress sur la santé



(adapté de Vézina et al.)

Essor des pathologies « de surcharge » liées au travail

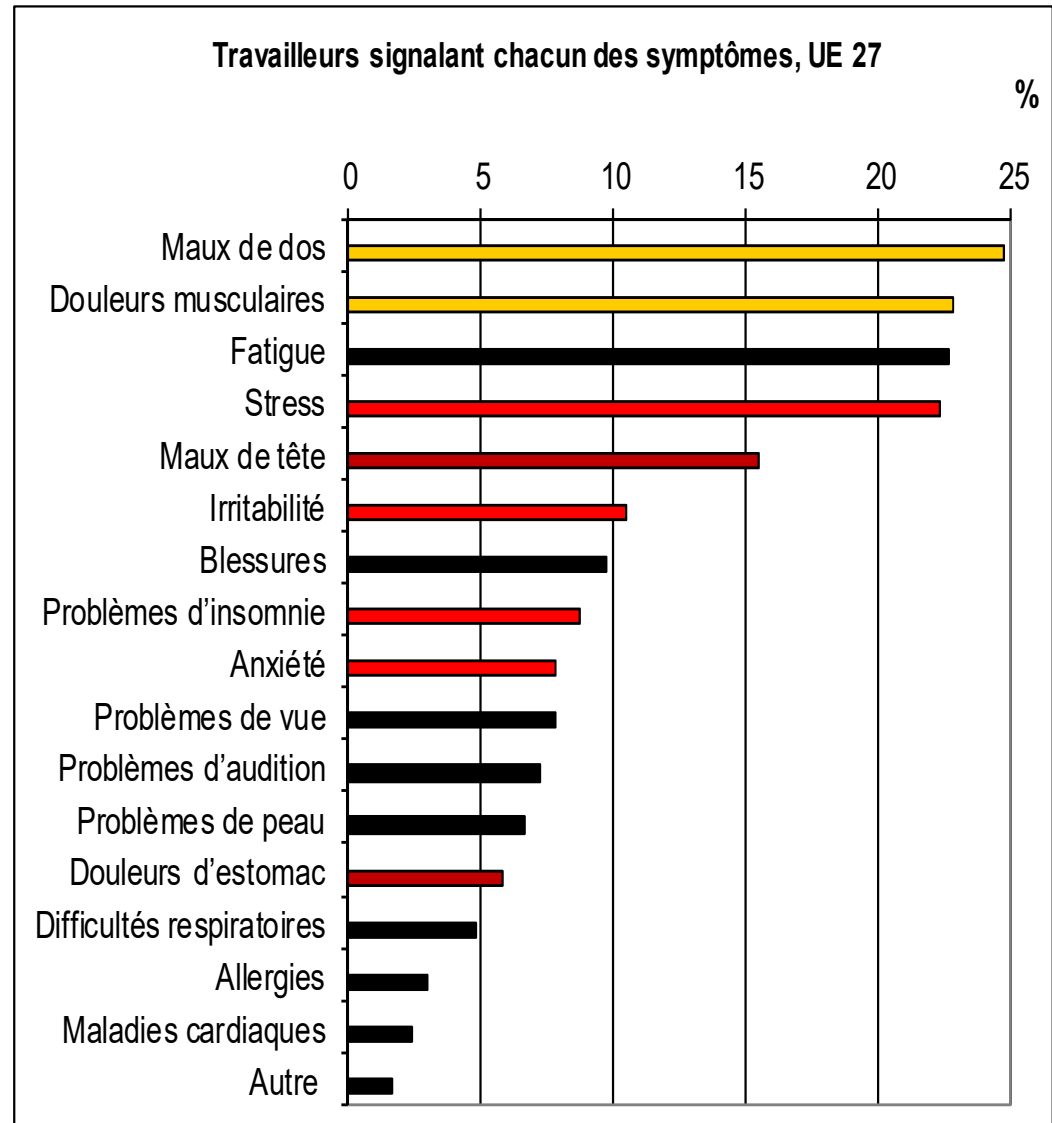
(overuse syndrome, cumulative trauma disorders, repetitive strain injuries)

- «Epidémie» des TMS (1990')

- ↑ incidence des TMS
- ↑ chronicité des TMS
- ↑ incapacité liée aux TMS

- Essor de la «Souffrance psychique au travail» (2000')

- **Stress**
- **Troubles de santé psychique**
 - Syndromes d'épuisement professionnel (burnout),
 - Décompensations comportementales (violences)
 - Syndromes dépressifs,
 - Suicides



Source : Enquête Fondation de Dublin, année 2005

Maladies professionnelles : impact des pathologies de surcharge

- TMS (2000-2016)

- Troubles de santé mentale (2010-2016)

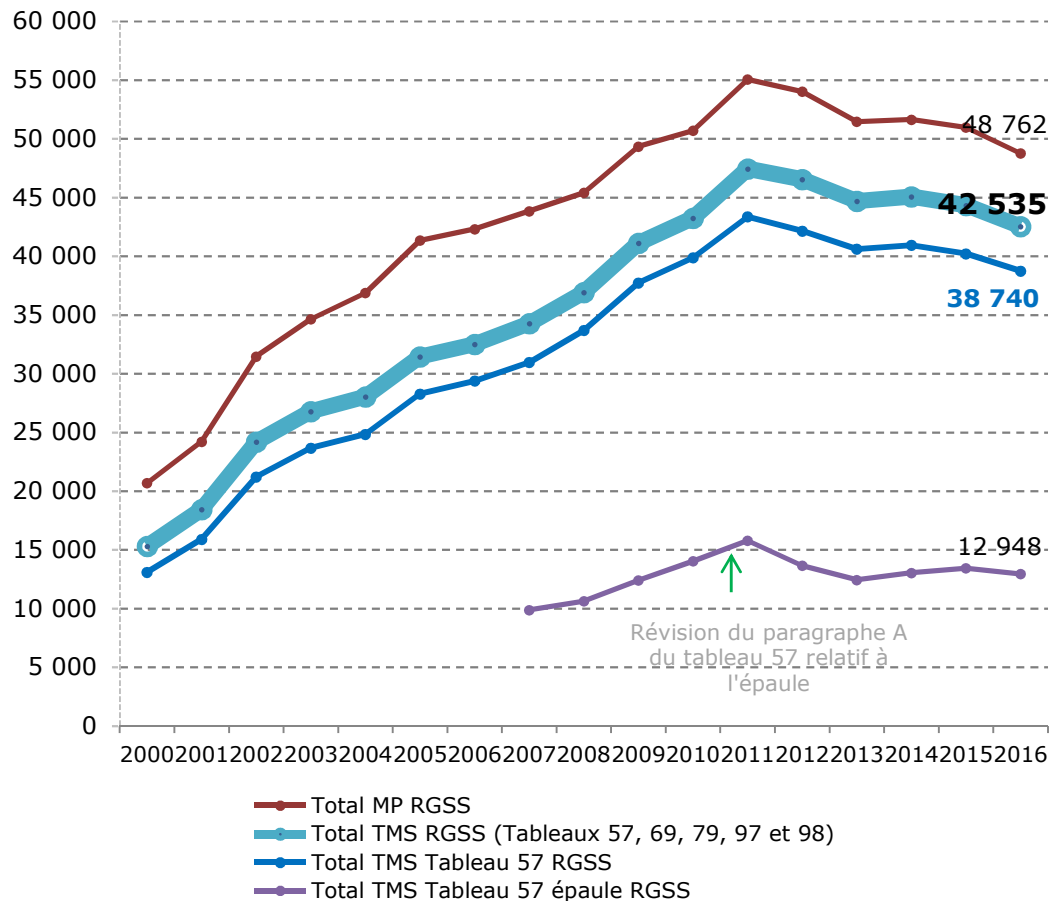
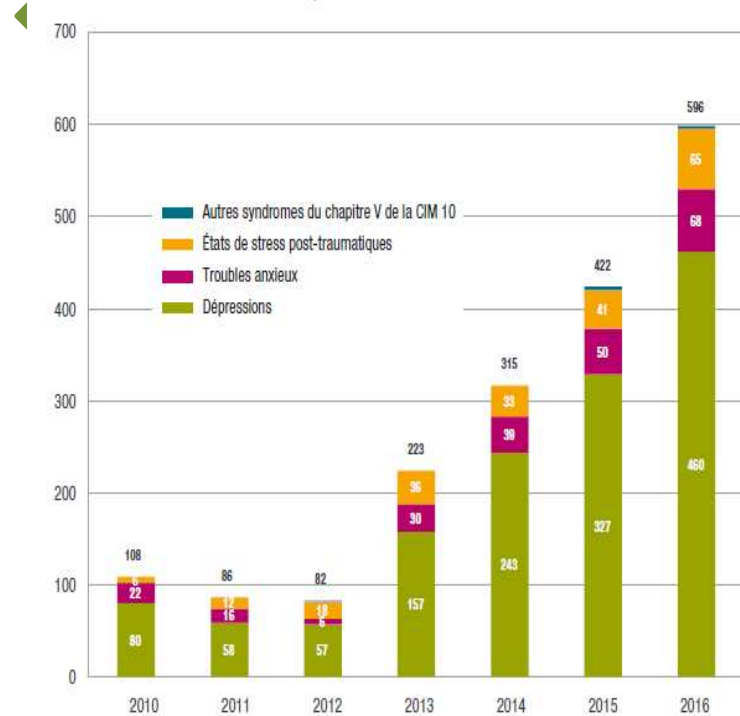


Figure 75

Focus sur le chapitre V de la CIM 10 : avis favorables des CRRMP relatifs à des affections psychiques de 2010 à 2016 selon les familles de syndromes



(Source CNAMTS, 2017)

Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data

Kivimäki et al. *The Lancet*, 2012; 380 (9852) : 1491 - 1497

- Méta-analyse de 13 cohortes (1985-2006)
 - Données individuelles de 197 473 participants inclus dans les cohortes européennes
 - Proportion d'individus exposés au stress : 15,3 %
 - 2358 événements coronariens, sur une période de 7 ans de suivi en moyenne, soit 1,49 million personne-années
 - **Hazard ratio ajusté pour le stress au travail versus non: 1,23 (95% CI 1.10—1.37)**
 - Risque attribuable (population): **3,4%**.
- ***les individus exposés au stress au travail ont un risque de 23 % plus élevé que ceux qui n'y sont pas exposés de faire un infarctus"***
- ***Sur les 100 000 à 120 000 infarctus survenant en France chaque année, cela correspondrait à environ 3 400 à 4 000 accidents imputables au stress au travail»,***

Population fraction of sickness absence attributable to work factors – GAZEL cohort 1995-2001

(Melchior et al, Am J Pub Health, 2005)

TABLE 3—Population Fraction of Sickness Absence Attributable to Work Factors, by Cause: the GAZEL Cohort Study, 1995–2001

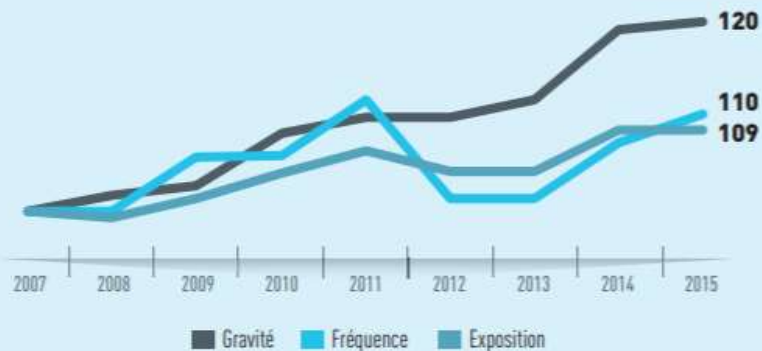
	All Causes, %		Musculoskeletal Reasons, %		Psychiatric Reasons, %		Injury, %	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
Postural constraints	10	4	24	9	^a	6	15	4
Occupational hazards	6	1	12	3	...	...	6	...
Night work	...	...	...	<1	...	...	...	...
Outdoor work activities		...	6	1	...	<1	...	2
Customer contact	...	4	...	2	...	9	...	9
Low decision latitude	9	9	15	15	13	19	7	...
High psychological demands	<1	4	...	...	11	7	...	4
Low social support at work	8	2	10	...	24	5	...	10
All work factors ^b	21	19	46	27	42	43	26	26

^aThe exposure was not significantly associated with the outcome in a model that adjusted for age, marital status, occupational class, cigarette smoking, alcohol consumption, body mass index, and life events.

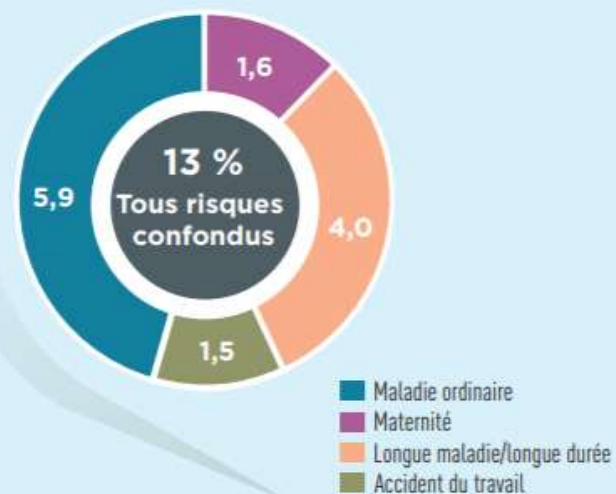
^bThe fraction of sickness absence attributable to all work factors was estimated in models that included all work exposures and that were adjusted for age, marital status, occupational class, cigarette smoking, alcohol consumption, body mass index, and life events.

REGARD SUR... les absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers TENDANCES 2015 (Sofaxis, 2016)

Évolution des indicateurs d'absence au travail pour raison de santé toutes natures d'absences confondues (base 100 en 2007)



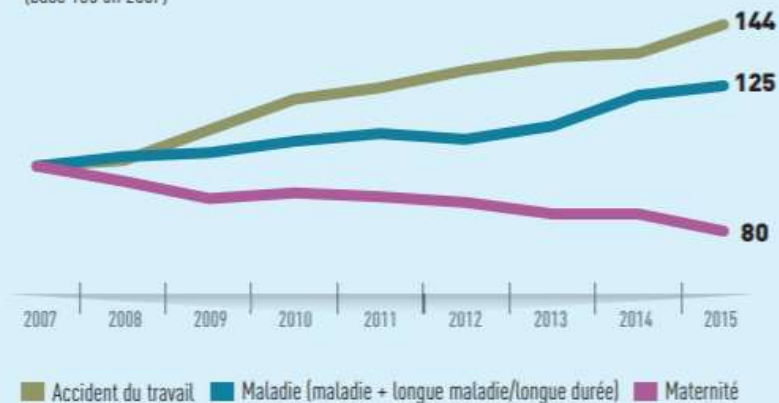
Taux d'absentéisme par nature d'absences en 2015 (en %)



Évolution du nombre de jours d'absence par agent employé toutes natures d'absences confondues (base 100 en 2007)

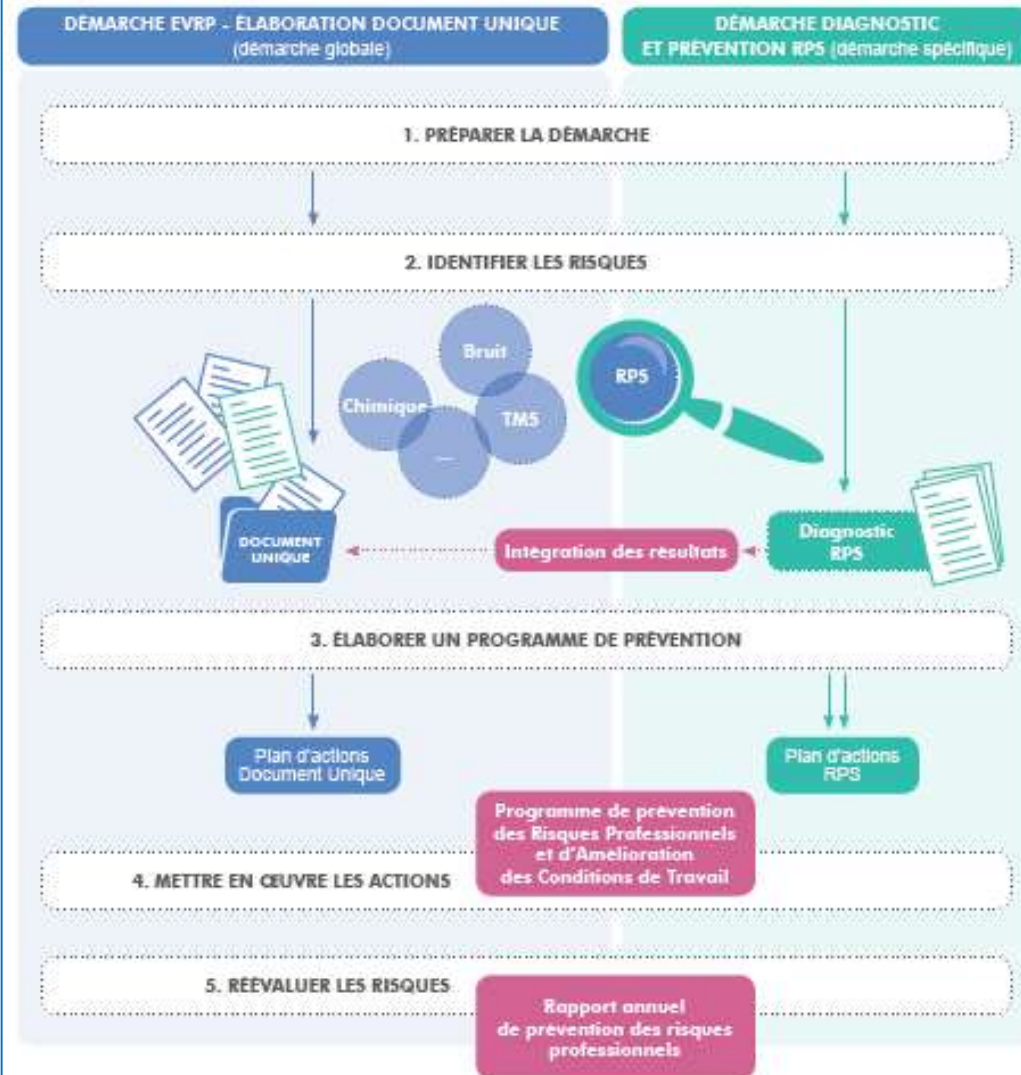


Évolution du taux d'absentéisme par nature d'absence (base 100 en 2007)



Prévention des risques psychosociaux

- **Intégrée**
 - Prévention des risques professionnels
 - Promotion de la santé au travail et de la qualité de vie au travail
 - Maintien en emploi
- **Participative**
- **Globale**
 - Individuelle / collective
 - Située / unite de travail
- **Durable**
 - Prévention “durable”
 - Démarche d’accompagnement
 - Stratégie d’établissement



Bibliographie sur le sujet :

- Fiche technique n°10 du guide méthodologique de la DGAFF "guide d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans le Fonction publique"
- Brochure INRS ED 6139 "Risques psychosociaux et document unique, vos questions, nos réponses"
- Brochure INRS ED 6140 "Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU"

Prévention collective et individuelle des RPS

- **Objectif** : déplacer la vision du stress par l'organisation
 - d'une pathologie ou souffrance à écouter
 - à un **appel à examiner les conditions du travail**
- **Principes de la prévention du stress au travail**
 - Actions collectives et individuelles
 - Actions sur l'organisation du travail
 - **Place importante du collectif de travail**



LE STRESS AU TRAVAIL

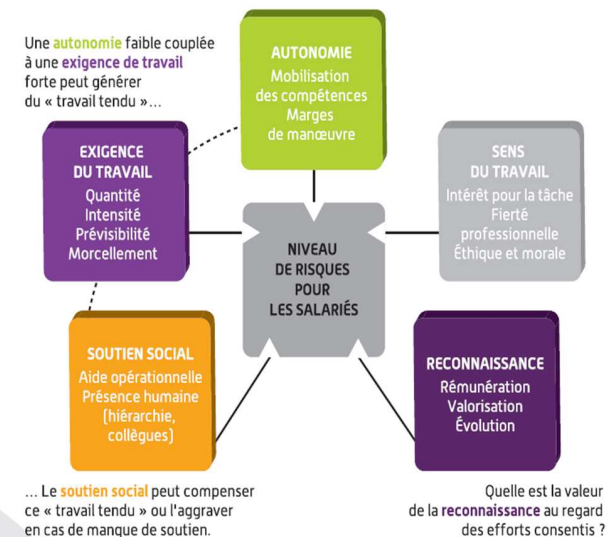


Prévention primaire

- **Éliminer ou contrôler les facteurs de risque présents dans le milieu de travail:**
 - diagnostic de situation *au plus près* de la situation de travail
 - évaluation des risques a priori (**document unique**)
- **Associer les soignants**
 - aux décisions concernant **l'organisation du travail**,
 - en particulier lors des **changements organisationnels** (communiquer, anticiper, écouter les points de vue de ceux qui vont subir les contraintes du changement)
- **Evaluer a priori les risques psychosociaux**
 - induits par les **modifications de l'organisation du travail**
 - surcharge de travail, marges de manœuvre insuffisantes, mauvaise définition des tâches, pression sur les objectifs,
 - manque de soutien social,
 - reconnaissance du travail insuffisante, révision des méthodes d'évaluation ...



Les modèles permettent de déterminer sur quels leviers agir pour réduire le niveau de risque, avec principalement cinq déterminants :



Prévention primaire

- **Mise en place d'actions préventives/correctrices visant à réduire ou annuler les sources du stress**
 - Réguler collectivement les dysfonctionnements en agissant sur l'organisation du travail et les relations de travail
 - Accroître les marges de manœuvres des soignants et de l'encadrement de proximité
 - Favoriser une représentation partagée de la charge de travail
 - Engager une discussion sur les critères de qualité du travail entre tous les intervenants
 - Développer le soutien aux soignants (groupe d'expression entre pairs; etc.)
 - Développer toutes les formes de reconnaissance et rétribution du travail (financière, symbolique, statutaire) et veiller à l'équité
 - Informer et former l'encadrement et les soignants sur les RPS et leur prévention

Prévention secondaire/tertiaire

- **Développer des capacités à faire face au stress :**
- **Formations** à gérer la pression temporelle, les conflits, l'agressivité, le stress, à développer l'intelligence émotionnelle, le contrôle des émotions, les attitudes mentales efficaces...
- Ces actions ne doivent pas exclusivement être consacrées à **soigner les symptômes** et occulter la recherche et le traitement de la **cause**, qui est le plus souvent liée à **l'organisation du travail** et au **management**.
- **Prendre en charge** les soignants en souffrance

Prévention individuelle: un complément

- **Techniques de gestion du stress**
 - Approche individuelle du stress
 - Complément de la réduction collective des contraintes physiques et psychosociales
- **Action sur les réactions individuelles au stress**
 - Accompagnement individuel
 - Travail en groupe
- **Manque d'évaluation**
 - Intérêt pour l'encadrement (excès de demande)
 - Moindre valeur pour les cols bleus ?

Merci pour votre attention !



Interrelations entre TMS et facteurs psychosociaux au travail

https://www.etui.org/Publications2/Reports/Musculoskeletal-disorders-and-psychosocial-factors-at-work

etui.
european trade union institute

About Etui Topics ReformsWatch **Publications** Training Services News Networks Events Media Blog Newsletter

Publications Reports Musculoskeletal disorders and psychosocial factors at work

REPORTS

Musculoskeletal disorders and psychosocial factors at work

Yves Roquelaure



Publication date : 2018

Number of pages : 82

Author(s) :

Yves Roquelaure

This report presents the current state of scientific knowledge on the ways in which psychosocial factors influence musculoskeletal disorders (MSDs), and their impact on work capacity and quality. Almost 40m workers in Europe suffer from MSDs of the limbs and back and are the most common occupational disease in the EU. The aim of the paper is influence intervention efforts and provide scientifically-grounded recommendations to improve the health of Europe's workers.

Collection: 142

ETUI, Brussels, ISBN 978-2-87452-506-3,
ISBN 978-2-87452-507-0 (pdf)

For more information, please
contact

- [Veerle Raes](#)



RELATED PUBLICATIONS



Musculoskeletal disorders: a major challenge for occupational risk prevention in Europe

Yves Roquelaure (Ergonomics and Epidemiology Laboratory for Occupational Health)



A classification of methods for assessing and/or preventing the risks of musculoskeletal disorders

Jacques Malchaire (Catholic University of Louvain)