



Recherches en GRH et Santé au travail : des collaborations envisageables avec Présanse et les SPSTI ?

Nathalie COMMEIRAS

Professeur des Universités - Université de Montpellier/MRM
co-responsable du GRT AGRH Santé au travail



© Matthias Enter

Quelques données chiffrées issues de l'enquête DARES (2024)

- **52% des salariés du secteur privé sont exposés à au moins 6 facteurs de pénibilité physique au travail**
- **Seuls 43% déclarent avoir été informés des risques professionnels auxquels ils peuvent être exposés dans l'exercice de leur travail** (*via leurs employeurs pour 93%, les représentants du personnel pour 39%, les médecins du travail pour 34% et les collègues de travail pour 36%*)
- **La majorité déclare ne pas connaître le DUERP**
- **34% des salariés français sont en burnout en 2023** (selon Observatoire de la RSE – ORSE)



MONTPELLIER
RESEARCH IN
MANAGEMENT

AGRH

Plan de l'intervention

- 1. Etat des lieux de la recherche en SST menée par les chercheurs de la communauté AGRH**
- 2. Focus sur des recherches menées auprès des établissements de santé**
- 3. Quelles pistes de réflexion pour une meilleure prévention primaire ? Comment s'enrichir mutuellement ?**



MONTPELLIER
RESEARCH IN
MANAGEMENT

AGRH

1. ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE EN SST - AGRH

Produire de la connaissance « actionnable » à partir du terrain en déployant des méthodologies de recherche plurielles

- Des **méthodologies qualitatives** : recherche action, recherche intervention, récits de vie, entretiens semi-directifs auprès de différents acteursà visée exploratoire et compréhensive
- Des **méthodologies quantitatives** : enquêtes par questionnaire pour identifier des relations de causes à effets...

1. ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE EN SST

- **De 1990 à 2000 : de rares recherches sur la SST**
 - **Sécurité au travail**, pilotage de la sécurité au travail et ses effets sur la performance (Abord de Chatillon, 1992, 1997)
 - Le **stress au travail** : identification des déterminants du stress chez les cadres (Roques et Roger, 1994, 1995)
 - **Equilibre vie professionnelle – vie personnelle** (St-Onge, Guérin, Wils, Haine, 1994).

1. ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE EN SST

- **De 2000 à 2015 : développement des travaux en SST – Approche « pathogène » de la santé au travail**
 - **Violence au travail : Harcèlement professionnel** (Poilpot-Rocaboy, 2002, 2006), **Placardisation** (Grima et Muller, 2006), **violence au travail** (Cintas et Sprimont, 2011)
 - **Déterminants du stress** : conditions de travail, tensions de rôle (Loubès 1997, Commeiras, 2002, 2006; Rivière, 2014; Grima, 2014, 2010; Perrot, 2000; Mansour, 2015...)
 - **Conséquences du stress** sur l'engagement, la performance, la satisfaction au travail, l'intention de rester (Carrier-Vernhet, Commeiras, Desmarais, 2012; Moisson et Edey-Gamassou, 2008...)
 - **Burnout** (Neveu, 2006; 2009)
 - **L'équilibre travail- hors travail** (Dumas, 2008; Mansour 2015)
 - **La gestion et prévention du stress, de la violence au travail (et notamment du harcèlement professionnel)**: les stratégies de coping, l'analyse de la place du manager de proximité dans le management de la SST (Carpentier, 2010; Bachelard, 2012; Chakor, 2011, Rivière, 2014...)

1. ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE EN SST

depuis 2015 : une approche « salutogène » de la santé au travail qui reste encore limitée

- **Déterminants de la Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT) et du bien-être au travail :** conditions de travail, tensions de rôle (Perrot, 2016, 2019; Rivière, Commeiras, Loubès, 2019; Abord de Chatillon et Richard, 2015; Nande, 2018...)
- **Conséquences de la QVCT et du bien-être au travail sur la performance** individuelle (Nande et Commeiras, 2022), sur la performance de l'organisation (Bernard, 2019)
- **Impacts du l'hybridation du travail sur la santé au travail** (Dumas et Lhuillier, 2014, 2017, 2018; Laborie, 2023; Chênevert, Giauque et Abord de Chatillon, 2023; Riberolles, 2024; Bouchet, Loup, Nande, Weber, 2022) ou **des espaces de co-working** (Bouchet, 2022)
- **Nouvelles pathologies du travail** : perte de sens au travail (Commeiras, Fabre, Loose, Loubès, Rascol-Boutard, 2022), ennui (Grima, Monnier, Laborie, Abord de Chatillon 2023)
- **Acteurs de la SST** : place du manager de proximité (Rivière, 2018; 2019)

Une illustration – Track « La QVCT dans les organisations »

Congrès AGRH – 23 au 25 octobre 2024

- **14 communications : une variété de thématiques et de terrains**
- Pour une approche dynamique des espaces de discussion sur le travail : le cas de la QVCT EN EHPAD (Gentil et al.)
- Work meaningfulness as a mediator between well-being oriented human resource management and employees' retention (Mansour)
- L'influence de la satisfaction des besoins fondamentaux sur la motivation, la satisfaction et le bien-être des agents des collectivités territoriales (Amar Fall)
- Le harcèlement moral et la souffrance au travail : les apports de la psychodynamique du travail (Ben Othmane et al.)
- Conditions de travail et (in)soutenabilité du travail. Le cas des employés de drives alimentaires dans la grande distribution (Theodore et Commeiras)
- Développement et test des propriétés psychométriques d'une échelle de mesure des conditions du bien-être au travail par le S.L.A.C. (Sens, Lien, Activité, Confort) (Richard, Abord de Chatillon, Lacroux)
- Impact du télétravail sur la santé au travail du personnel administratif à l'hôpital (Riberolles, Baret et Krohmer) ...

2. Les résultats de recherches menées auprès de personnels d'établissements de santé publics et privés

- Une recherche financée par la DARES et la DGAFP (2014 à 2016) :
 - 6 monographies : **4 Hôpitaux (dont 2 CHU) et 2 cliniques privées**
 - Plus de 90 entretiens semi-directifs menés auprès de différents acteurs dans différents services
 - Analyse documentaire (et notamment le DUERP)
- Une recherche menée auprès des **cadres de santé dans des hôpitaux publics** (30 entretiens semi-directifs et enquête auprès de 435 cadres de santé) (2017 – 2019)
- Une recherche menée auprès de **personnels dans des hôpitaux** (2017 – 2020) (40 entretiens semi-directifs menés auprès de différents acteurs)

1. Des conditions de travail dégradées, facteurs de risques psychosociaux (indicateurs Rapport Gollac, 2010)

- **Fortes exigences de travail**

- **Intensité de travail élevée** : charge de travail excessive, pression temporelle, rythme de travail soumis à des contrôles informatiques, travail morcelé, fortes tensions de rôle

- **Contraintes horaires** : horaires décalés, astreintes, heures supplémentaires, personnels soignants rappelés sur leur temps de repos

Plus marquées pour les infirmiers et les sages femmes ainsi que pour les cadres de santé et les médecins

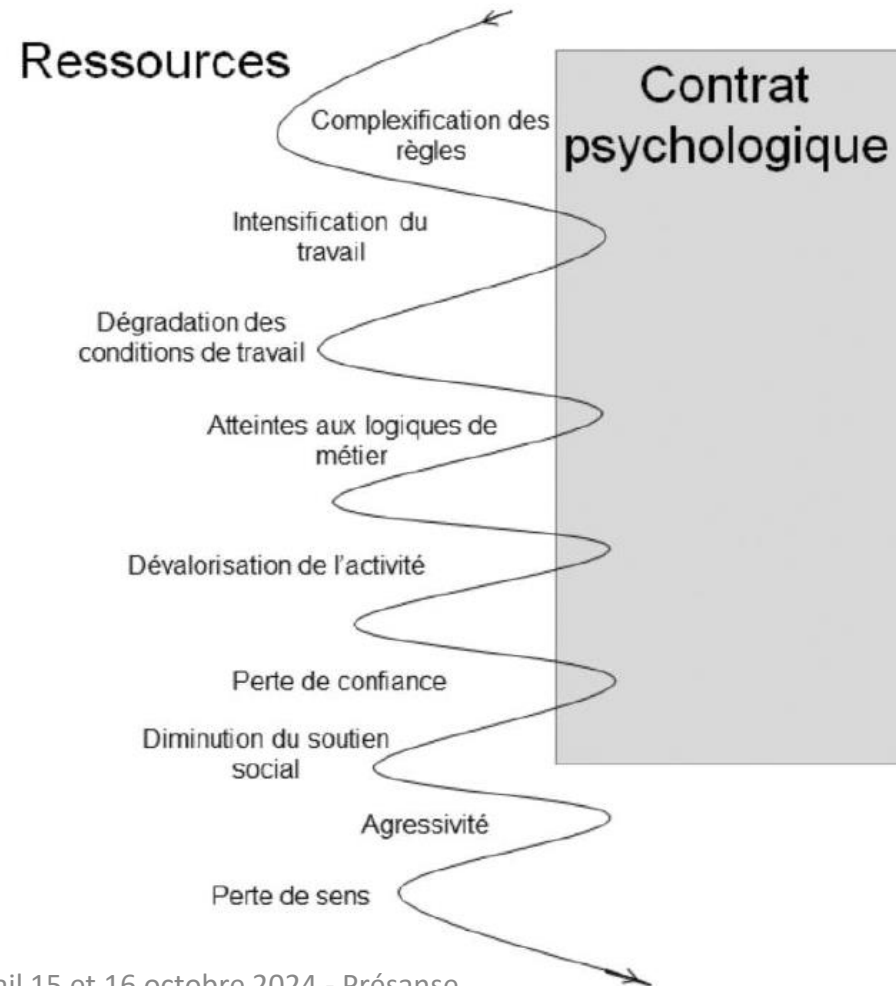
1. Des conditions de travail dégradées, facteurs de risques psychosociaux

- **Fortes exigences émotionnelles**


- Contact avec des personnes en détresse, avec la souffrance
- **Des agressions verbales de la part des patients et leur famille de plus fréquentes dans tous les services**
- **Rapports sociaux au travail dégradés** (agressions verbales de la part des collègues de travail ou des supérieurs, violences internes, manque de reconnaissance, manque de communication, déficit de management ressenti... mais un fort soutien social de la part des collègues)
- **Des conflits de valeurs élevés** (qualité empêchée)
- **Des conflits de rôle exacerbés** particulièrement pour les cadres de santé et les médecins
- **Des conflits travail-hors travail aiguisés** particulièrement pour le personnel soignant
- **Perte de sens au travail** plus marquée pour le personnel soignant
- **Manque de reconnaissance** plus prégnant chez les infirmiers

Pour résumer :

Les facteurs de risques psychosociaux créent une rupture ou une brèche dans le contrat psychologique (Rousseau, 1989)



Quelles conséquences ?

- « Je ne suis pas un héros !
 - Mes faux pas me collent à la peau
Je ne suis pas un héros
Faut pas croire ce que disent les journaux
- Je ne suis pas un héros » (Balavoine, 1980)
- 
- **Pour les personnels : stress, usure professionnelle, burnout.... RPS...**
 - **Pour les établissements : absentéisme, départs, qualité du travail amoindrie, coûts, risque de dégradation de la qualité et de la sécurité des soins...**

2. Des démarches de prévention des RPS..... aux résultats contrastés

- **Une boîte à outil institutionnelle partagée par les organisations publiques ... qui peine à produire des effets à l'hôpital, dans un contexte de ressources fortement contraintes...**(Rapport *Prévention des RPS: le cas du secteur hospitalier*, Abord de Chatillon, Commeiras, Valette, 2017)
 - Mise en place d'un comité de pilotage
 - Recours limité aux conseils en prévention sur la santé et la sécurité au travail d'acteurs externes (ANACT/ARACT, Fédération hospitalière...)
 - Réalisation d'un diagnostic accompagné par un consultant ou la CARSAT pour la plupart des établissements rencontrés (sur la base d'une enquête)
 - Participation et place des représentants du personnel
 - Participation et place de l'encadrement
 - Actions de formation présentes mais éclectiques
 - Personnels dédiés à la prévention ?
 - Difficultés dans la construction et le suivi d'indicateurs
 - Elaboration ou actualisation du DUERP : intégration des RPS ?

2. Des démarches de prévention des RPS..... aux résultats contrastés

- **... qui peine à produire des effets...**
 - **Des acteurs toujours soumis aux mêmes contraintes** : absentéisme, lassitude, perte de sens du métier, usure du personnel, sentiment de mal faire son travail, épuisement....
 - **Des plans d'action des RPS intégrés dans des plans de communication**
 - **Mise en place du télétravail pour les populations administratives en 2020**
 - Donc les **démarches de RPS paraissent totalement artificielles** pour les personnels soignants et paraissent « glisser » sur l'organisation sans affecter l'activité quotidienne.

Vers une gestion des RPS au plus près des pratiques professionnelles localisée ... par le cadre de santé

- **Soutien du cadre de santé** (accompagnement et soutien émotionnel, empathie....)
- **Mise en place de dispositifs d'échanges centrés sur l'activité de travail** à l'initiative du cadre de santé (« *groupes de parole* », « *quick réunions* »)
- **Entraide entre cadres de santé** (notamment pour la *mobilité inter-services*)
- **«Arrangements» au sein de l'organisation du travail** mis en place par le cadre de santé notamment pour la gestion des plannings (*avec la mise en place de « périodes intouchables » où les personnes ne sont pas rappelées sur leur temps de repos*)
- **Prises d'initiatives par le personnel infirmier pour s'entraider**, faciliter la transmission des consignes et les échanges de planning (*un groupe facebook*)

2. Des démarches de prévention des RPS.... aux résultats contrastés

- **... mais contrainte par les conditions de travail du cadre de santé**
 - **Contraintes liées à la charge de travail** (*« je n'ai plus le temps de faire des réunions programmées alors que c'était prévu toutes les six semaines »*)
 - **Contraintes liées au manque de ressources** (*« Vous pouvez faire tous les efforts que vous voulez en termes de reconnaissance, de communication. Si vous rappelez trois fois de suite une personne en repos, vous mettez tout par terre. Ça me rend malade »*)
- **Et liée au cadre de santé exposé à de fortes tensions de rôle** (sa trajectoire, sa formation, sa sensibilité...)

3. Quelles pistes de réflexion pour une meilleure prévention primaire ?

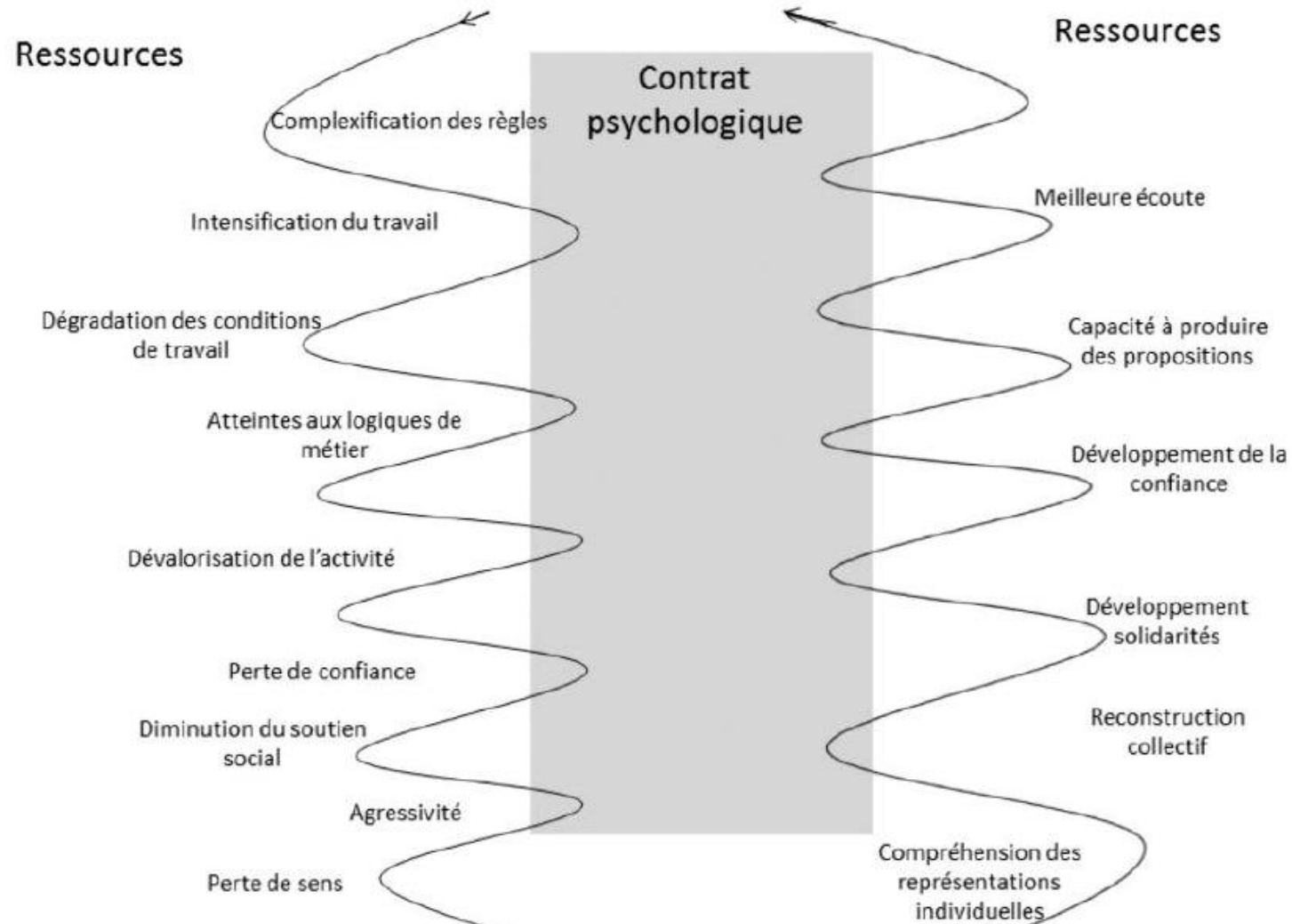
- Optique **diagnostic** : identification des points de mal-être : accident du travail, maladies professionnelles, stress, violences au travail, épuisement professionnel etc... (logique « pathogénique »).
- Optique **proposition** : identification **des ressources** qui permettent de limiter ce mal-être, identifier les antécédents du bien-être au travail (logique « salutogénique »).



3. Conservation des ressources : une perspective « salutogénique »

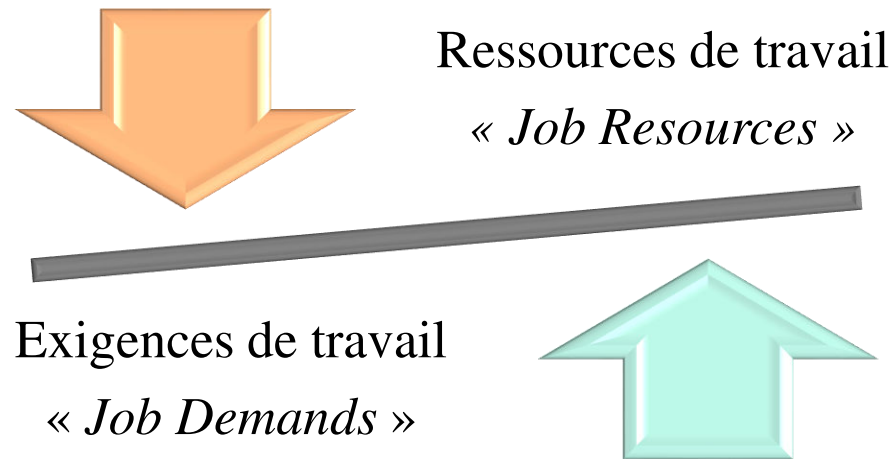
- Remise en cause du modèle de Karasek (1979) : individu subit des CT.
- Le stress n'est pas seulement le résultat de conditions, mais aussi de ce que l'individu apporte à la situation (Hobfoll, 1989, 2018).
- Stress ou Burnout sont les conséquences de situations où l'individu :
 - Ne peut développer ses ressources
 - Ne retrouve pas suffisamment de ressources à la suite de son investissement
 - Voit ses ressources atteintes ou menacées

3. Reconstruire les ressources



Pour une meilleure prévention primaire des RPS: vers la reconstruction des ressources de travail

Le modèle JDR de Demerouti et Bakker (2001, 2007)



« *des aspects physiques, sociaux ou organisationnels de l'emploi qui réduisent les exigences de l'emploi et les coûts physiologiques et/ou psychologiques* »
(Demerouti et Bakker, 2011)

« *des aspects physiques, sociaux ou organisationnels de l'emploi qui requièrent des efforts physiques et/ou psychologiques (cognitifs et émotionnels) soutenus et sont donc associés à des coûts physiologiques et/ou psychologiques* » (Demerouti et Bakker, 2011)

La théorie de la Préservation des Ressources (Hobfoll, 1989, 2011, 2018)

Principes de la théorie

- Principe de la primauté de la perte
- Principe d'investissement des ressources
- Principe du paradoxe des gains
- Principe du désespoir

Corollaires de la théorie

- La quantité des ressources disponibles
- Spirale de pertes de ressources
- Spirale de gains de ressources

- ❖ Le salarié cherche à protéger les ressources qui lui sont précieuses ou en investir d'autres.
- ❖ L'individu a un réservoir où se développent les ressources.

Catégories de ressources

Ressources personnelles : traits de personnalité (optimisme, confiance en soi...)

Ressources énergétiques : ressources productrices d'énergie motivationnelle (rémunération, compétence...) - qui permettent la préservation ou l'acquisition d'autres ressources

Ressources objet : correspondent à des objets tangibles valorisés par l'individu (voiture de fonction, outils de travail...)

Ressources conditions (ou sociales) : sont en rapport avec les conditions dans lesquelles s'exercent les échanges (soutien du N+1, des collègues de travail ...)

3. Quelles pistes de réflexion ?

- **Rôles des DRH : reprendre la main....**
 - **Faire l'inventaire des initiatives locales** pour tenter de répandre dans les services ce qui est réussi dans l'un d'entre eux
 - **Reconstruire des collectifs autour du travail** concret à réaliser ensemble : **mettre en place des espaces de discussion sur le travail** (Detchessahar, 2013; Abord de Chatillon et Desmarais, 2017) pour co-construire l'activité de travail
 - **Faire collaborer ensemble des acteurs** autour de formations communes, d'analyse et d'évaluation de pratiques, ce qui **contribue à valoriser le travail en équipe** (*autour par exemple des prises en charge de patients avec l'ensemble des personnels de l'Aide Soignante au Médecin*).



3. Quelles pistes de réflexion ?

- **Donner suffisamment de ressources aux managers (et aux cadres de santé)** pour qu'ils puissent s'emparer de la mise en place et de l'animation des espaces de discussion
- **Sensibiliser le cadre de santé** à la prévention des RPS et plus largement à la QVCT (service formation, partenaires extérieurs tels que ANACT...)
- **Manager autrement :**
 - Soutien informatif
 - **Et surtout Soutien émotionnel (Ruiller, 2008)**
 - Compétences émotionnelles (écoute des problèmes personnels et professionnels, empathie, manifestation d'affects positifs)
 - Développement de la réciprocité dans l'échange (communication, respect, confiance)
 - Manifestation de reconnaissance et d'estime
 - **Réduire la « paperasserie » pour dégager du temps** pour la prise en charge des patients ou l'accompagnement des équipes

Améliorer la prévention primaire des RPS pour une meilleure QVCT, nous sommes tous acteurs !

Comment s'enrichir mutuellement ? Merci pour votre attention

