

Coopération entre intervenants et médecins du travail en prévention des risques psychosociaux



EN
RÉSUMÉ

AUTEUR :

M. Lapoire-Chasset, département Homme au travail, INRS

Les conditions dans lesquelles sont menées des actions en santé au travail collectives et centrées sur le travail, pour faire face à des situations de santé psychique au travail très délétères, ont fait l'objet d'une étude. Ont été ainsi analysées et comparées 21 interventions décrites par 27 intervenants. Les résultats obtenus ont été discutés en groupe avec les intervenants et ont permis d'établir que deux conditions au moins devaient être réunies pour faciliter l'adoption de conditions de travail non délétères : inscrire l'intervention dans le champ de la prévention et donner à voir les processus de dégradation et de construction de la santé au travail. La coopération avec les médecins du travail apparaît décisive. Cet article analyse quel peut être leur rôle à partir d'un cas illustratif.

MOTS CLÉS

Risque psychosocial / RPS / Intervenants en prévention des risques professionnels / IPRP / Pluridisciplinarité / Santé au travail / Satisfaction au travail / Bien-être au travail

Pour faire face à des situations délétères de santé psychique au travail, les entreprises sollicitent fréquemment l'appui d'intervenants spécialisés. Ces intervenants peuvent relever de disciplines très différentes. Ce sont des médecins du travail, des ergonomes, des psychologues, voire des sociologues ou des ingénieurs. Leurs statuts peuvent être aussi très variés. Ils sont soit salariés de l'entreprise, soit extérieurs. Ils peuvent relever d'un service de santé au travail, d'une caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) ou d'une association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT). Ils peuvent également émaner d'un cabinet de consultants et exercer leur fonction en tant qu'experts auprès des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou des comités sociaux et économiques (CSE), en tant que conseillers des dirigeants, en tant que formateurs ou encore en tant

qu'animateurs d'un groupe d'analyse de la pratique.

Les 27 intervenants interrogés dans l'étude à l'origine de cet article reflètent cette diversité. Très attachés à déployer des actions en santé au travail qui soient collectives et participatives, ils se réfèrent tous à une approche clinique du travail : la psychodynamique, la clinique de l'activité ou l'ergonomie de l'activité. Ils en maîtrisent les principes fondamentaux, ayant suivi une formation approfondie dans ce domaine et ayant acquis ensuite une longue expérience. En les interrogeant, l'objectif était de comprendre à quelles conditions ils parvenaient à déployer des interventions à la fois collectives et collaboratives, centrées sur l'organisation, jusqu'à restaurer les conditions d'un travail en santé (encadré 1 page suivante). Un article récemment paru a décrit pourquoi il était important d'inscrire ces interventions dans le champ de la prévention et pourquoi il était essentiel de donner à voir à

Coopération entre intervenants et médecins du travail en prévention des risques psychosociaux

↓ Encadré 1

► **UNE ÉTUDE DE CAS COMPARATIVE ET COLLABORATIVE**

L'étude à l'origine de cet article avait pour objectif d'analyser comment, pour faire face aux risques psychosociaux (RPS), les intervenants en santé au travail s'approprient des démarches d'intervention en santé au travail qui ont été développées par la recherche, qui sont de nature collective et qui sont centrées sur le travail. Les approches cliniques du travail ont été choisies par un groupe d'experts internes et externes à l'INRS. Vingt-sept intervenants formés à ces démarches ont décrit 21 interventions, qu'ils avaient menées seuls ou à plusieurs. Ces interventions concernaient des situations de santé psychique au travail très dégradées. Dans tous les cas, les données des services de santé au travail et des données d'enquête avaient mis en évidence des signes de dégradation avancée de la santé psychique au travail. Dans 19 cas sur 21, une tentative de suicide ou un suicide au travail avait eu lieu. Pour s'assurer que les intervenants interrogés maîtrisaient au moins une des trois approches cliniques du travail, ils ont été sélectionnés sur des critères de formation et d'expérience. Tous

étaient titulaires d'un des masters proposés par les équipes de recherche à l'origine de ces démarches. Plusieurs avaient également obtenu un doctorat et mené cinq à dix ans de collaboration de recherche avec ces mêmes équipes. Ils avaient par ailleurs une expérience professionnelle d'au moins huit ans. De plus, pour pouvoir bien sérier les enjeux multiples auxquels l'ensemble des intervenants en santé au travail est susceptible d'être confronté, l'équipe de recherche s'est attachée à interroger des intervenants aux statuts très différents. Trois étaient médecins du travail, deux dans un service de santé au travail interentreprises (SSTI), un dans un service de santé au travail autonome (SSTA). Treize étaient psychologues : deux dans un SSTI, cinq dans un SSTA, deux dans un cabinet d'expertise auprès des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, deux dans un autre type de cabinet et deux dans une caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT). Enfin, onze étaient ergonomes : un dans un SSTA, trois dans un cabinet d'expertise, quatre dans

un autre type de cabinet et trois dans une CARSAT. Dans le même objectif de sérier les enjeux multiples auxquels les intervenants en santé au travail peuvent être confrontés, l'équipe s'est assurée que les 21 interventions étudiées concernaient des problématiques diverses, dans des entreprises de tailles et de secteurs variés.

Pour déduire ensuite des enseignements généraux dont la validité dépasse l'analyse des seuls cas concernés, l'étude s'est appuyée sur une méthodologie à la fois comparative et participative. Les cas sélectionnés pour leurs enjeux très différents ont été observés et analysés de manière similaire, afin de pouvoir être comparés entre eux. Enfin, dans une visée applicative, les conclusions de ces analyses ont été mises en débat avec les intervenants associés à l'étude, en repartant des connaissances de chacun. Quatre demi-journées de travail collaboratif ont été ainsi organisées et c'est à cette occasion que les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'actions en santé au travail collectives et participatives ont été définies.

la fois les processus de dégradation de la santé et ceux de construction de la santé au travail [1]. Le présent article précise comment les médecins du travail peuvent apporter leur concours et comment peut se nouer leur collaboration avec l'ensemble des professionnels de la santé et sécurité au travail (SST) concernés.

POUR INTERVENIR FACE AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS), TROIS CONDITIONS SONT NÉCESSAIRES

INSCRIRE L'INTERVENTION DANS LE CHAMP DE LA PRÉVENTION

Compte tenu de leurs références théoriques, tous les intervenants interrogés ont une posture cri-

tique vis-à-vis de la notion de RPS. Ils savent d'expérience que l'intervention peut produire des effets contraires aux attendus. Ils ont observé dans certaines entreprises que l'analyse des facteurs d'exposition aux RPS a conduit à isoler des travailleurs « fragiles » et à les astreindre à s'adapter individuellement, sans jamais interroger les possibles causes organisationnelles. Ils ont aussi observé que la réglementation relative à la prévention ne prévoyait pas l'organisation de débats avec les travailleurs. Alors que ces intervenants souhaitent conduire les salariés à discuter sur les questions du travail et sur la manière dont ils composent avec le travail prescrit, la protection de leur parole n'est pas totalement garantie. Alors que les salariés peuvent être amenés à décrire comment le travail prescrit est

quelquefois transgressé, rien n'assure qu'aucune sanction ne sera prise à leur rencontre. Enfin, alors que, dans les approches cliniques du travail, les salariés sont considérés comme étant les seuls experts de leur métier, les intervenants sont gênés de se voir attribuer une expertise en SST qui pourrait empiéter sur celle que les travailleurs ont sur leur propre activité. Dans ce contexte, certains intervenants ont décidé de négocier les conditions de leur intervention en dehors du champ de la prévention. Ces professionnels préfèrent intervenir en tant que formateur, conseiller des dirigeants ou animateur de groupes d'analyse. Ils ne font jamais référence à la notion de risque professionnel, ni à sa réglementation. L'observation a montré que ces intervenants parvenaient à organiser les débats

entre salariés sur le travail et sa transformation à peu près comme ils l'entendaient. Cependant, leurs statuts ne leur procurent aucun moyen de négocier, par la suite, avec les employeurs les moyens d'action souhaités par les salariés. Ils ne peuvent compter que sur leurs propres capacités de conviction pour engager les employeurs à agir. Dans certains cas, il arrive même que leur statut se révèle invalidant. On a ainsi observé plusieurs cas dans lesquels, en acceptant des statuts hors prévention, des intervenants s'étaient vu placés dans une contradiction de rôles, jusqu'à perdre leur pouvoir d'agir en santé au travail et leur faculté de permettre aux autres parties de s'exprimer sur ce point. Un article détaille les difficultés rencontrées par des psychologues qui étaient sollicités tantôt en tant que psychologues du travail sur des questions de santé psychique au travail et tantôt pour assumer une fonction RH et répondre à des demandes sur l'évolution de la carrière des salariés [2]. Chaque fois qu'il fallait traiter le dossier d'un travailleur sur les deux versants, les intervenants se retrouvaient dans l'impasse. Les perspectives professionnelles envisagées pour le salarié d'un côté constituaient de l'autre un facteur de risque professionnel. Pour l'intervenant, la contradiction des rôles était d'autant plus grande qu'il était soumis à l'obligation de réserve, alors qu'il était tenu de rendre compte des échanges à ses supérieurs.

D'autres intervenants en santé au travail décident au contraire d'inscrire leurs interventions dans le champ de la prévention. Ces professionnels sont des préventeurs institutionnels, tels les agents des CAR-SAT, et des médecins du travail dont la fonction est d'agir en prévention.

Ce sont aussi des ergonomes et des psychologues employés par l'entreprise demandeuse ou un service de santé au travail, ou encore sollicités pour une expertise. Dotés de plusieurs statuts, préventeur et psychologue par exemple, ils cherchent à être réaffirmés dans leur mission de prévention, pour éviter toute confusion de rôles. Cela peut être enfin des psychologues ou des ergonomes qui n'ont pas de statut de préventeur, par exemple des consultants sollicités pour donner un conseil en organisation aux dirigeants qui, face à une situation très délétère, tentent de négocier un statut en prévention. Comparés aux autres intervenants en santé au travail, ces professionnels de la prévention ont moins de latitude pour organiser les débats avec les salariés. Il leur faut souvent négocier des conditions *ad hoc*, notamment pour permettre aux salariés de s'exprimer sur les écarts entre le prescrit et le réel, sans prendre le risque d'être sanctionnés. Cependant, ensuite, leur statut de préventeur leur procure davantage de marges de manœuvre. Si nécessaire, ils peuvent faire valoir leur droit de réserve. Ils peuvent aussi communiquer sur l'ampleur et la nature des problèmes de santé au travail et, le cas échéant, rappeler chacune des parties prenantes – employeur, représentants du personnel, cadres par exemple – à ses obligations pour les engager à agir en SST et à clairement inscrire l'intervention dans le cadre de l'ensemble des actions menées en prévention dans l'entreprise.

DONNER À VOIR LES PROCESSUS DE SANTÉ AU TRAVAIL À L'ŒUVRE

L'observation a aussi montré que pour accompagner une action collective et collaborative centrée sur

l'organisation, il était nécessaire de donner à voir les processus de dégradation et de construction de la santé au travail qui sont à l'œuvre dans l'entreprise. Généralement, en début d'intervention, employeurs et salariés focalisent leur attention sur des problèmes de RPS isolés, qui ne concernent qu'une personne ou un petit groupe de personnes. Ils centrent leur analyse spontanée sur des facteurs individuels ou interindividuels, invoquant par exemple des problèmes d'incompatibilité d'humeur ou de personnalités difficiles. Dans toutes les interventions analysées, on a observé que, en réaction, les intervenants commencent tous par observer dans quelle mesure des problèmes similaires sont survenus dans d'autres unités de travail ou à d'autres époques. En opérant ainsi, les intervenants recherchent également si ces phénomènes trouvent des causes dans le travail. Quand l'existence de processus engageant la santé au travail est constatée, les intervenants invitent les différentes parties prenantes à prendre du recul. Ils prennent aussi systématiquement soin de souligner la concomitance de processus de dégradation de la santé au travail et de processus de construction de la santé, soulignant par là même que, face à des situations délétères similaires, des salariés parviennent à se prémunir, voire à agir, à se coordonner pour réunir de meilleures conditions de travail. Mettre en évidence des situations délétères permet d'impliquer les différentes parties et de poser la question en termes de santé au travail. Donner à voir les capacités de certains salariés à construire leur santé au travail constitue un moyen d'ouvrir le débat sur les possibilités d'agir. Sachant que certains salariés sont parvenus à créer des marges de

Coopération entre intervenants et médecins du travail en prévention des risques psychosociaux

manœuvre ou un pouvoir d'agir pour travailler en santé, il est alors plus aisé d'engager l'employeur à parler de l'activité et à permettre aux salariés d'en débattre. Les salariés eux-mêmes ont davantage de faculté à en parler et à rechercher ensemble des ressorts d'action.

ORGANISER UNE COLLABORATION ENTRE INTERVENANTS ET MÉDECINS DU TRAVAIL

Cette mise en évidence des processus de construction et dégradation de la santé au travail est essentielle pour tous les intervenants et elle redouble d'intérêt pour ceux qui n'ont pas de mission affirmée ni, *a fortiori*, de statut en prévention. Parce qu'elle permet de souligner l'existence d'un lien entre santé et travail, elle rend l'intervenant légitime pour poser la question de la santé au travail et renvoyer l'employeur à son obligation de sécurité de résultat. Si de surcroît un acteur reconnu et légitime de la SST, doté de connaissances en droit et d'un statut qui facilite son énoncé, vient confirmer leur analyse et finir de rappeler la règle, l'intervention a plus de chance d'aboutir. Parmi ces acteurs, les médecins du travail peuvent jouer un rôle essentiel car ils sont en rapport très étroit avec les entreprises. Ils ont les contacts les plus réguliers et souvent les plus durables avec les salariés et les employeurs des entreprises dont ils ont la charge. Le cas ci-après décrit le rôle décisif d'un médecin du travail pour confirmer un psychologue du travail dans son rôle face à une situation de santé au travail très délétère. Il décrit aussi la manière dont leur collaboration s'est nouée.

UNE INTERVENTION MENÉE EN COOPÉRATION : LE CAS D'UN CABINET JURIDIQUE

L'ORGANISATION EST MARQUÉE PAR DES VIOLENCES INTERNES TRÈS DÉLÉTÈRES

Le cas décrit ici concerne un psychologue formé à la psychodynamique et exerçant dans un service de santé au travail. Un de ses collègues médecin du travail le sollicite régulièrement pour recevoir en consultation individuelle les salariés d'un grand cabinet d'expertise juridique. Les salariés expriment tous une grande souffrance et font part de situations de violence interne. Le psychologue reçoit ainsi un jour en consultation un salarié qui décrit des altercations répétées avec un des associés. Il évoque des insultes et des gestes humiliants subis devant ses collègues. Il décrit une scène violente lors de laquelle l'associé lui demande de quitter son bureau pour s'installer dans un couloir aveugle. Il décrit une forme de tyrannie et un processus faisant de lui un bouc-émissaire, et il exprime un profond sentiment d'injustice et d'humiliation. De plus en plus dépressif, un arrêt maladie lui est prescrit. Il engage alors un travail avec un psychiatre. Le système d'assurance maladie lui permet de prendre le temps du soin et d'envisager la suite. Au bout de quelques mois, la question de son retour dans le cabinet se pose et il rencontre le médecin du travail et le psychologue du service de santé au travail dans le cadre des dispositifs de maintien en emploi.

En parallèle, le médecin du travail reçoit d'autres témoignages de salariés qui décrivent d'autres scènes

de violence, impliquant toujours le même associé, et il oriente ces salariés vers le psychologue. Tout le monde est informé de la situation. Des témoins sont souvent présents, mais aucun ne prend la défense des personnes violentées. Bien que restés muets, les salariés témoins n'en sont pas moins sensibles. Au contraire, ils sollicitent des entretiens auprès du médecin qui les oriente à nouveau vers le psychologue du travail pour évoquer combien ils se sentent à la fois honteux et démunis. Par ailleurs, les absences répétées des salariés les plus affectés contribuent à altérer l'organisation du travail et à créer des tensions avec les employés restés en poste.

LE PSYCHOLOGUE ET LE MÉDECIN DU TRAVAIL RÉFÉRENT CO-CONSTRUISENT UN PROJET D'INTERVENTION

Forts de ces informations, le médecin du travail et le psychologue exposent le cas du cabinet juridique en réunion pluridisciplinaire. Le médecin coordonnateur et le médecin du travail en charge de cette entreprise sont convaincus de l'intérêt de mettre en place une action collective et de définir ensemble une stratégie adaptée. Cependant, le médecin du travail en charge de l'entreprise affirme que la mise en œuvre est impossible compte tenu de la position dominante de l'associé dit « tyrannique ». Ce dernier détient une part majoritaire du cabinet, cabinet qui par ailleurs domine le marché local. Autrement dit, cet associé dispose non seulement d'une position dominante dans l'entreprise, mais également sur le marché du travail local dont dépendent ses salariés. Si ces derniers veulent

quitter son cabinet, ils ont deux solutions : quitter la région, auquel cas ils peuvent retrouver un poste dans leur spécialité ; rester dans la région, auquel cas ils doivent changer de secteur économique. À titre d'exemple, le salarié évoqué plus haut a finalement opté pour cette seconde solution à l'issue de son arrêt maladie, après avoir négocié une rupture conventionnelle car il ne souhaitait pas revenir. La rupture conventionnelle négociée par son avocat lui permettait également de ne plus avoir à parler à son ancien employeur. Quelque temps après, d'autres salariés en souffrance psychique sollicitent une analyse de leurs conditions de travail et aspirent à être déclarés médicalement inaptes à leur poste de travail pour pouvoir à leur tour quitter l'entreprise et disposer de l'aide de l'assurance chômage, le temps de trouver un autre emploi. Le médecin du travail quitte alors ses fonctions. Un confrère reprend ses dossiers et reçoit à son tour des salariés du cabinet en détresse psychique. Pour l'éclairer, le psychologue réunit tous les éléments dont il dispose et dresse une analyse du processus de dégradation de la santé psychique au travail dans le cabinet. Concrètement, il reconstitue une chronologie des altercations dont on lui a fait part et il décrit, pour chacun des salariés rencontrés, l'évolution de ses conditions de travail et de sa santé psychique déclarées, en s'appuyant sur des indicateurs standards en médecine. Cette évaluation de la santé au travail perçue repose sur l'évaluation de la satisfaction au travail et sur l'évaluation de l'apparition de certains troubles (troubles du sommeil, perte d'appétit, difficultés de concentration, sentiment

de fatigue). Le médecin coordonnateur encourage alors le nouveau médecin du travail à rencontrer les dirigeants du cabinet. Le médecin accepte et demande au psychologue de l'accompagner.

LE PSYCHOLOGUE ET LE MÉDECIN NÉGOCIENT L'INTERVENTION CLINIQUE AVEC LES DIRIGEANTS

Tous les associés sont présents. Le médecin introduit la visite. Il commence par rappeler son rôle : conseiller l'employeur pour prévenir les risques professionnels. Il poursuit en décrivant la situation particulière du cabinet : la fréquence des sollicitations des salariés, la recrudescence des conflits liés au travail rapportés et l'augmentation des symptômes dépressifs exprimés. L'associé « tyrannique » abonde dans son sens et revient sur les altercations régulières entre deux assistantes : « *Une histoire de bonnes femmes. Elles se crêpent tout le temps le chignon* ». Le psychologue intervient alors et interroge l'associé sur le contenu du travail de ces deux assistantes. Elles exercent les mêmes fonctions : contrôler certains documents officiels dont la formulation doit obéir à des règles strictes pour être recevables par les services de l'État. Il s'agit d'un travail minutieux, répétitif et souvent ingrat. Il faut reprendre les formulations des associés et autres collaborateurs qui apportent la principale plus-value de l'activité du cabinet. Ce travail n'en est pas moins primordial. L'économie du cabinet dépend également de sa réussite. Le psychologue poursuit son interrogation et demande à comprendre l'évolution de ce métier, ainsi que celle du secteur. Les associés se prêtent volontiers

à l'exercice. Le métier comme le secteur se sont informatisés. Beaucoup de tâches administratives et répétitives ont disparu. D'autres, plus complexes, sont apparues. L'évolution de la réglementation a profondément réformé le secteur et oblige chacun à se tenir informé constamment pour faire évoluer ses pratiques. Enfin, le psychologue interroge ses interlocuteurs sur la manière dont les deux assistantes ont progressé. Quel est leur parcours dans le cabinet ? Comment ont-elles évolué dans leur manière de collaborer avec les uns et les autres ? À leur arrivée, il y a plus de 25 ans, elles étaient six à exercer la même fonction. Désormais, elles ne sont plus que deux et elles n'ont pas évolué de la même manière. L'une corrige les documents qui lui sont donnés de manière très autonome. L'autre, au contraire, revient régulièrement vers les rédacteurs pour opérer des vérifications. Quelquefois, elle repasse derrière le travail de sa collègue et, selon les associés, c'est à cette occasion que les conflits éclatent entre elles.

Alors que les associés avaient commencé par se focaliser sur le conflit interpersonnel entre les deux assistantes, mettre en regard leur parcours, l'histoire du cabinet et l'évolution du secteur, les a conduits à mettre eux-mêmes à jour certaines des origines professionnelles du conflit. Le psychologue les a alors invités à poursuivre, en proposant de discuter d'une hypothèse. Les solutions trouvées par l'une des deux assistantes pour se conformer aux nouvelles règles du métier ne créent-elles pas moins de conflits dans l'organisation que celles trouvées par sa collègue ? Échanger entre elles sur le travail ne leur permettrait-il pas de mieux travailler

Coopération entre intervenants et médecins du travail en prévention des risques psychosociaux

ensemble et de mieux se coordonner avec les autres membres du cabinet ? Pour s'en assurer, il faudrait pouvoir prendre le temps d'analyser leur manière d'opérer. Une analyse de l'activité sur la base de trois jours d'observation, d'une demi-journée d'entretiens individuels et de plusieurs séances de travail en groupe inspirées de la méthode de l'auto-confrontation croisée est proposée. L'idée apparaît pertinente aux trois associés et rendez-vous est pris pour se revoir et présenter le projet aux deux salariées. Après cette rencontre et quelques jours de délai de réflexion, laissés volontairement par le psychologue, les deux assistantes adhèrent au projet.

L'intervention débute par une première journée d'observation. Après un long silence, les deux assistantes commencent à parler de questions d'informatique, puis du travail et enfin des conflits entre les associés et les autres salariés. Un rendez-vous est pris pour une demi-journée d'entretiens individuels. Le psychologue laisse, là encore, volontairement un temps de latence. En entretien, chacune raconte son travail. Elles l'exercent totalement différemment. Elles n'utilisent pas les moyens informatiques de la même manière. Elles ne sont pas attentives aux mêmes règles de contrôle des services de l'État. La première assistante reprend davantage les écrits qui lui sont soumis que la seconde. Elle repasse également derrière sa collègue, alors que l'inverse ne se produit jamais. Par ailleurs, elle s'absente régulièrement pour des raisons de santé, ce qui perturbe l'équipe. Quand elle s'absente, sa collègue doit faire le travail pour deux et, à son retour, sa collègue est excédée de devoir subir ses critiques. Enfin, elles n'ont pas les mêmes stratégies de défense : tan-

dis que la première s'exprime dans le registre de la plainte, la seconde s'y refuse.

Pourtant, toutes les deux disent devoir faire face aux mêmes problèmes. Alors que, longtemps, leur activité était centrale et qu'on en parlait abondamment dans le cabinet, elle est devenue désormais périphérique. Alors que, longtemps, leur travail était considéré comme une plus-value, désormais, elles ont le sentiment qu'il ne représente plus qu'un coût. Alors que leurs collègues ont suivi des formations pour faire face aux évolutions du métier, elles n'en ont pas reçue depuis plusieurs années. Enfin, elles ne supportent plus les tensions dans l'organisation. Dès qu'une altercation a lieu dans le cabinet, elles ferment la porte de leur bureau pour ne pas entendre. Les deux jours d'observation suivants seront l'occasion d'échanger sur leurs problèmes communs et sur la manière dont elles y font face. Chacune tour à tour se met à son poste pour donner à voir son travail au psychologue et à sa collègue et échanger sur leurs pratiques. C'est le moyen opérationnel que le psychologue a trouvé pour organiser une forme d'auto-confrontation croisée malgré les contraintes de temps.

LE PSYCHOLOGUE PERMET À TOUS D'OPÉRER DES DÉPLACEMENTS

De cette manière, les assistantes sont parvenues à opérer un déplacement, c'est-à-dire à se détacher de leur première représentation de la situation et des buts qu'elles poursuivaient, pour observer la situation sous un autre angle, en évaluant d'autres manières possibles d'opérer, dans un but autrement plus constructif. Concrètement elles ont commencé par élaborer ensemble une analyse commune de leurs difficultés majeures. Alors que les

délais de traitement des dossiers ont été considérablement réduits, les exigences se sont accrues. Il leur faut toujours plus de rigueur et de tact sans que jamais elles n'aient la possibilité d'en discuter entre elles ou avec les associés et les autres membres du cabinet. Elles doivent chercher des solutions seules, y compris pour s'informer sur les évolutions des règles de métiers. Fortes de ce constat, elles comprennent qu'elles se sont elles-mêmes laissées « piéger » (c'est leur expression) par leurs querelles et qu'elles ont intérêt désormais à collaborer. Elles expriment également le souhait de pouvoir se réunir régulièrement avec les associés pour qu'elles n'aient plus à assumer seules la régulation de leur travail.

Parallèlement, des entretiens ont lieu avec chacun des associés sur les mêmes questions de travail et le psychologue commence à rédiger une première version du rapport à remettre aux différentes parties. S'agissant d'un rapport élaboré dans le cadre des activités d'un service de santé au travail, il doit être validé par le médecin du travail référent et le psychologue considère cette astreinte comme une ressource. Pour lui, c'est un moyen de discuter de son travail. C'est aussi un moyen de travailler ensemble sur leurs représentations de la situation et d'opérer à leur tour un déplacement. C'est enfin un moyen de construire avec le médecin l'argumentation qu'il déploiera auprès de l'employeur pour soutenir cette initiative.

Ensemble, le médecin du travail et le psychologue font le choix de rédiger un rapport court et argumenté. Les analyses et les préconisations élaborées avec les salariés sont résumées et les points de concordance avec les analyses des dirigeants sont soulignés. Les analyses détaillées et les questions de

débat sont présentées uniquement à l'oral, devant les trois associés qui se montrent enthousiastes. Ils sont surpris de voir à quel point les deux assistantes changent de comportement. Les conflits entre elles ont disparu et elles apparaissent désormais complices et coopérantes. Les associés apprécient aussi que les conclusions du rapport corroborent leur conception du métier. L'un dit que les assistantes sont des juristes et qu'« *un bon juriste doit savoir discuter et avoir des discussions* ». Pour lui, il était donc essentiel que des réunions d'information et de discussion aient lieu sur ces questions. Un échange se tient alors à propos du travail des assistantes. Alors que, jusqu'à présent, les associés avaient toujours affirmé qu'elles avaient une fonction de « contrôle », ils affirment désormais qu'elles ont une mission de « conseil ». Entretemps, leur représentation du métier a évolué, autrement dit un déplacement s'est opéré. Saisissant l'opportunité, le psychologue demande aux associés comment ils envisagent l'accompagnement de ces juristes. Des propositions sont formulées, à propos de la gestion des délais notamment. Une discussion s'engage également sur la manière dont les autres salariés du cabinet, considérés dès lors eux aussi comme des juristes, peuvent être accompagnés à leur tour.

SALARIÉS, PSYCHOLOGUE ET MÉDECIN DU TRAVAIL ONT RETROUVÉ DES MARGES DE MANŒUVRE POUR UN TRAVAIL EN SANTÉ

Depuis, les deux assistantes ont continué d'exercer leur solidarité entre elles et ont conservé leur pouvoir d'agir sur leur travail. Elles ont également développé des moyens de défense vis-à-vis de la violence interne au travail. L'associé « tyran-

nique » notamment continue de se montrer cordial avec elles. D'autres collectifs ont émergé dans le cabinet. Cependant, les associés ont conservé leurs pratiques managériales. Le médecin du travail et le psychologue continuent de recevoir régulièrement des plaintes. Des conflits surviennent, systématiquement ramenés à des différends interpersonnels. Salariés et associés n'interrogent jamais spontanément les causes du travail, ayant ainsi peu appris de la démarche déployée par le psychologue. En revanche, le service de santé au travail a gagné en légitimité et les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont désormais en capacité d'intervenir, à la demande. Autrement dit, si l'appui du médecin du travail au psychologue fut décisif pour démarrer cette intervention et la mener à son terme, il a également renforcé la posture et les marges de manœuvre de l'ensemble de l'équipe, et du médecin en particulier, pour permettre aux salariés de travailler en santé. De ce point de vue, ce cas est illustratif des autres interventions étudiées.

DISCUSSION

LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS DU TRAVAIL ET INTERVENANTS PERMET DE FONDER LA LÉGITIMITÉ DE L'INTERVENTION

Les collaborations entre médecins du travail et intervenants en santé au travail sont essentielles parce qu'elles permettent de fonder la légitimité des interventions.

Quand l'intervenant est un intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) comme ici, le médecin est non seulement responsable devant l'employeur, mais

l'employeur attend aussi qu'il lui démontre le bien-fondé de l'intervention. La démonstration de l'IPRP à elle seule ne suffit pas, à tel point que quand il n'y a pas de praticien dans un service de santé au travail, l'IPRP doit invoquer sa figure pour pouvoir convaincre l'employeur. Deux situations de cette nature ont été observées, dans deux établissements hospitaliers différents. Chacun était doté d'un service de santé au travail autonome, avec un infirmier et un psychologue, mais sans médecin. Dans les deux établissements, les psychologues recevaient régulièrement des salariés en difficulté et avaient trouvé le moyen d'organiser des groupes de travail pour rechercher des moyens d'agir. Cependant, faute de médecin du travail, aucun n'avait les moyens de convaincre les dirigeants. Au sein de leur service de santé au travail autonome, il n'y avait personne pour rappeler la mission du service, ni l'obligation de l'employeur. Dans ces conditions, il était devenu très difficile pour les psychologues de démontrer leur légitimité à intervenir collectivement sur des questions de santé au travail. Il n'y avait pas davantage d'acteur institutionnel pour porter l'analyse et les préconisations qu'ils avaient coproduites avec les salariés. Dans un établissement, le psychologue s'était substitué au médecin. Concrètement, il avait écrit à la direction qu'en l'absence de médecin du travail, il se voyait placé dans l'obligation de relayer l'alerte des salariés et de rappeler la direction à ses obligations générales de sécurité et à ses obligations spécifiques vis-à-vis des personnes ayant développé des pathologies professionnelles, précisant les références juridiques correspondantes. Dans le second établissement, le psychologue s'était appuyé sur les

Coopération entre intervenants et médecins du travail en prévention des risques psychosociaux

médecins du service de pathologie professionnelle de la région. Ces derniers avaient reçu en consultation plusieurs salariés de l'établissement et disposaient de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une dégradation de la santé au travail.

Dans les autres interventions qui impliquent d'autres types d'intervenants, comme les agents de CARSAT, les consultants ou les préventeurs internes, la collaboration avec le médecin du travail n'est pas systématique. Cependant, les observations réalisées dans le cadre de l'étude à l'origine de cet article montrent que, à chaque fois qu'une collaboration a eu lieu, elle a été décisive. Les intervenants concernés ont apprécié notamment que les médecins du travail des entreprises dans lesquelles ils étaient intervenus aient analysé les données disponibles et démontré, le cas échéant, l'existence d'un lien entre l'évolution du travail et la dégradation de la santé au travail. En qualifiant ainsi le problème en termes de santé au travail, les médecins ont contribué à légitimer l'intervention. Ils ont fourni également des éléments d'analyse qui ont été utilisés dans le débat et dans l'action.

LA COOPÉRATION ENTRE INTERVENANTS ET MÉDECINS PERMET DE MIEUX SOUTENIR LE TRAVAIL DE PRÉVENTION DANS L'ENTREPRISE

De leur côté, les médecins ont apprécié de pouvoir collaborer avec des intervenants exerçant d'autres métiers. Comme dans le cas du cabinet juridique, ils ont apprécié que les intervenants documentent plus avant la compréhension du travail. Par quels mécanismes le travail a-t-il contribué à dégrader la santé des travailleurs ? Comment, ici, leurs

mécanismes de défense se sont-ils érodés ? Comment là, au contraire, des travailleurs ont-ils réussi à créer des marges de manœuvre ? Comment pourraient-ils faire émerger les conditions d'un travail en santé ?

Dans ces collaborations, la contribution des autres acteurs institutionnels de la prévention, comme les contrôleurs CARSAT et les inspecteurs du travail, a été aussi souvent très appréciée, car ils permettent de mieux préciser les droits et les devoirs de chacune des parties. Les acteurs institutionnels ont souvent aussi ajouté des astreintes (délais à respecter, comptes rendus à réaliser) en même temps qu'ils ont indiqué à chacune des parties des solutions opérationnelles pour mieux organiser et soutenir le travail de prévention dans l'entreprise. Dans de nombreux cas, inspecteurs du travail et contrôleurs CARSAT ont rappelé certaines règles de fonctionnement des CHSCT et autres instances, comme les obligations de définition des ordres du jour et de rédaction des comptes rendus de séance, qui peuvent favoriser ce travail. Dans certains cas, des contrôleurs CARSAT ont aussi indiqué comment organiser des comités de pilotage, voire des délégations d'enquête paritaires, pour s'assurer que, tout le long du processus d'intervention, le dialogue perdure entre les représentants de l'employeur et les représentants des salariés, et faciliter *in fine* l'appropriation et la mise en œuvre des solutions élaborées. Dans d'autres cas, contrôleurs et inspecteurs ont indiqué également des moyens juridiques de protection de la parole des salariés et comment faire valoir leur droit de retrait quand ils étaient exposés à un danger. Ils ont permis également aux intervenants eux-mêmes de mieux définir leur posture, de bien délimiter leur

mission et ainsi d'éviter les confusions de rôles susceptibles d'être invalidantes.

La contribution de ces acteurs institutionnels ou du médecin du travail est d'autant plus décisive que la plupart des intervenants en santé au travail n'a pas connaissance des moyens que le droit peut offrir pour soutenir le travail de prévention en entreprise. L'étude à l'origine de cet article l'a démontré. Parmi les 27 intervenants expérimentés et longuement formés aux approches cliniques du travail, un tiers seulement avait reçu une formation approfondie dans le domaine du droit relatif à la SST. La plupart avait appris la réglementation à l'occasion du travail : dans le meilleur des cas, au contact de professionnels du droit et, dans le pire des cas, par tâtonnement. Dans le cadre de cette même étude, une enquête complémentaire, réalisée auprès de professionnels qui découvrent l'intervention en santé au travail dans le domaine des RPS, confirme que la plupart de ces nouveaux entrants a peu de connaissances en droit et a des difficultés sur les questions qui s'y rapportent. À l'inverse, l'expérience montre qu'un apprentissage des différents moyens de qualifier un problème de SST en droit est décisive. Quand, face à un problème de RPS, les intervenants savent quelles peuvent être les qualifications et, par conséquent, quelles peuvent être les parties concernées, les rôles que chacun peut jouer, leurs droits et leurs devoirs, il leur est plus aisé de soutenir l'ensemble des parties dans la réalisation de leur travail collectif de prévention [3]. Pour l'intervenant, les risques de perdre sa légitimité d'action sont aussi plus limités. Enfin, les chances de succès de son intervention sont plus élevées.

Autrement dit, que le médecin fasse référence ou non à la règle,

par sa seule présence, il rappelle l'employeur à ses obligations en matière de SST. Par sa seule présence, il peut ainsi permettre aux autres intervenants en santé au travail d'endosser une identité de préventeur et de réaffirmer les droits qui s'y rapportent, pour eux, pour les salariés et pour les autres parties prenantes. Cependant, cela suppose que les domaines de la prévention dans lesquels se déroulera l'intervention et les règles avec lesquelles elle s'effectuera aient été précisées. Si ni le médecin du travail, ni l'intervenant sollicité ne le font eux-mêmes, il est important qu'un tiers institutionnel (un agent de CARSAT ou un inspecteur du travail) puisse le faire. Par ailleurs, il importe que le médecin ait pu démontrer qu'une action en prévention est légitime et ensuite qu'une transformation puisse s'opérer. Autrement dit, il faut que le médecin ait pu vérifier la matérialité des expositions professionnelles ou réuni un faisceau d'éléments concordants qui lui permettent de relier état de santé et travail. Or, dans ce domaine aussi, l'observation a montré qu'une coopération étroite entre le médecin du travail et l'intervenant pouvait être déterminante.

LA COOPÉRATION DANS LA DÉMONSTRATION D'UNE MATÉRIALITÉ DES LIENS ENTRE ÉTAT DE SANTÉ ET TRAVAIL PEUT FACILITER LA PRISE DE LA MESURE DU PROBLÈME

Dans le cas du cabinet juridique, c'est bien parce que l'intervenant avait préparé ce travail que le médecin du travail a pu évaluer le bien-fondé de l'action et trouver ensuite les arguments pour convaincre l'entreprise. Le psychologue s'était appuyé sur tous les éléments en sa possession pour permettre au

médecin de mettre en évidence l'existence d'un lien entre le travail et la santé psychique perçue par les salariés. « *Je parle comme un psychologue du travail, mais je donne des éléments [dont] les médecins peuvent se servir. Je vois bien qu'ils quantifient. [...] Alors, j'objective les situations. Je cherche à donner à voir des éléments de symptomatologie, dans leur discours à eux* », analysait-il. Ses confrères, qui ont été interrogés sur leurs expériences et avec qui il a débattu de ses pratiques, cherchent également à adresser leurs analyses aux médecins et aux autres acteurs de la prévention avec qui ils collaborent pour leur permettre de construire des argumentations conformes aux attendus de leur mission. Dans ce cadre, les moyens qu'ils emploient pour objectiver les données dont ils disposent sont comparables.

La comptabilité des actes significatifs constitue un premier moyen d'objectivation. Ainsi, les IPRP comptabilisent les visites. Ils donnent à voir aux médecins le nombre de visites spontanées, le nombre de visites prolongées au-delà de 20 minutes, le nombre d'orientations auprès du psychologue. Les IPRP et les autres intervenants évaluent également la fréquence des alertes, ainsi que les indicateurs plus courants en gestion des ressources humaines tels que les absences ou le *turnover*. Par ailleurs, chacun traite les données collectées auprès des salariés en entretien individuel lors de consultations ou à l'occasion de ses enquêtes. Bien qu'en entretien, tous privilégient l'écoute et posent par conséquent peu de questions fermées, chacun s'emploie à repérer des phénomènes cumulatifs. C'est ainsi que, typiquement, dans le cas du cabinet juridique, le psychologue avait mis en évidence la recrudescence des conflits au travail et des violences internes. Il avait

également relevé l'intensification des expressions des difficultés rencontrées et des effets sur la santé psychique déclarée par les salariés reçus, en citant ses interlocuteurs, sans les nommer. Le procédé est courant. Les intervenants listent ainsi fréquemment des extraits d'entretien pour permettre à leurs interlocuteurs de prendre la mesure non seulement de l'ampleur du phénomène observé mais aussi de son intensité. Ainsi, bien que les *verbatim* ne soient pas des données quantitatives, leur accumulation permet d'obtenir une estimation. Les *verbatim* ont aussi l'avantage de pouvoir donner à voir les phénomènes dans différentes dimensions comme l'intensité, l'intensification, la dégradation, l'effet cumulatif ou l'effet systémique. Enfin, pour compléter leur analyse, certains intervenants utilisent quelques questions proposées dans des standards internationaux sur l'état de santé et le travail. Avec les salariés du cabinet juridique, le psychologue du travail l'a fait lorsqu'il a comptabilisé les salariés qui manifestaient des troubles du sommeil, de l'attention et de l'appétit. Certains de ses confrères le font de manière plus systématique encore et interrogent d'autres troubles possibles. Ils se réfèrent à la quarantaine de questionnaires utilisés dans les démarches de diagnostic et de prévention du stress et des risques psychosociaux au travail, que l'INRS a analysés de manière détaillée [4]. Généralement, ces intervenants sélectionnent une dizaine de questions dans un même questionnaire pour les poser à tous les salariés qu'ils rencontrent. Il s'agit d'un usage raisonné. Les questions sont choisies en fonction de leur capacité à analyser le cas de l'entreprise considérée et à révéler les liens qui peuvent y exister entre santé et travail. Plus précisément, ces questions

Coopération entre intervenants et médecins du travail en prévention des risques psychosociaux

sont choisies pour évaluer l'ampleur des problèmes que les intervenants ont identifiés en première approche et que les différentes parties prenantes ne voient pas ou discernent mal. Une fois collectées, les données sont discutées avec l'ensemble des acteurs de la santé au travail impliqués, pour que chacun puisse construire son argumentaire et favoriser ainsi le déploiement de l'intervention et, plus généralement, le travail de prévention. Quand les résultats approchent des scores élevés, il arrive que ces données soient utilisées pour démontrer que des seuils d'alerte ont été dépassés. En effet, les questionnaires choisis étant utilisés dans des enquêtes nationales, voire internationales, il est possible de comparer les éléments recueillis sur la santé au travail dans l'entreprise avec les résultats de grandes enquêtes et de démontrer, le cas échéant, que la dégradation de la santé au travail ayant dépassé des limites rarement franchies ailleurs, le facteur de risque professionnel est objectivé. Dans le domaine des risques psychosociaux, où la législation n'a pas défini de valeur limite d'exposition professionnelle, ce type de comparaison a ainsi quelquefois permis à des intervenants de conduire l'ensemble des parties à s'interroger comme s'il y en avait eue.

LA COOPÉRATION DANS LA DÉLIMITATION DE L'OBJET DE L'INTERVENTION ET DU PROBLÈME À TRAITER FACILITE L'ADHÉSION À LA DÉMARCHE DANS L'ENTREPRISE

En mettant ainsi en visibilité les problèmes de santé au travail, l'intervenant peut ainsi coopérer avec le médecin du travail à la documentation de la matérialité des liens entre état de santé et

travail et à la construction d'une argumentation à la fois juridique et démonstrative, pour tenter de convaincre l'employeur de prendre la mesure du problème. Pour autant, convaincre de prendre la mesure du problème ne signifie pas définir la manière dont le problème doit être posé. Or, bien souvent, un même problème peut être abordé de manières différentes et chacune des formulations n'intéresse pas les parties de la même manière. L'intervenant doit être par conséquent très attentif dans ses propositions et, sur ce point encore, l'observation montre qu'une collaboration étroite entre l'intervenant et le médecin peut être déterminante. Le cas du cabinet juridique en constitue une bonne illustration.

Le problème majeur du cabinet était un problème de violence interne. Tout le monde s'était toujours accordé pour dire que cette violence émanait en grande partie du dirigeant « tyrannique ». Tout le monde avait décrit une forme de harcèlement caractérisée. Cependant personne ne voulait se risquer à aborder les dirigeants par ce moyen, pas même le second médecin du travail qui a accepté de les rencontrer. La solution adoptée a été proposée par le psychologue : donner en premier la parole au médecin référent pour qu'il puisse démontrer la nécessité de prendre la mesure des conflits dans l'organisation et de leurs conséquences sur la santé des travailleurs, puis laisser les dirigeants s'exprimer sur les conflits de leur choix et les interroger sur le contexte du travail dans lequel ces différends ont émergé. De fait, immédiatement après que les dirigeants eurent porté leur choix sur les conflits entre les deux assistantes, le psychologue les a interrogés sur l'acti-

tivité des assistantes et les a invités à prendre du champ. « *J'ai joué la politique du pied dans la porte* », analysait-il. Comme ses confrères associés à l'étude, il a invité ses interlocuteurs à décentrer leur attention des incompatibilités d'humeur entre les salariées en cause, pour centrer leur attention sur leur activité et la manière dont chacune s'était adaptée aux évolutions du métier. Les dirigeants ayant analysé que la première assistante avait adopté des manières de faire conflictuelles, alors que l'autre semblait avoir trouvé des solutions plus opérationnelles et plus facilement acceptées tant par ses collègues que par les services de l'État avec lesquels elle devait travailler, il devenait intéressant d'analyser leur travail plus en détail, pour trouver des solutions au conflit. En agissant ainsi, le psychologue a aussi réussi à impliquer les dirigeants. Ils se sont montrés intéressés parce que les questions qui leur ont été posées sur le travail des assistantes et sur les évolutions du secteur avaient également trait à leur propre expertise professionnelle et parce qu'en se prêtant à l'exercice du jeu de questions-réponses, ils ont pris la mesure de l'importance du travail des deux assistantes pour la bonne réalisation de leur propre activité. « *Cela a marché parce que [la question] a embarrassé les dirigeants* », analysait un autre intervenant associé à l'étude, à l'occasion d'une des réunions d'échanges sur leurs pratiques.

Ainsi, le projet d'intervention a pu être présenté parce que l'intervenant et le médecin du travail ont arrêté ensemble la définition d'un problème général qu'ils pensaient pouvoir poser aux dirigeants. Pour eux, comme pour tous les intervenants qui agissent ainsi en coopé-

ration, c'est la condition *sine qua non* de leur collaboration dans l'élaboration d'un projet. Ce projet en particulier a été ensuite accepté parce que l'intervenant a recherché, dans le domaine général choisi, un élément qui constituait un problème pour les dirigeants, en posant pour la première fois la question de l'activité : l'activité des salariées mises en cause et leur propre activité de dirigeant. Selon un autre ergonome associé à l'étude, « pour que l'intervention fonctionne, il faut trouver [l'élément] qui va accrocher, car c'est à partir de là que va pouvoir se tisser la possibilité » d'une intervention. « L'enjeu c'est que [notre interlocuteur] accepte de bosser sur ce qui lui fait problème dans son activité » déclarait un autre ergonome IPRP. « Il faut accrocher quelque chose de [son] expérience et [...] de ce qu'il a à gérer » ajoutait un psychologue. Ensuite, il faut « aller éclairer le problème un peu autrement, pour pouvoir le mettre en discussion » avec lui et les autres parties prenantes, selon un autre ergonome IPRP.

Dans la plupart des cas étudiés, l'observation du problème sous un autre angle et la mise en discussion ont démarré dès la première rencontre avec les décideurs, selon un procédé toujours identique, en prenant du champ. « On crée un embarras en partant d'une perception initiale [et] en donnant à voir d'autres choses, à d'autres échelles » de temps et de lieu, selon un ergonome consultant. Comme évoqué plus haut, l'attention ne se porte plus seulement sur la ou les quelques personne(s) ou service(s) soupçonné(s) d'être responsable(s). Elle porte aussi sur d'autres services, voire sur l'organisation tout entière et le secteur dans lequel elle exerce son activi-

té. Les processus sont observés sur des temps différents : plus longs ou au contraire plus courts. Enfin, les intervenants donnent aussi à voir dans le même temps ce qui se dégrade dans l'activité, ce qui crée des problèmes de santé au travail et ce qui se construit, « la capacité dans certaines situations de certains salariés à tenir » dit un ergonome consultant, à créer les conditions d'un travail en santé. C'est nécessaire « pour que dans l'entreprise, on commence à entrevoir ce que l'on peut construire, [...] pour pouvoir passer à autre chose ». C'est essentiel pour finir de convaincre les dirigeants de l'intérêt de l'analyse et du débat sur l'activité. Cette opération est également fondamentale pour les intervenants eux-mêmes qui rappellent combien ils doivent être attentifs à ce qui se produit pour eux s'ils veulent pouvoir engager un processus constructif pour les autres dans l'organisation.

LA COOPÉRATION DANS L'ÉLABORATION DU PROJET FACILITE L'ÉMERGENCE DES CONDITIONS D'UN TRAVAIL EN SANTÉ ET RENFORCE INTERVENANTS ET MÉDECINS DANS LEUR POSITION RESPECTIVE

L'intervenant reproduit ensuite le même procédé tout le long du processus d'intervention avec chacun de ses interlocuteurs : les salariés, les dirigeants et tous les autres partenaires de l'action. En procédant ainsi, l'intervenant poursuit toujours le même objectif : mettre en évidence à la fois les contradictions existantes et l'étendue du champ des possibles pour intéresser, à titre personnel et à titre collectif, chacun de ses interlocuteurs au débat sur l'activité et à la recherche des moyens de travailler

en santé. Concrètement, en même temps qu'il accompagne un travail collectif, l'intervenant porte une attention à chacun. Il s'intéresse à l'activité de son interlocuteur, à ses difficultés et à ses possibles, pour lui permettre de saisir comment il peut contribuer à la fois à construire sa propre santé au travail et à construire celle des autres. « Notre travail est [de] soutenir cette capacité, que chacun prenne individuellement quelque chose de cette dynamique de groupe, qui elle-même est la condition du déplacement et du changement du travail » selon un ergonome consultant. « C'est la déconstruction des défenses et le soutien à la reconstruction de défenses différentes en fonction de la transformation des situations » selon un IPRP psychologue.

Quand cette manière de procéder a été négociée avec les décideurs, il est plus aisé pour l'intervenant de poursuivre le projet avec les autres parties prenantes. L'inverse est aussi vrai. Quand le travail d'enquête est sur le point de s'achever, que les salariés ont considéré la situation sous d'autres perspectives, qu'ils ont débattu de leur manière différente d'opérer, qu'ils ont envisagé ensemble d'autres manières de travailler en santé et qu'ils ont formulé des demandes pour permettre l'avènement des changements auxquels ils aspirent, il est plus aisé de négocier avec les décideurs qui y ont été préparés dès les premiers temps de l'intervention. Il est aussi plus aisé de travailler avec les autres acteurs de la prévention, parties prenantes au projet, s'ils ont été familiarisés avec la démarche. Dans le cas du cabinet juridique, c'est ce qui a permis aussi à l'IPRP et au médecin du travail de retrouver individuellement et collectivement leurs marges de

Coopération entre intervenants et médecins du travail en prévention des risques psychosociaux

manœuvre dans cette entreprise, pour poser la question de ce que le travail peut faire à la santé des salariés et aider ces derniers à développer leurs propres défenses.

CONCLUSION : DE L'IMPORTANCE DU TRAVAIL EN INTERDISCIPLINARITÉ DANS L'INTERVENTION

Au final, l'expérience a montré que, face à des situations très dégradées, même avec les approches cliniques du travail qui ont été éprouvées, il pouvait être difficile pour un intervenant d'engager employeurs et salariés à travailler sur les RPS sans un statut clairement défini, pour lui et pour les autres parties. Intervenir en dehors du champ de la prévention, c'est prendre le risque de perdre en légitimité et de mettre les autres parties en danger. Éclairer le problème posé du point de vue du droit constitue, à l'inverse, un moyen d'affirmer, pour chaque partie, un statut en prévention qui est davantage protecteur. Cela facilite aussi l'intervention.

Or, si pour les intervenants qui sont, par ailleurs, des acteurs institutionnels ou légitimes de la santé, il est facile de rappeler la règle, cela est plus difficile pour les autres.

Pour les IPRP, les consultants et les préventeurs internes en particulier, la collaboration avec un médecin du travail s'avère souvent nécessaire. Par sa simple présence, le médecin du travail peut aider l'intervenant à fonder la légitimité de son intervention. Si leur coopération se poursuit plus avant dans la démonstration de la matérialité des liens entre état de santé et travail puis dans la définition de ce qui fait problème dans l'entreprise et de ce qui pourrait faire l'objet de l'intervention, il est plus aisé

d'emporter la conviction des décideurs et de faciliter l'émergence des conditions d'un travail en santé. Sur le long terme, les médecins du travail et l'ensemble des équipes pluridisciplinaires sont aussi susceptibles de (re)trouver des marges de manœuvre pour permettre aux salariés de travailler dans des conditions moins délétères.

L'auteur remercie vivement les 27 intervenants en santé au travail qui ont participé très activement à cette étude.

POINTS À RETENIR

- Pour intervenir dans des situations de travail dégradées en termes de risques psychosociaux, se positionner en tant que préventeurs donne de la légitimité aux intervenants, permet des débats avec salariés et employeurs et facilite l'adoption de solutions élaborées collectivement.
- Donner à voir les processus de dégradation et de construction de la santé dans l'entreprise documente les liens entre santé et travail, confirme la légitimité de l'intervention, encourage l'intérêt de toutes les parties prenantes et facilite l'adoption de mesures.
- La collaboration entre intervenants en santé au travail et médecins du travail renforce leurs marges de manœuvre respectives.
- Coopérer entre intervenants et médecins du travail dans la démonstration des liens entre santé et travail permet de légitimer chacun dans son rôle et de faire saisir plus facilement la mesure des problèmes aux employeurs et salariés.
- Coopérer entre intervenants et médecins du travail dans la délimitation de l'objet de l'intervention favorise l'adhésion des employeurs et salariés à la démarche.
- Coopérer entre intervenants et médecins du travail facilite l'émergence des conditions d'un travail en santé.

BIBLIOGRAPHIE

<p>1 LAPOIRE-CHASSET M - Les leviers d'intervention en santé au travail face aux risques psychosociaux. In: PEZET-LANGEVIN V (Ed) - Prévention des risques psychosociaux (RPS) : méthodes et pratiques.</p>	<p>Dossier DO 25. Hyg Sécur Trav. 2019 ; 255 : 38-42.</p> <p>2 LAPOIRE-CHASSET M - Dire le droit pour faire face aux risques psychosociaux et construire la santé au travail. <i>Droit Soc.</i> 2017 ; 2017/2 (96) : 257-72.</p>	<p>3 BENOÎT M - Passer d'une situation d'alerte RPS à une demande de prévention. In: PEZET-LANGEVIN V (Ed) - Prévention des risques psychosociaux (RPS) : méthodes et pratiques. Dossier DO 25. Hyg Sécur</p>	<p>Trav. 2019 ; 255 : 32-37.</p> <p>4 LANGEVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A - Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail. Dossier médico-technique TC 134. <i>Doc Méd Trav.</i> 2011 ; 125 : 23-35.</p>
---	--	---	---