

## **Elus CHSCT face aux « Risques psychosociaux »**

### **Comprendre l'hétérogénéité des pratiques**

**Paul Bouffartigue et Christophe Massot**

(Aix-Marseille Université-CNRS-LEST)

30 ans après leur création, l'activité des CHSCT reste largement à explorer. Cet article souhaite y contribuer, au travers d'un angle d'observation limité à l'un des acteurs de cette instance – les représentants des salariés<sup>1</sup> – et à un type de risque - les « RPS »<sup>2</sup>. Cette instance spécifique de représentation du personnel peut être jugée à la fois « solide dans ses principes » et « socialement fragile » (Dugué et al., 2012). Pour elle, les « RPS » constituent à la fois un défi redoutable et une opportunité d'avancer vers la prise en compte des dimensions organisationnelles. Comment les représentants des salariés font-ils face à ces enjeux de santé mentale ? Une enquête conduite auprès d'élus du personnel ayant suivi une formation aux « RPS » montre la diversité de leurs modes d'appropriation de ce nouvel enjeu de santé au travail. Leurs pratiques peuvent être situées à partir de quatre pôles, construits au croisement de deux dimensions de leur espace d'action : le rapport de force syndical, et l'ouverture ou non d'un débat sur les enjeux de qualité de la production dans l'établissement. Les CHSCT ne semblent impulser une véritable prévention des « RPS » qu'à la rencontre d'une vitalité syndicale et d'une ouverture des directions aux enjeux de qualité.

## **1. Une instance fragile, des défis redoutables**

Inscrits dans une longue histoire d'élargissement, par étapes, de l'accès de la représentation du personnel aux domaines de la sécurité, de l'hygiène et des conditions de travail dans l'entreprise, les CHSCT, institués en 1982, sont obligatoires dans les établissements de plus de 49 salariés. Leurs prérogatives ont été régulièrement étendues, avec notamment la possibilité de recourir à l'expertise en cas de risque grave ou de projet important modifiant les conditions de travail (1991), et l'intégration de la dimension mentale de la santé (2002). Le taux de couverture des établissements par cette instance s'améliore avec leur taille –59% des 50 à 99 salariés, 96% des plus de 500 (Dares, 2007). Reste que son existence ne signifie ni l'effectivité de ses droits, encore moins son engagement dans l'ensemble de son champ d'action<sup>3</sup> : « il existe deux pôles minoritaires (...) : un premier où le CHSCT intervient sur des questions d'HS et les intègre dans une approche plus large, intervient aussi sur des thèmes à plus forte

---

<sup>1</sup> Les deux autres types d'acteurs y sont le – ou les – représentants de la direction, et des acteurs extérieurs à l'entreprise (médecin et inspecteur du travail, conseillers en prévention de la Carsat)

<sup>2</sup> Expression que nous mettons systématiquement entre guillemets, compte tenu des controverses légitimes dont elle fait l'objet.

<sup>3</sup> Par exemple, le recours à l'expertise est très peu utilisé : seulement 3 à 400 des 25 000 CHSCT y recourraient chaque année (Sorignet et Spire, 2012)

connotation organisationnelle, est consulté sur les projets importants ; un second où le fonctionnement du CHSCT se résume au respect a minima de certains formalismes, sans que l'instance ait une réelle vie ni mène de quelconques actions de terrain. Entre les deux, la majorité des monographies révèle un champ d'action fortement marqué, dans la pratique, par son caractère instable et souvent soumis à controverse, voire conflictuel » (Dugué et al., p. 46). D'autres travaux insistent sur la fréquence du premier type de CHSCT : « beaucoup fonctionnent comme des appendices (voire des supplétifs) au service sécurité » (Litim et Castejon, 2010). S. Granaux (2011) nomme « CHSCT patronal (...) ce type de CHSCT, majoritaire au sein des établissements de la chimie, où l'action des élus est en phase avec la politique de l'employeur ».

En tout état de cause, il s'agit d'une « construction sociale fortement marquée par la contingence », compte tenu de la « tension fondatrice » qui les caractérise, entre « la nécessité de construire son autonomie comme Institution Représentative du Personnel sans laquelle le point de vue sur le travail et la santé aurait beaucoup de difficultés à être défendu, et la nécessaire construction de convergences entre les logiques présentes dans l'entreprise sans laquelle une action pour l'amélioration des conditions de travail peinerait à être réellement efficace » (Dugué et al., p. 29).

Les facteurs de fragilisation de cette instance sont nombreux. Ils vont souvent dans le sens d'une distance croissante entre une aire potentielle d'action juridiquement en extension, et la réalité des moyens humains, matériels et cognitifs de l'investir de manière continue. Citons : une faible présence syndicale ; le poids culturel de l'orientation revendicative autour du compromis fordien, dévalorisant les enjeux du travail relativement à ceux du salaire et de l'emploi (Trentin, 2012) ; la manière dont le chômage de masse et l'insécurité de l'emploi entretiennent ces tendances ; des directions d'entreprise et un management peu habitués au dialogue social et sous influence des conceptions technicistes et taylorienne de la sécurité ; l'insuffisance des moyens des services de l'administration du travail et de la sécurité sociale (médecine et inspection du travail, Carsat).

Pour autant le paysage n'est pas figé. Depuis une quinzaine d'année, l'omniprésence des préoccupations liées à l'emploi ne fait plus – ou plus autant – écran à la dégradation des conditions de travail et de la santé au travail, comme en témoignent l'explosion des TMS depuis les années 1990, et l'apparition du thème des « RPS » depuis les années 2000. Dans la plupart des organisations syndicales on observe des signes d'inflexion vers les questions du travail et de la santé au travail (Goussard, 2012 ; Théry, 2009 ; Chassaing et al., 2011). C'est que les transformations du travail tendent à radicaliser les tensions qu'elles animent sur le plan des approches, pratiques et cognitives, des liens avec les enjeux de santé. Les nouvelles formes de mal-être au travail peuvent faire l'objet de deux lectures contradictoires, impliquant deux orientations normatives (Clot, 2010-a). Selon la première, les travailleurs sont « trop petits » face à la montée des exigences de l'organisation du travail. Il convient alors de les soigner quitte à s'orienter vers un « nouvel hygiénisme » accompagné d'un « coussin compassionnel ». Second la seconde, ce sont les travailleurs qui sont « trop grands » face à une organisation du travail en incapacité de leur donner les ressources pour réaliser un travail de qualité. C'est donc le travail qu'il faut soigner, en facilitant la délibération et le conflit sur la qualité du travail, à la fois au sein des collectifs de professionnels, et entre eux et le management. Et c'est parce que la catégorie de « RPS » ne permet pas de sortir aisément de la première des visions – même si le rapport du collège des experts fait des pas dans ce sens (Gollac et Bodier, 2011) - qu'elle peut faire l'objet de critique.

On le voit, face aux « RPS », les élus des salariés sont face à un défi à la fois redoutable et passionnant : redoutable, car il risque de les enfermer dans les impasses de l'approche indivi-

dualisante et compassionnelle ; passionnant car il peut ouvrir la voie, plus que d'autres types de risques professionnels, à la mise en débat du travail et de son organisation. Et s'ils suivent cette piste, c'est toute la culture de délégation des enjeux de santé au travail à des experts qui interviennent de l'extérieur de l'expérience et des savoirs des producteurs qui est bousculée : plus encore que la santé physique, la prévention de la santé mentale – si tant est que l'on puisse les séparer - peu-elle faire l'économie de l'engagement et de l'expertise des premiers intéressés ?

## 2. Profils d'élus ayant suivi une formation aux « RPS »

La place de la formation étudiée dans les parcours de ces élus<sup>1</sup> varie considérablement, selon qu'il s'agisse de militants aguerris et en position de responsabilité syndicale plus importante que celui de leur CHSCT, ou de syndiqués récents – voire de non syndiqués - qui ne bénéficient pas de la même expérience et du même recul sur les enjeux de santé au travail. Nous avons distingué quatre profils. Les deux premiers sont opposés sur le plan de l'importance de l'expérience et des responsabilités syndicales. Les deux suivants sont définis par le type de contextes professionnels dans lequel ils agissent.

### 2.1. *Des militants aguerris*

Irma, 50 ans, kinésithérapeute, participe au CHSCT de son établissement de santé, depuis une quinzaine d'années. Elle est syndiquée à la CGT, où elle occupe des responsabilités à l'échelon de l'UD et de la Fédération. La formation intervient dans la foulée d'une crise et d'une mobilisation locale sur les conditions de travail, qu'Irma associe étroitement à la question des « RPS ». Si la participation à la formation a été une opportunité qui s'est présentée au moment d'un épisode « chaud », celui d'une mobilisation collective dans l'établissement, elle s'insère dans une activité multiforme et assez rare autour des conditions de travail et de la santé au travail, que ce soit dans le cadre du CHSCT, ou de l'action du syndicat. La formation s'inscrit donc dans un parcours riche en apprentissages et en expériences.

### 2.2. *Des novices des risques professionnels*

A l'opposé, sans doute plus nombreux dans la population des élus CHSCT en formation « RPS » de l'IRT, on trouve ceux qui exercent depuis peu ce mandat, après avoir été un certain temps simple syndiqués « de base », ainsi que ceux qui ne sont pas syndiqués.

C'est le cas de Anne-Laure, aide soignante dans une clinique privée. Non syndiquée, en fin de carrière, elle a décidé simplement de « s'investir » dans la vie de l'établissement il y a trois ans, en entrant au CHSCT. Elle considère que les conditions de travail sont plutôt meilleures que dans d'autres cliniques. Elle est en cours d'apprentissage de l'exercice de son mandat, mais connaît encore très mal les données de base sur le personnel de la clinique. Elle avait fait une première formation « RPS » en début de mandat mais avoue en avoir oublié l'essentiel.

---

<sup>1</sup>Cette enquête s'inscrit dans une recherche plus vaste soutenue par l'ANR, « STRIPAP » portant sur le jeu des acteurs sociaux dans la construction et l'action sur les « RPS ». Réalisée pour le compte de la Direccte-Paca, l'enquête tente d'évaluer l'appropriation des savoirs transmis en formation lors de stages « RPS » organisés par l'IRT d'Aix-en-Provence de 2010 à 2012. Les 26 élus rencontrés travaillent dans 18 établissements, ont une appartenance syndicale diverse (principalement CGT et CFDT), quelques-uns ne sont pas syndiqués. Les établissements sont tous de taille petite ou moyenne, parfois multi-sites, et relèvent très majoritairement des services. Trois des 18 CHSCT ont eu recours à une expertise « RPS ». Dans quelques autres les « RPS » sont « visibles » ou « sensibles » (harcèlement, violences, suicide ou tentative de suicide), sans qu'il y ait eu un tel recours. Dans d'autres enfin ce type de risque n'est pas, ou pas encore, identifié nettement comme tel.

Cette formation a cependant été le point de départ d'une prise de conscience du rôle possible du CHSCT, alors que ce dernier n'a eu longtemps qu'une vie fantomatique dans l'établissement. Elle a donc décidé de suivre une seconde fois cette formation, en mars 2011. Elle est en cours d'appropriation des prérogatives du CHSCT et de la question des RPS. Elle découvre que les déclarations d'accidents du travail par la DRH ne sont pas signalées en temps utiles, et qu'ils apparaissent généralement sous un intitulé inadéquat, comme « TMS ». Elle réalise également que le DUE (Document Unique d'Evaluation des risques professionnels) a été établi il y a plusieurs années de manière très formelle. Reste que la question des « RPS » prend surtout pour elle la forme de trois cas singuliers de harcèlement ou d'agression, et qui, s'ils l'interpellent et l'amènent parfois à agir en tant qu'élue CHSCT, restent mis sur le compte de la psychologie des agresseurs. Elle ne parvient pas à mettre en relation ces cas individuels avec des problèmes d'organisation du travail dans la clinique, et s'avoue largement démunie pour intervenir à leur endroit, autrement que par ses interventions au CHSCT. Et elle reconnaît sa difficulté à définir les « RPS ».

Hermine, en fin de carrière elle aussi, est cadre de promotion dans une banque. Longtemps syndiquée de base à la CGT, elle représente depuis peu son syndicat au CHSCT. Comme Anne-Laure, elle connaît mal les données de base sur le personnel de son établissement. Mais elle découvre avec intérêt que cette instance a davantage de pouvoir que ce qu'elle pensait, et revient enthousiaste de la formation de l'IRT. Difficile pour elle, pour l'instant, d'aller au-delà de la mise à l'ordre du jour du CHSCT des questions de santé mentale, ainsi que d'une vigilance nouvelle sur le mode d'élaboration du DUE. Elle déclare également une attention accrue aux situations de souffrance qu'elle peut découvrir au cours des visites des agences, et qui se traduit par des interventions discrètes de sa part auprès de la DRH afin d'essayer de trouver une solution aux cas individuels les plus critiques. Chez elle aussi, la vision des « RPS » demeure assez psychologisante.

### *2.3. Des syndicalistes isolé-e-s*

Ces syndicalistes sont en grande difficulté pour agir sur les « RPS », comme sur les risques professionnels en général, car ils sont à la fois trop dépourvus de ressources internes à l'établissement – faiblesse de l'équipe syndicale, souvent associée à l'hostilité patronale – et trop coupés de ressources externes, qu'il s'agisse de celles de leur organisation syndicale ou des institutions de protection de la santé au travail (médecine et inspection du travail, CARSAT...). Ici il s'agit moins de fragilité au plan de prédispositions ou capacités d'action personnelles, que de fragilité ou d'absence des réseaux sur lesquels s'appuyer pour agir.

### *2.4. Des syndicalistes en recherche d'action*

Certains militants ont beau développer une analyse complète et complexe des sources organisationnelles des « RPS », ils n'en avouent pas moins leur difficulté à s'emparer de ce thème. Elodie, syndicaliste CGT dans une entreprise de service, décrit de manière précise le contexte qui engendre une dégradation des conditions du travail, mais dit se sentir impuissante, comme devant une « montagne » : impossibilité de mettre en débat ce contexte au sein du CHSCT ; activité syndicale prisonnière d'autres urgences revendicatives ou institutionnelles. Johane est éducatrice dans une association du secteur médico-social, syndiquée à Solidaires. Son analyse des causes et des manifestations des « RPS » est très complète, très fine, assez proche du diagnostic formulé par Yves Clot en termes de « travail empêché ». Elle signale ainsi le recul des espaces collectifs. Elle pense que le travail ne peut plus être mis en débat car il n'est plus séparé des questions de personne. Or son contexte professionnel n'est pas non plus celui d'un désert syndical. Dans les deux cas la direction s'abrite derrière les contraintes budgétaires pour justifier ses choix organisationnels et euphémiser leurs implications en termes de

« RPS ». De plus elle se sent isolée des autres membres du CHSCT, moins sensibles qu'elle à la santé mentale au travail.

Ces exemples montrent le contraste qui peut exister entre une capacité d'analyse des sources des « RPS », et la difficulté à obtenir des résultats tangibles dans le domaine de leur prévention, y compris quand la visibilité sociale du problème dans l'établissement a conduit à l'intervention de consultants.

## **3. Orientations d'action sur la santé mentale au travail : une typologie**

L'activité de prévention des risques psychosociaux par les représentants du personnel recouvre une grande diversité de pratiques et obtient des résultats très différents. L'enjeu est ici de proposer un ordre, encore largement exploratoire, à cette diversité des pratiques. En ce sens, il s'agit plus de proposer un cadre de réflexion que d'expliquer les ressorts d'une action.

### **3.1. Deux logiques de différenciation : le rapport de force syndical et le conflit sur la qualité**

Nous posons deux types de question à l'activité de prévention pour construire notre proposition d'ordre. Parvient-elle à mobiliser les outils institutionnels de prévention des RPS ? Parvient-elle à ouvrir le débat sur la qualité du travail ? Expliquons-nous sur ce double questionnement.

#### 3.1.1. Les rapports de forces syndicaux

L'écart est important entre certaines entreprises, notamment certaines grandes entreprises, où s'est constitué un certain rapport de force sur les conditions d'emploi, et d'autres entreprises, petites ou moyennes, où les droits des représentants du personnel et le droit social élémentaire sont largement ignorés, ou refusés (Coutrot, 2009 ; Kornig, Verdier 2008). Mais même les élus des grandes entreprises disent leur difficulté à entretenir et renouveler le rapport de force pour faire valoir leurs droits. Sans un CHSCT fonctionnant selon les règles de droit soutenues par un rapport de force suffisant, les élus ne peuvent activer leurs capacités de prévention des RPS telles que prévues par les règles institutionnelles et le droit social (Graux, 2011).

De plus faut les rapports de force syndicaux se sont en général construits sur des revendications davantage liée à l'emploi - le salaire, les conditions d'emploi - qu'à la prévention de la santé mentale, ou même de la santé physique, et donc qu'aux conditions et à l'organisation du travail (Trentin 2012). Même accompagné par un syndicalisme fort, le CHSCT peut ainsi n'avoir occupé qu'un rôle secondaire en regard ce celui tenu par le CE ou les délégués du personnel. Un rapport de force est une condition nécessaire mais non suffisante de la capacité d'action du CHSCT.

Enfin une force syndicale vivante est le signe d'une certaine vitalité du collectif de travail. Cette vitalité du collectif est en elle-même un outil de prévention de la santé mentale des salariés, indépendante de toute protection institutionnelle. Nous faisons l'hypothèse qu'un collectif de travail vivant est en capacité de prendre soin de ses membres et de produire les formes vivantes de sa représentation. A l'inverse, l'absence de vie syndicale peut traduire une anomie d'un collectif. Nous trouvons alors un cercle vicieux où plus le collectif est atone, moins il est capable de prendre soin de ses membres et de constituer un rapport de force syndical, donc

plus ses membres sont fragilisés, incapables de constituer un collectif vivant. Dit autrement, rapport de force, collectif vivant et soin collectif sont corrélatifs.

### 3.1.2. Les dynamiques du débat des qualités du travail

L'analyse de la problématique des risques psychosociaux (RPS) par la clinique de l'activité se refuse à considérer que le travail soit soudainement devenu toxique ou que les travailleurs aient vu leurs capacités de défenses chuter collectivement (Clot, Lhuilier, 2010). L'apport de la clinique de l'activité est d'inscrire la question du pouvoir d'agir du salarié au centre de la question de la santé au travail. C'est « privé de la possibilité de métamorphoser son milieu professionnel en monde habitable et de s'y transformer lui-même, que celui qui travaille court les plus grands risques » écrit Yves Clot (Clot-b, 2010), prolongeant là les travaux de Georges Canguilhem sur la santé<sup>1</sup>. Ce n'est que lorsque le salarié est privé de la capacité à transformer son environnement que sa santé est mis en danger.

Le salarié peut construire sa santé mentale non pas quand il est « protégé » du travail ou de l'intensité du travail, mais au contraire quand il a la possibilité de s'y « confronter ». L'ouverture du conflit sur ce que sont et étaient, sur ce que doivent et pourraient être les qualités et les moyens du travail permet de construire les cadres dans lequel la capacité du sujet au travail à transformer son environnement peut se déployer (Clot, 2008). La fermeture de la parole conflictuelle sur la qualité du travail signe la perte de la capacité du sujet à agir sur l'environnement. Le conflit refermé, le pouvoir d'agir se dérobe, les effets délétères de la passivité peuvent grandir.

Nous ne chercherons pas, dans cet article, à comprendre les dynamiques par lesquelles ce débat sur la qualité du travail, dans un établissement donné, s'ouvre ou, au contraire, se referme, même si ces dynamiques sont un sujet actuel d'étude<sup>2</sup>. Nous utilisons l'existence du débat sur les qualités du travail comme une variable explicative de la réalité de la prévention de la santé mentale au travail. Nous considérons ici ce débat comme ouvert dès lors que les représentants du personnel témoignent de leur participation ou de la participation de collectifs de travail à ce débat. De plus, pour ne pas être seulement une discussion sans objet, ce débat doit amener des actions de transformations du travail.

## 3.2. Une typologie provisoire

En croisant la force/faiblesse du rapport de forces syndical et l'ouverture/fermeture du débat sur la qualité du travail, nous obtenons quatre possibilité de prévention des « RPS » par les élus du personnel dans les CHSCT.

---

<sup>1</sup> « Ce qui caractérise la santé c'est la possibilité [...] d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles », Canguilhem G. ([1966], 1984).

<sup>2</sup> Ce questionnement est celui du colloque organisé par le DIM GESTES en juin 2013 : « Quelles actions pour un autre travail ? »

## Typologie des capacités de prévention des élus du personnel dans les CHSCT

	Rapport de forces syndical Fort	Rapport de forces syndical faible
Ouverture du débat sur la qualité	<p style="text-align: center;"><i>La prévention active</i></p> <p>Les représentants du personnel ont la capacité de faire valoir la position des salariés sur l'organisation et les qualités de travail.</p>	<p style="text-align: center;"><i>La prévention directe</i></p> <p>Le collectif de travail fait directement valoir sa position sur les qualités du travail sans l'intermédiaire des élus</p>
Fermeture du débat sur la qualité	<p style="text-align: center;"><i>La prévention formelle</i></p> <p>Les représentants du personnel peuvent faire valoir les outils institutionnels de prévention des RPS mais ne parviennent pas à agir sur l'organisation du travail et sur la qualité du travail</p>	<p style="text-align: center;"><i>La prévention empêchée</i></p> <p>Les représentants ne parviennent pas à faire valoir les droits syndicaux et à utiliser les outils de prévention des RPS. Les représentants comme le collectif de salarié ne peuvent pas faire valoir une autre qualité du travail.</p>

### 3.2.1. La prévention active

Ici les salariés sont des professionnels, dépositaires de fortes compétences individuelles et collectives indispensables pour que le produit atteigne le niveau de qualité requis. Les organisations syndicales disposent d'un système de relations professionnelles où le droit est respecté, permettant de faire valoir la position collective des salariés. Si les « RPS » apparaissent, ce peut être à l'occasion d'un dysfonctionnement organisationnel, d'une remise à niveau d'un atelier ou d'une organisation. L'activité des élus consiste à porter à la connaissance de la direction le problème issu d'une transformation du travail, et à proposer une possible solution d'organisation élaborée avec les salariés par la mise en discussion du travail.

Des représentants travaillant dans une salle de spectacle ont pu tenir ce type de prévention. « *La salle des couturières avait été faite en dépit du bon sens. Elles n'avaient pas de lumière du jour pour un travail qui demande pourtant beaucoup de précision. Il y avait beaucoup de fil électrique partout. Et certaines couturières sont assez âgées. Alors il y en a deux qui sont tombés... [...] Tout le monde commençait à vraiment stresser. Ça se plaignait. [...] On est allé voir les filles et on a discuté. On leur a demandé ce qu'elles voulaient et pourquoi et tout. Et on a refait les lieux. Et là elles pouvaient bien travailler. C'est vrai que maintenant elles ont toutes la banane jusque là. [...]. Parce qu'on est allé voir le directeur après avoir fait notre enquête pour lui montrer [et lui dire combien ça coûtait]. Et le directeur évidemment il a dit oui. C'est son intérêt : il veut que le travail soit bien fait et qu'il n'y ait pas de problèmes !* » nous expliquent ce représentant du personnel. Sans utiliser les outils institutionnels de prévention de la santé, ces représentants ont ouverts, avec les salariés, la question du travail pour présenter une transformation de l'organisation compatible avec les contraintes budgétaires de l'établissement. Mais nous devons noter que ces représentants savent user des outils institutionnels quand le besoin s'en fait sentir. Dans les termes de la clinique de l'activité, élus, salariés et direction réunis ont pris soin collectivement, de la qualité du travail.

### 3.2.2. La prévention directe

Ce type de pratique, où la prévention s'effectuerait directement entre les salariés et la direction, sans l'intermédiation des élus du personnel par une mise en débat direct des qualités du travail, n'a pu être rencontré, par définition dans notre enquête conduite exclusivement auprès de représentant du personnel. Mais nous l'avons rencontré par ailleurs, par exemple dans de petites entreprises réunissant des professionnels qualifiés et où les direction restent attachées à une production de qualité.

### 3.2.3. La prévention formelle

Ici, les acteurs de la prévention disposent d'un bon rapport de force, mais les conditions du débat sur la qualité se dégradent, parce que les salariés perdent la main sur les process de production ou parce que la stratégie de la direction est davantage orientée par la recherche de la réduction des coûts que par le développement de la qualité. Si les élus parviennent à utiliser les outils institutionnels de la prévention, il n'inversent pas la dynamique de fermeture du débat sur la qualité du travail. Ils échouent à soulever la question du travail réel effectué par les salariés.

L'utilisation des outils institutionnels de prévention s'avère inefficace. Un représentant du personnel a vu ainsi six expertises successives pointer les problèmes de santé mentale au travail lors de ses mandats successifs au sein d'un CHSCT. *« Il y a eu six expertises chez nous en quelques années ! Six ! Si on enlève l'expertise commanditée par la direction, elles sont toutes arrivées aux mêmes conclusion. [...] Mais que faire après ! Ça n'a rien changé parce que la direction ne veut rien entendre ! »* nous dit-il, ne sachant plus comment s'attaquer au problème. Les représentants parviennent à faire valoir les droits du CHSCT, mais sans conséquences sur le travail réel des salariés.. *« On est au goût du jour sur ce qu'il faut faire. Mais voilà, rien n'a changé. Que faire ? [...] C'est quoi la suite ? Nous on ne sait plus vers qui se tourner ! »* nous disent deux représentants d'un autre CHSCT. Les représentant multiplient les recours aux expertises, s'épuisent à activer les outils institutionnels et à faire connaître la dégradation de la santé mentale de leurs collègues. Mais sans « mordre » sur le travail réel.

Les représentants, avec les salariés, se trouvent finalement démunis, après avoir investi beaucoup d'espoir, de temps et d'énergie dans les outils institutionnels de prévention. Ils sentent ne disposer que d'un capacité formelle de prévention, dénuée d'un réel pouvoir de transformation du travail. Le rapport de force syndical apparaît alors lui-même factice. Ils se disent découragés, fatigués d'avoir déployé une activité de prévention qui se révèle peu efficace. Ils son guettés par le ressentiment, et risquent de s'isoler ou de renoncer au travail syndical *« Je me sens impuissant. On n'arrive pas à faire du préventif. Alors à quoi ça sert. Moi c'est mon dernier mandat ! Après j'arrête ! »* conclut, amer, un représentant. Et les salariés perdent eux-mêmes le désir de défendre un métier qui est devenu, à leurs yeux, invivable.

Certains élus cherchent à analyser l'échec de leur activité de prévention. Ils partagent souvent l'idée, au-delà du constat d'une insuffisance des moyens du CHSCT et du rapport de force syndical, que la prévention ne peut devenir effective qu'à la condition que le travail réel y soit débattu. *« C'est simple, pour moi : dans le DU on peut mettre le travail prescrit, et encore, avec beaucoup de travail. Pour tout te dire on n'y arrive même pas. Mais le le travail réel ? Jamais ! Et tant qu'on y arrivera pas, on continuera un théâtre gentil, mais inutile ! »* nous dit un représentant. Mais ils ne savent pas comment, depuis leur position de représentant, amener la question du travail réel dans l'enceinte du CHSCT ou, même, dans les rapports entre salariés.

### 3.2.4. La prévention empêchée

Ici, les élus ne disposent pas d'un rapport de force suffisant pour faire valoir le droit d'usage des outils institutionnels de prévention, et les salariés n'ont pas la maîtrise du processus de travail.

Cette configuration se rencontre quand l'activité de l'établissement fait l'objet d'une rationalisation néo-taylorienne – y compris dans les services quand, par exemple, des scripts langagiers cadenassent la relation au client - et que les formes d'emploi sont largement précarisées. Les représentants disent alors du travail qu'il est répétitif, ennuyeux et sans intérêt. Pour tenir le travail, il faut savoir « s'oublier » : *« Le poste a été très dur au début parce que c'est un poste où tu es toute seule. C'est très individuel. Mais maintenant je ne regrette plus du tout parce que je décroche complet. Je ne suis pas là. Je fais mon truc mécaniquement. Je pars loin. Je pars très loin... Je fais automatiquement les choses sans y penser. C'est la seule manière de tenir »* nous dit une représentante. Le travail sans qualité ne peut être défendu.

Les représentants ne parviennent pas à faire respecter les droits du CHSCT, donc à faire valoir le droit et la prévention des risques même « traditionnelles » : *« Il y a une sous-déclaration des accidents du travail. [...] Ce sont les ressources humaines qui font ça et souvent la personne reprend en fait dès le lendemain. Il y a eu une projection d'un gel corrosif dans un œil. Les pompiers ne sont même pas venus devant l'usine. Le gars, il est venu se faire chercher par un ami »*. Par exemple, les droits d'information du CHSCT sont souvent négligés, la direction ne remplissant que marginalement ses obligations. Le droit d'enquête, le DU ou le droit d'expertise ne sont pas utilisés par le CHSCT, même si les représentants constatent des situations où ils pourraient l'être. Ils ne disposent pas des ressources et de la capacité à faire valoir le droit dans leur établissement.

Les représentants se trouvent dans l'incapacité de donner un cadre collectif, juridique ou institutionnel à cette souffrance. *« Les salariés sont perdus. Ils n'osent pas ouvrir leur gueule, c'est déjà trop compliqué pour eux dans la vie et le boulot. Leur truc c'est : « je souffre en silence ». Et après je me mets en arrêt. Il y a des troubles du sommeil, de la boulimie et l'anorexie... Jusqu'à ce que ça aille plus loin ! »* nous dit, amer, un représentant du personnel. Les salariés vivent seuls leur souffrance.

## Conclusion

Est-il possible d'évaluer le rôle joué par la participation de membres de CHSCT à la formation « RPS » dans une dynamique d'appropriation des savoirs et des modes de prévention relatifs à la santé mentale au travail ? On mesure, au terme de cette enquête exploratoire, la difficulté de cet exercice, et la prudence avec laquelle on avance quelques résultats.

Incontestablement, la participation à la formation joue un certain rôle, positif, mais nécessairement modeste. Et ce, pour deux séries de raisons. La première est que ce n'est que l'une des séquences d'un processus d'apprentissage qui en comporte bien d'autres, même quand les participants sont plutôt des « novices » en la matière. La seconde est que l'action de prévention des « RPS » se révèle toujours extrêmement compliquée à déployer, même quand les conditions qui la favorisent – une équipe syndicale dynamique et bien implantée, une direction d'établissement attachée au dialogue social et attentive aux enjeux de qualité de l'activité - sont les plus favorables. Or les cas les plus nombreux sont ceux où aucune de ces conditions n'est remplie, se traduisant, quand des actions ont été tentées, par un désarroi, voire un ressen-

timent, au travers duquel La formation lui-même peut être perçue comme ayant été de peu d'utilité.

Cette tendance générale ne saurait surprendre quand on connaît à la fois les conditions réelles de l'activité de la plupart CHSCT, et leur difficulté à se saisir de ce risque « nouveau », encore largement piégé dans des approches managériales et psychologisantes. On peut penser que le plus souvent les « RPS » demeurent réduits, dans la perception qu'on ont les élus du personnel, à leur manifestation individualisée - harcèlement, violence, suicide -, qui, en tant que telle, les laisse démunis, en dehors du recours juridique. D'où l'intérêt, a contrario, des quelques exemples rencontrés, au travers desquels des syndicalistes déplacent franchement leur regard et leur action préventive du côté de l'activité de travail, de sa qualité, et de son organisation.

Poursuivre l'étude des pratiques des CHSCT face aux « RPS » implique d'élargir le regard à l'ensemble des acteurs qui influencent l'activité de cette instance : la rapidité avec laquelle les élus ont adoptés la catégorie d' « RPS » n'est-elle pas le signe du rôle important de ces autres acteurs de la prévention des risques professionnels que sont notamment les cabinets d'expertise et les représentants de l'administration du travail et de la sécurité sociale ?

# Références

Canguilhem G. ([1966], 1984), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris, p.130.

Chassaing K., Daniellou F., Davezies P., Duraffourg J (+) (2011), *Recherche action « Prévenir les risques psychosociaux dans l'industrie automobile : élaboration d'une méthode d'action syndicale »*, Emergences-CGT-Ires.

Clot Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Presses Universitaires de France, Paris.

Clot Y. (2010-a), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte.

Clot Y. (2010-b), « Au-delà de l'hygiénisme : l'activité délibérée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol.2 n°10, p.41-50.

Clot Y., Lhuillier D. (2010), *Travail et santé. Ouvertures cliniques*, Éditions Ères, Toulouse.

Coutrot T. (2009), « Le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) en France : une analyse empirique », *Travail et Emploi*, n°177.

DARES, « Les institutions représentatives du personnel : davantage présentes, toujours actives, mais peu sollicitées par les salariés », *Premières synthèses*, n° 05.1, février 2007.

Dugué B., Petit J., Pinatel C. (2012), *Les CHSCT, entre dispositifs et pratiques*, IPB-ENSC Bordeaux, janvier.

Granaux S. (2011), « Les CHSCT aux prises avec l'évaluation des risques du travail dans un contexte d'individualisation de la relation salariale et de déclin des représentations collectives. Quatre cas de figure et deux exemples de HSCT préventifs », *XIII èmes Journées Internationales de Sociologie du Travail, Bruxelles*, 25-27 janvier.

Gollac M., Bodier M. (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Avril.

Goussard L. (2012), « Travail et santé : un nouveau défi pour les organisations syndicales », *Les Mondes du travail*, p. 43-56.

Kornig C., Verdier E. (2008), « De très petites entreprises de la réparation automobile face aux normes publiques de la prévention des risques professionnels », *RFAS*, 2-3, p. 161-184.

Litim M., Castejon C. (2010), « Protéger la santé des travailleurs : pour que la mission du CHSCT ne devienne pas impossible », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 2, p. 139-150.

Sorignet P.-E., Spire N. (2012) « L'expertise CHSCT au prisme de la sociologie critique », Colloque *Bourdieu et le travail*, Paris, 13-14 décembre.

Théry L. (s/d). (2006), *Le travail intenable*, La Découverte, Paris.

Théry L. (2009), « Face à l'intensification, quand les syndicalistes interrogent leurs pratiques », *Mouvements*, n° 58, p. 117-124.

Trentin B. (2012), *La cité du travail. La gauche et le fordisme*, Fayard.