



Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, et du Dialogue social

*Mission Inspection santé sécurité au travail
Inspection générale des affaires sociales*

Souffrance psychique en lien avec le travail
dans les ministères sociaux :
constats et observations des inspecteurs santé sécurité au travail

Etabli par

Stéphanie HERRIG
Claudine PARAYRE
Vincent TIRILLY

- Rapport 2013 -

Sommaire

Présentation générale	p.5
PARTIE 1 - LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL, UNE REALITE QU'ON NE PEUT PLUS NIER	
L'ETAPE DU DIAGNOSTIC EN REGION : LES OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS DES ISST	P.7
I.1 - Délimitation du contenu de l'observation des ISST	p.7
I.2 - La souffrance au travail est présente dans toutes les ARS et DIRECCTE	p.8
<i>I.2.1 Presque toutes les structures reconnaissent l'existence de risques psychosociaux</i>	p.8
<i>I.2.2 Les situations de crise imposent une prise de conscience</i>	p.9
I.3 - L'étape du diagnostic : observations des ISST	p.10
<i>I.3.1 - Le recours aux prestataires extérieurs</i>	p.10
<i>I.3.2 - Le recours aux experts agréés</i>	p.10
<i>I.3.3 - Les questionnaires d'enquêtes</i>	p.11
<i>I.3.4 - Le recours à des méthodes impliquant le collectif</i>	p.11
<i>I.3.5 - L'utilisation d'indicateurs collectifs de vigilance</i>	p.12
PARTIE II – LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL: UNE DIMENSION NOUVELLE LIEE AUX REFORMES RECENTES	
REPERES POUR LA PRATIQUE DES ISST	p.13
II.1 L'expression des agents	p.14
<i>II.1.1 - Des ressentis en lien avec une mauvaise qualité des rapports au travail</i>	p.15
<i>II.1.2 - Des ressentis en lien avec des conflits de valeur</i>	p.16
<i>II.1.3 - Des ressentis en lien avec le fonctionnement hiérarchique</i>	p.18
<i>II.1.4 - Des ressentis en rapport avec les modalités de gestion des personnels</i>	p.19
<i>II.1.5 - Des ressentis portant sur les choix organisationnels</i>	p.21
II.2 - Des facteurs de risques objectivables	p.21
<i>II.2.1. Délimitation des facteurs de risques étudiés</i>	p.21
<i>II.2.2 Les conséquences de la RGPP, facteurs de risques de souffrance au travail</i>	p.22
<i>II.2.2.1 - Une restructuration générale des services de l'Etat</i>	p.22
<i>II.2.2.2 - Des changements permanents dans les structures</i>	p.23
<i>II.2.2.3 - Des baisses d'effectifs liés à la RGPP</i>	p.23
<i>II.2.2.4 - L'augmentation des charges de travail</i>	p.24
<i>II.2.2.5 - La concentration du pouvoir de décision au niveau régional</i>	p.25
<i>II.2.2.6 - La coexistence de cultures différentes</i>	p.25

PARTIE III - LA LENTEUR DES REPONSES FACE A LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL	p.27
OBSERVATIONS DES ISST EN REGION	p.28
III.1- Le contexte des plans ministériels	p.28
<i>III. 1.1 Rappel des principales mesures prévues</i>	p.28
III.1.1.1 - Dans le secteur santé.....	p.28
III.1.1.2 - Dans le secteur travail.....	p.29
<i>III.1. 2 Les plans ministériels vus des régions</i>	
III .2 - Les observations des ISST en région	p.29
<i>III.2.1 - Illustration des difficultés à s'engager dans l'action</i>	p.29
<i>III.2.2 - Eléments de synthèse</i>	p.32
PARTIE IV LES ENSEIGNEMENTS DES ACTIONS LOCALES A L'HEURE DE L'ACCORD FONCTION PUBLIQUE	p.35
ANALYSE ET PROPOSITIONS DES ISST	p.36
IV.1 Points de vigilance des ISST sur l'étape du diagnostic	p.36
<i>IV.1.1 - Le recours au prestataire</i>	p.36
<i>IV.1.2 - Le contenu de l'état des lieux</i>	p.37
<i>IV.1.3 -La méthode de recueil</i>	p.38
<i>IV.1.4 -L'utilisation d'indicateurs collectifs de veille</i>	p.38
<i>IV.1.5 - La mobilisation des acteurs</i>	
IV.2 Dialogue et échanges sur le travail : nouvelles pratiques repérées par les ISST	p.38
<i>IV.2.1 Le CHSCT</i>	p.39
IV.2.1.1 - Réalisation d'un pré-diagnostic de souffrance collective par le CHSCT.....	p.40
IV.2.1.2 - Enquête sur un cas individuel en impliquant des membres du CHSCT d'un autre département.....	p.40
IV.2.1.3 - La « régulation » de cas individuels en CHSCT.....	p.41
IV.2.1.4 - Le CHSCT et les instances de suivi et de pilotage.....	p.42
<i>IV.2.2 - Le cas particulier des dispositifs d'alerte pour les situations difficiles</i>	p.44
<i>IV.2.3 - Le dialogue social, au niveau local, au niveau national</i>	p.45
<i>IV.2.4 - L'employeur</i>	p.45
IV.2.4.1 Le rôle des services de ressources humaines au niveau local.....	p.45
IV.2.4.2 Environnement de travail et climat général : un facteur clé pour les ISST.....	
Annexe : Questionnaires et instruments pour l'analyse des risques	p.48

Présentation générale

En 2010/2011 les inspecteurs santé sécurité au travail (ISST) des ministères sociaux ont identifié la souffrance psychique en lien avec le travail comme une priorité dans leur programme d'action et ont réalisé un guide professionnel¹ prioritairement destiné à l'usage des ISST des ministères sociaux². En effet, la question de la souffrance au travail suscite des débats³ depuis plusieurs années et mobilise désormais de nombreux acteurs des ministères chargés de la santé et du travail.

Cette situation n'est pas propre aux ministères sociaux et a conduit le ministre en charge de la fonction publique à présenter un protocole d'accord cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique. Ce protocole, issu de plusieurs mois de concertation puis de négociation a été signé le 22 octobre 2013 avec les représentants des organisations syndicales et des employeurs publics. Il vise à intégrer durablement la prise en compte des RPS au même titre que les autres risques professionnels dans les politiques de prévention.

Pour ce qui concerne la mission permanente d'Inspection santé sécurité au travail des ministères sociaux, les ISST sont régulièrement interpellés en cas de situations de crise et participent à de nombreuses réunions des comités d'hygiène sécurité et conditions de travail (CHSCT) au cours desquelles la question de la souffrance au travail est abordée. Il a paru utile de faire un point de leurs constats et analyses dans les structures qui relèvent de leur compétence avant la mise en œuvre de l'accord. En effet ce dernier prévoit « la mise en place d'un plan national d'action de prévention des RPS dans la fonction publique qui se traduira par l'élaboration par chaque employeur public d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS ».

Principes directeurs

Dans la continuité du guide professionnel, le présent rapport prend d'une part le parti, au-delà de la question des risques psychosociaux, de reconnaître l'existence d'une souffrance psychique en lien avec le travail, risque pour la santé physique et mentale, d'autre part de ne pas occulter les débats sur le sens du travail, les missions et moyens, la qualité, les indicateurs. Partant de la centralité du travail, les ISST font porter leur analyse sur le fonctionnement des collectifs de travail, la place du dialogue social, l'expression des différents points de vue, l'engagement des responsables, le caractère transversal des approches et l'impact des actions engagées dans les objectifs généraux de la structure. Ces points de vigilance constituent autant de repères pour l'observation dans la pratique que pour la rédaction du présent rapport.

Cadrage méthodologique

▪ **Recueil d'informations**

Au cours de l'année 2013, dans l'ensemble des régions, à l'exclusion de l'administration centrale, les ISST ont recueilli l'essentiel des données à l'occasion de leur participation aux réunions des CHSCT et plus ponctuellement en prenant part à des groupes de travail ad hoc ou à des enquêtes ; ils ont

¹ « Souffrance psychique en lien avec le travail, expression des collectifs de travail : le rôle des Inspecteurs santé sécurité au travail dans leur mission de conseil et d'inspection », mission ISST, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des Solidarités et de la cohésion sociale », Février 2011.

² Le guide a été diffusé largement et fait l'objet de présentations notamment à des ISST relevant d'autres ministères.

³ Dès 2007, les organisations syndicales alertaient le ministère chargé du travail et demandaient l'intervention d'un expert sur la souffrance au travail sur ce sujet ; Christophe Dejourné (CNAM) fait une communication en CHS ministériel en mars 2007 ; en septembre 2007, un agent se suicide sur son lieu de travail.

complété ces informations par des entretiens avec des personnes ressources⁴ et par l'étude de divers supports documentaires : plans ministériels, documents syndicaux, rapports, études et travaux de recherche.

▪ **Champ du rapport**

Il couvre l'ensemble des agences régionales de santé (ARS), une dizaine d'établissements publics à caractère national et douze directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). En effet une partie des DIRECCTE relève de la compétence des ISST des ministères en charge de l'économie et des finances ; les ISST des ministères sociaux ne peuvent donc avoir une vue d'ensemble de la situation dans les DIRECCTE.

▪ **Données recueillies**

A partir des données de chaque structure, les ISST ont élaboré un tableau synthétique permettant de visualiser les grandes caractéristiques de la situation observée et de son environnement. Les principales informations systématiquement recueillies sont les suivantes :

- contexte : changement de directeur depuis moins d'un an, restructuration, réorganisation, déménagement.
- identification de la souffrance au travail : malaise ressenti, diagnostic.
- situation de crise : suicide, tentative de suicide, harcèlement.
- suites : plan d'action, comité de pilotage, rôle du CHSCT.

Au-delà de ces éléments généraux, un examen plus approfondi des résultats des enquêtes effectuées dans les structures et lorsqu'il y a lieu, des actions en cours, a permis d'enrichir l'analyse de données qualitatives. Les échanges avec les représentants de l'administration et des organisations syndicales ainsi qu'avec des personnes ressources ont apporté des informations indispensables à la compréhension de la situation et des différents points de vue.

Objectifs du rapport

Le rapport se présente comme un document de synthèse réalisé à partir des observations directes des ISST et des éléments objectivables qui ont pu être recueillis dans les régions, éclairés par des données de cadrage général au sein des administrations sociales, dans un double but :

- contribuer à un état des lieux sur la perception de la souffrance psychique en lien avec le travail, ainsi que sur les actions de prévention ou de gestion des situations de crise, à partir des observations en région ;
- partager des enseignements (écueils, nouvelles pratiques) des actions locales repérées en région, afin de déterminer des points de vigilance et pistes de réflexion, pouvant être utiles dans le cadre de la mise en place de l'accord relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique.

⁴ Professionnels de la santé au travail (conseiller de prévention, assistant de service social du personnel, psychologue du travail, médecin), organisations syndicales, services ressources humaines, directions.

PARTIE 1
LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL, UNE REALITE QU'ON NE PEUT PLUS NIER
L'ETAPE DU DIAGNOSTIC EN REGION : LES OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS DES ISST

Du déni à la reconnaissance

En 2011, les personnels d'une structure⁵ ont participé à une enquête sur les risques psychosociaux : il en ressortait l'expression d'un fort mal-être au travail, comparativement à d'autres établissements et à la population générale. Toutefois le directeur de la structure considérait que le tableau n'était pas particulièrement préoccupant malgré le recueil de déclarations de ressenti sur des comportements méprisants, déni de la qualité, atteinte dégradante, agressions verbales, peur au travail, conflits de valeurs, difficultés liées au pilotage et à la conduite d'équipes etc. Ce déni a provoqué une forte aggravation de la souffrance dans l'ensemble de la structure, encadrement supérieur compris, nécessitant plusieurs interventions extérieures, dont celle de l'ISST, pour amener à une modification de la situation.

S'agissait-il d'une situation isolée de déni de la souffrance au travail ? Paradoxalement alors que les risques psychosociaux faisaient l'objet de débats publics⁶, les ISST ont pu observer que de telles situations de non reconnaissance de la souffrance au travail n'étaient pas exceptionnelles. Et ce, même si des enquêtes nationales réalisées l'une auprès des ARS⁷, l'autre auprès des personnels relevant du ministère du travail⁸ ont démontré l'existence d'une souffrance au travail à la même période.

En 2013 le changement dans la perception de la problématique est notable, la réalité de situations de souffrance au travail individuelles (suicides, tentatives de suicides, suspicion de harcèlement) et /ou collectives s'est imposée progressivement.

I. 1 - Délimitation du contenu de l'observation des ISST

Pour cerner leur champ d'observation, les ISST se sont référés à la brochure de la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique « la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique », édition 2014. Elle indique que « le terme de risque psychosocial désigne donc un ensemble de phénomènes affectant principalement la santé mentale mais aussi physique des travailleurs. Ils peuvent se manifester sous diverses formes : stress au travail mais aussi sentiment de mal-être ou de souffrance au travail, incivilités, agressions physiques ou verbales, violences, etc. ».

Au regard de cette classification, il importe de préciser que les ISST ont fait porter leurs observations sur le sentiment de souffrance au travail qui peut revêtir différentes modalités d'expression (manifestations physiques, psychiques).

Par ailleurs, selon le rapport⁹ 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 « les facteurs psychosociaux de risque au travail mis en évidence par la littérature scientifique peuvent être regroupés autour de six axes. Ils sont relatifs à l'intensité du travail et au temps de travail, aux

⁵ Les indications sont délibérément floues ou imprécises quant aux services concernés par nos constats. Le terme générique « structure » est utilisé dans toutes les vignettes afin que le lecteur ne puisse identifier le service concerné.

⁶ Dès novembre 2009, l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique prévoit une action consacrée à l'« Évaluation et la prévention des problèmes de santé liés aux risques psychosociaux ».

⁷ Rapport Capital Santé, septembre 2011.

⁸ Rapport Capital Santé, juin 2011.

⁹ Coordonné par Michel Gollac, avril 2011.

exigences émotionnelles, à une autonomie insuffisante, à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, aux conflits de valeurs et à l'insécurité de la situation de travail ».

Il s'agit là des observations qui peuvent être faites directement auprès des individus au moyen de questionnaires d'enquêtes. Ces informations individuelles ne préjugent pas l'origine des facteurs de risques qui méritent en complément d'être également analysés afin de proposer des pistes de prévention et d'amélioration.

Aussi, les ISST ont fait porter leurs observations sur l'existence d'une recherche effective de l'origine des facteurs psychosociaux de risque au travail. Parmi les différentes approches en ce domaine, ils ont pris en compte notamment les réflexions menées par Yves Clot autour des notions de « travail bien fait/ travail empêché/ qualité du travail »¹⁰ ; en effet Y. Clot indique : « nos enquêtes révèlent un facteur important évoqué par les salariés, celui qui les met le plus en difficulté¹¹ : ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité ». Ce fil conducteur permet en effet de poser un regard centré sur le travail, son organisation et les conditions de travail, qui entrent dans le champ de compétence des CHSCT.

Les ISST ont donc également recueilli des informations sur les méthodes de diagnostic, leurs intérêts et limites.

1.2 - La souffrance psychique en lien avec le travail est présente dans toutes les ARS et DIRECCTE¹²

Les ISST ont constaté l'existence de souffrance au travail d'intensité plus ou moins forte, dans la presque totalité des structures où ils interviennent : toutes les ARS et toutes les DIRECCTE¹³ et la quasi-totalité des établissements publics nationaux (EPN). Pour ces derniers, on constate l'existence d'exceptions notables : il s'agit de structures qui ont été peu impactées directement par les réformes, où le dialogue social et l'engagement de la direction sont des atouts importants, permettant d'établir un climat général de qualité.

Si les ISST observent effectivement de la souffrance au travail, les structures elles mêmes préfèrent le plus souvent employer le terme de risques psychosociaux.

1.2.1 Presque toutes les structures reconnaissent l'existence de risques psychosociaux

Ils sont identifiés selon différentes modalités :

- en premier lieu, les témoignages des agents et les signalements des organisations syndicales :

En 2011, dans une structure départementale, une pétition signée par plus de la moitié des agents dénonce un contexte de malaise au travail. Elle est relayée par les syndicats auprès de la structure régionale. L'analyse de la situation mettra en avant des problèmes liés à la réorganisation et des difficultés interpersonnelles.

¹⁰ *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Yves Clot, Paris, La Découverte, 2010.

¹¹ Intervention d'Yves Clot, réunion débat organisée à la SNCF par l'Ugict CGT, 2010.

¹² Dans les DIRECCTE entrant dans le champ d'attribution des ISST des ministères sociaux.

¹³ L'ARS ou la DIRECCTE est prise en compte dans sa globalité, même si tous les sites départementaux ne sont pas concernés à l'identique.

- mais aussi certains indicateurs des bilans sociaux, les rapports des assistants de service social et ceux des médecins de prévention/travail¹⁴ :

Dans une structure, plusieurs médecins chargés de la prévention signalent concomitamment des situations de mal être au travail. Ces constatations sont reprises dans le rapport annuel présenté au CHSCT. Il y est fait état de l'ampleur des difficultés (une personne sur deux serait concernée) et/ou de la gravité du risque RPS considéré comme majeur. Les agents ressentent des difficultés d'adaptation aux changements, aux réorganisations, à l'intensification du travail. Un sentiment de malaise au travail est attribué à des dysfonctionnements internes et/ ou à une régionalisation qui génère un manque d'autonomie, de la lassitude, de l'impuissance, une perte de sens au travail et une fragilisation du collectif. Les conséquences de ces difficultés n'impliquent pas toujours des arrêts de travail, mais des troubles du sommeil et des troubles physiques. Cependant des « signes de souffrance extrême (stress, syndrome dépressif) » sont repérés.

- enfin la mise en place d'un processus d'identification de la souffrance au travail :

La plupart des établissements publics ont déjà réalisé cette identification.

Seulement 10% des ARS/DIRECCTE n'ont pas établi de diagnostic ou ne sont pas en cours de diagnostic.

L'exemple ci-après illustre une tentative de réalisation d'un diagnostic qui n'a pas abouti. Une prise de conscience de l'intérêt d'ouvrir ce chantier devra se faire devant le constat que la situation ne s'améliore pas d'elle-même.

Sollicitée par les partenaires de la prévention en début 2012 afin d'engager une réflexion sur les RPS dans un contexte de projets de réorganisation de la structure, la direction prend des engagements afin d'entamer le dialogue avec les représentants du personnel. Fin 2012, un débat s'engage sur le sujet des RPS dans le cadre de la validation du Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER). La direction confie au personnel de prévention la mission de préparer le volet RPS du DUER mais celui-ci demande une formation en méthodologie et notamment sur l'appréhension de la problématique « souffrance au travail ». Sans aide extérieure et sans formation, aucun diagnostic n'est établi. Cependant le risque RPS est considéré comme maximum par les acteurs de prévention ; des cas de souffrance collective émergent et se poursuivent en 2013 ; ils sont signalés par les organisations syndicales en CHSCT. L'origine des difficultés n'est pas clairement analysée en CHSCT. Les cas de souffrance au travail seront traités par des redistributions de tâches et des changements d'affectation de certains agents.

1.2.2 Les situations de crise imposent une prise de conscience

- Des situations de crises nécessitant une intervention « à chaud » sont repérées dans plus de la moitié des structures en 2012 et 2013.

Différents événements peuvent être à l'origine d'une situation de crise¹⁵: une problématique de harcèlement, une situation de conflit persistant, une tentative de suicide. Ces situations de crise se manifestent selon différentes modalités, de façon plus ou moins formalisée, qui vont de l'alerte auprès de l'ISST à l'exercice du droit de retrait ou du droit d'alerte du CHSCT.

Dans une structure, la situation de crise a été révélée par l'exercice d'un droit de retrait motivé par une situation conflictuelle avec un chef de service. Il s'agissait d'une suspicion de harcèlement moral. Le droit de retrait a été suivi d'un arrêt maladie de plusieurs semaines.

¹⁴ En DIRECCTE, médecin de prévention, en ARS, médecin du travail.

¹⁵ Cf. note 1.

- Des drames se sont produits au cours de ces dernières années, suicides ou décès survenus sur le lieu de travail.

Cette réalité a fait irruption et bouleversé l'ensemble des agents ; elle a imposé une prise de conscience. En outre la question de la reconnaissance en accident de service a contraint à la réflexion sur la souffrance au travail¹⁶. Depuis ces drames, la circulaire du 6 mai 2013 portant actualisation des orientations ministérielles en matière d'amélioration des conditions de travail, adressée aux ARS, demande que « le secrétariat général et la DRH soient immédiatement informés » « dans le cas extrême de tentative de suicide ou de suicide sur le lieu de travail ». Aucune instruction écrite n'a été adressée aux DIRECCTE visant à mettre en place un recueil systématique des suicides et tentatives de suicide.

I. 3 - L'étape du diagnostic : observations des ISST

L'état des lieux, le diagnostic posé constituent une étape essentielle car orientant la suite de la démarche. Il ressort des constats des ISST que cette étape est le plus souvent principalement à visée descriptive, rarement à visée opérationnelle.

1.3.1 - Le recours aux prestataires extérieurs

Dans la plupart des cas, c'est à la suite de demandes fortes des organisations syndicales exprimant le ressenti des agents et/ou en raison d'une situation de crise, que les directions ont entamé une réflexion sur les risques psychosociaux. Ces réflexions se sont concrétisées la plupart du temps par la proposition de réaliser un diagnostic, sous forme d'enquête.

Le recours à un prestataire a été très fréquent pour réaliser l'enquête, soit en déléguant en totalité le travail à effectuer au prestataire, soit en établissant un lien étroit entre le prestataire et un groupe de travail ad hoc. La décision de faire appel à un prestataire a été prise dans tous les cas en lien avec le CHSCT, à des degrés divers.

1.3.2 - Le recours aux experts agréés

Les signalements des organisations syndicales ne se traduisent pas toujours par la mise en œuvre rapide d'une démarche de diagnostic, aussi le recours à une demande d'expertise¹⁷ est-il parfois utilisé. Dans deux structures, la direction a refusé cette modalité de recours à un expert agréé considérant l'absence de motivation suffisante de la demande et/ou qu'une démarche interne était parallèlement entamée. Cependant, les ISST ont connaissance d'au moins une situation où la direction a accepté l'intervention de l'expert agréé. Ils observent dans ce cas que l'expertise est riche d'enseignement : elle produit une réelle analyse des risques portant à la fois sur les collectifs de travail et l'organisation, et fournit des recommandations utiles pour établir un plan de prévention.

¹⁶ Les suicides de deux inspecteurs du travail en 2011 et 2012 ont été reconnus comme accidents de service.

¹⁷ Au sens de l'article 55 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

1.3.3 - Les questionnaires d'enquêtes

La plupart des enquêtes ont porté sur le vécu des agents au travail et les risques psychosociaux en utilisant des questionnaires individuels (questionnaires Karasek et Siegrist, échelle HAD, cf. annexe). Outre la qualité très inégale des résultats fournis par les prestataires, force est de constater que le choix de ces méthodologies centrées sur le vécu des individus permet certes de réaliser un état des lieux d'une souffrance au travail, de type photographie de la perception par les agents à un moment donné, mais ne fournit que peu d'éléments utilisables pour proposer des pistes de prévention et d'action. Les ISST estiment qu'en l'absence de volet d'analyse organisationnelle et institutionnelle propre à la structure, les résultats de ces enquêtes ne permettent pas d'aller au-delà des généralités communément admises.

1.3.4 - Le recours à des méthodes impliquant le collectif

Pour le secteur travail, des temps d'expression collective ont été organisés et notamment après la diffusion d'une note de la DAGEMO de juin 2011 relative à l'organisation d'une journée d'expression des agents¹⁸ ; cette instruction fait suite à une demande du CHSCT ministériel qui s'est fait le relais du traumatisme des agents après le suicide d'un inspecteur du travail ; il s'agissait à la fois de prendre en compte les répercussions de ce drame et d'aborder collectivement le ressenti des agents sur les évolutions structurelles.

Ces journées ont fait l'objet de restitutions sous des formes variées et en particulier ont permis la rédaction de « cahiers de doléances » de plusieurs centaines de pages. Il est fait référence à ces cahiers de doléances dans le bilan du plan ministériel de prévention présenté lors du CHSCT ministériel du 19 février 2013 par les services du ministère chargé du travail. Les ISST notent que dans quelques structures les organisations syndicales demandent actuellement un retour local de l'exploitation nationale du contenu de l'ensemble des cahiers de doléances.

Par ailleurs, certains prestataires ont réalisé des entretiens collectifs en complément des questionnaires individuels et ont intégré les résultats dans leurs conclusions. Ils ont pu ainsi structurer une partie de leur synthèse au regard de la vie institutionnelle et des activités de travail réel en prenant en compte les ressources et les contraintes et ont fait des propositions d'actions de prévention.

Des temps d'expression ont été mis en place dans un petit nombre de structures (soit en ARS, soit en DIRECCTE indépendamment des temps d'expression prévus par la note de la DAGEMO) ; la synthèse de ces échanges a été effectuée selon les cas, directement par les agents eux-mêmes ou par la direction.

Globalement on observe que les structures qui ont mis en place des groupes de travail spécifiques, ou des temps d'expression sur des durées suffisamment longues (au delà de la journée d'expression prévue par la note DAGEMO, côté travail) ont pu avancer vers une meilleure compréhension des enjeux locaux, du fonctionnement des collectifs de travail, des situations concrètes de travail, du positionnement de l'encadrement.

¹⁸ La modalité retenue a été l'organisation de demi-journée se déroulant dans le cadre des dispositions légales et statutaires, sans que la continuité du service public et l'accueil des usagers en soient affectées.

Dans une structure, le diagnostic a été réalisé selon des modalités faisant appel uniquement à l'expression collective, impliquant de nombreux agents dans différents groupes de travail, avec l'aide d'un prestataire extérieur, notamment pour la formation des responsables des groupes. Cette démarche a duré plusieurs mois et a abouti à une synthèse structurée par thèmes permettant d'identifier facteurs de risques et propositions d'actions.

1.3.5 - L'utilisation d'indicateurs collectifs de vigilance

Elle est encore embryonnaire. Certaines informations provenant des bilans sociaux (taux de rotation, nombre d'arrêts maladie.. .), des rapports des médecins et des assistants de service social, sont une aide au descriptif de la situation. Leur utilisation suppose un accord des parties concernées pour déterminer les données utiles et les limites d'interprétation. Très peu de structures ont mis au point un tableau de suivi systématique donnant lieu à présentation régulière en CHSCT.

Dans cette structure, un tableau de bord des indicateurs RPS est présenté régulièrement. Il comporte des données portant sur le temps de travail (maladie, horaires atypiques, etc.), les accidents du travail, les situations graves, les mouvements du personnel (nombre et cause des départs, etc.), les relations sociales (volume d'heures de délégations utilisées, nombre de réunions du CHSCT, etc.), l'information et la communication interne, l'activité du médecin de prévention.

XXXXX

Il ressort des constats des ISST que la souffrance psychique en lien avec le travail n'est plus occultée et qu'une étape de diagnostic est engagée dans de nombreuses structures en région.

Mais l'analyse des risques reste souvent limitée à l'étude des ressentis individuels. Elle ne porte pas suffisamment sur les situations concrètes et les conditions de réalisation du travail, ni sur la recherche de facteurs de risque organisationnels, et encore moins sur la caractérisation des besoins spécifiques des collectifs de travail.

Ces constats ont amené les ISST à confronter leurs expériences en région à des données de cadrage national susceptibles de faire apparaître des repères communs dans la compréhension des risques collectifs et de forger ensuite des points de vigilance sur la cohérence des plans de prévention au regard d'une analyse approfondie des risques.

En effet, si les ISST n'ont pas à se prononcer sur le contenu des actions de prévention élaborées par les structures, il importe qu'ils vérifient que :

- l'employeur aborde l'analyse des risques dans leur globalité,
- un volet facteurs de souffrance au travail/RPS est bien intégré dans le DUER,
- le diagnostic et les actions proposées sont en cohérence et concernent l'ensemble des agents,
- une articulation est établie entre plan de prévention de la souffrance au travail et programme de prévention des risques professionnels actualisé chaque année.

Une mise en perspective des observations des ISST en région au regard d'éléments généraux de compréhension est proposée en partie II.

PARTIE II - LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL, UNE DIMENSION NOUVELLE LIEE AUX REFORMES RECENTES
REPERES POUR LA PRATIQUE DES ISST

« Vous exprimez tous une souffrance, un sentiment de perte de sens et de repères »¹⁹ énonce le rapporteur de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale lors de la table ronde du 4 décembre 2013 réunissant au Sénat les organisations syndicales nationales présentes au comité national de concertation des agences régionales de santé.

Dès 2011, les enquêtes nationales faisaient les constats suivants :

- Secteur travail : l'enquête relative aux risques psychosociaux menée en administration centrale du ministère chargé du travail et en DIRECCTE de janvier à mars 2011²⁰ donne les indications suivantes : 30% des agents interrogés ne sont pas satisfaits de leur travail, plus de 85% considèrent que leur travail est utile, 46% des agents trouvent qu'ils n'ont pas suffisamment les moyens pour faire un travail de qualité ; 10% des répondants estiment faire des choses qu'ils désapprouvent dans leur travail toujours ou souvent, et 70% parfois. Par ailleurs, 38% des agents considèrent que leur travail est plutôt mauvais pour leur santé. Près d'un quart des répondants indiquent que leurs horaires de travail ne s'accordent pas avec leur vie familiale et sociale ;
- Secteur santé : l'enquête sur le vécu au travail effectuée de juin à juillet 2011²¹ menée par les ministères chargés de la santé et des affaires sociales fournit les informations suivantes : 35% des agents sont insatisfaits de leur travail, 19% trouvent que leur travail est inutile (23% en délégation territoriale d'ARS, et 25% en ARS siège), 21% jugent que leur travail est inefficace (24% en DT ARS, 27% en ARS siège), 49% estiment ne pas avoir suffisamment de moyens pour faire un travail de qualité, 12% estiment devoir faire des choses qu'ils désapprouvent toujours ou souvent, et 70% parfois, 38% considèrent que leur travail est plutôt mauvais pour leur santé (41% en ARS siège, 43% en DT ARS).

Chaque étude a permis de réaliser des « photographies » à un moment donné du vécu au travail et de certains des risques psychosociaux présents dans les ministères, constituant ainsi une partie du diagnostic mais n'étant pas « à elle seule une réponse aux questions relatives à l'amélioration de la santé au travail des agents »²².

Reconnaître l'existence de la souffrance au travail est un préalable à toute action ; la reconnaître dans la complexité de ses origines, du contexte, nécessite pour les ISST d'aller au-delà des observations dans leur pratique et de s'appuyer sur d'autres sources et éléments de réflexion. L'expression des personnels donne des indications importantes sur les facteurs de risques perçus qui doivent être mis en parallèle avec des facteurs de risques objectivables tenant notamment à la mise en œuvre de nouvelles politiques publiques et à l'évolution du contexte général. L'ensemble de ces éléments de compréhension constitue des repères pour la pratique des ISST, en permettant d'éclairer les enjeux de leurs interventions tout autant que ceux des démarches de prévention dans les structures.

¹⁹ <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20131202/mecss.html>.

²⁰ Rapport Capital Santé, juin 2011.

²¹ Rapport Capital santé, septembre 2011 - champ d'enquête : administration centrale, directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, ARS, centres d'Education Populaire et de Sport, directions départementales de la cohésion sociale.

²² Voir note 21 ci-dessus.

II.1 L'expression des agents

Qu'il s'agisse de l'expression spontanée des agents à tous les niveaux de la hiérarchie, des « Cahiers de doléances » rédigés dans le secteur travail ou des documents provenant des organisations syndicales²³ des deux secteurs, santé et travail (tracts, comptes-rendus faits par les syndicats de diverses réunions : CHSCT, y compris ministériel, Comité national de concertation des ARS, rencontres avec les ministres, le secrétaire général des ministères sociaux ...), ou des rapports d'études, de très nombreux écrits ont été produits au cours de ces dernières années qui attestent de la souffrance au travail.

Chacun de ces écrits dresse un tableau saisissant de la situation. Il a paru nécessaire dans le cadre de ce rapport d'en faire une étude qualitative globale ; on constate alors les mêmes ressentis, voire l'usage de mêmes mots pour qualifier les situations vécues aussi bien dans le secteur travail que le secteur santé (ARS et établissements publics à caractère national), et quelles que soient les catégories de personnels.

Aussi le choix a été fait d'identifier une série de thèmes communs et de les illustrer directement par les propos relevés dans les documents mentionnés ci-dessus : ces mots donnent corps à des inquiétudes et attentes, ils donnent des éléments de compréhension, et par leur nombre, leur diversité, leur tonalité directe, ils imposent aux pouvoirs publics d'en tenir compte pleinement sans se limiter à des approches synthétiques qui édulcorent les propos.

Ces expressions font état de ressentis et ne préjugent pas la réalité de ce qui est rapporté; mais chacun pourra à la lecture apprécier des éléments objectivables selon son point de vue.

Dans la présentation ci-après, le type de structure n'est précisé que lorsqu'il s'agit de situations spécifiques ; dans la plupart des cas, les mêmes types de réflexions se retrouvent à l'identique dans les différents secteurs (DIRECCTE, ARS, Etablissements publics à caractère national).

Ces expressions ont été regroupées selon une série de thématiques, correspondant pour partie à la structuration des facteurs de risque du rapport Gollac : mauvaise qualité des relations au travail, conflits de valeur, insécurité. Il s'y ajoute d'autres ressentis sur les modalités de gestion, le fonctionnement hiérarchique, les organisations de travail, qui sont revenus très fréquemment.

Enfin, il faut souligner que d'autres propos non reproduits ci-après insistent tout aussi fortement sur la charge de travail, le manque d'effectifs, l'impact des déménagements.

²³ CFDT, CFE-CGC, CGT, FO, FSU, SUD, UNSA, Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique²³ (notamment document préparé pour l'audition du SMISP par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, 11 septembre 2013), Syndicat national Force Ouvrière des cadres des organismes sociaux (SNFOCOS), Syndicat des personnels de santé environnementale (Synapse), Syndicat National des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale, Syndicat des Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique²³ (notamment « Enquête sur le vécu au travail des pharmaciens inspecteurs de santé publique affectés dans les ARS », Jérôme Granet, novembre 2013).

II.1.1 - Des ressentis en lien avec une mauvaise qualité des rapports au travail

Les premières paroles permettent aux agents d'exprimer ce qui leur tient à cœur et font état de ressentis de mépris, affectant directement les agents dans leur vécu et leur personne.

Le mépris

« Quel mépris de ce que nous sommes » - « Une absence de considération » - « La désinvolture de la hiérarchie, le mépris du petit personnel ne font qu'augmenter le stress » - « "Pour tenir ce poste, il suffit juste de savoir lire et écrire " ; cela illustre bien le mépris qu'à un directeur du service des renseignements » - « Nous en avons assez de ne plus être respectés » - « Je remarque beaucoup d'observations désobligeantes sur les catégories C et un traitement peu respectueux » - « Les agents de catégorie B et C ne sont jamais considérés comme des interlocuteurs sérieux aux yeux de la direction » - « Pour la hiérarchie, on existe qu'au travers de ce que l'on rentre dans Cap Sitère. A côté, la personne n'existe pas » - « L'asymétrie de l'information fait des ravages (la direction prend les agents pour des abrutis dans la mesure où elle ne leur communique pas les informations stratégiques, utiles à leur travail » (*cahiers de doléances*).

En ARS : « En balayant les organisations antérieures, les ARS ont créé confusion, inquiétudes et stress parmi les personnels. On a commencé à parler de souffrance au travail et, parfois, on a évoqué une véritable maltraitance institutionnelle. ...En CAP, les organisations syndicales ont souligné les pertes de visibilité et de sens dans notre travail, le sentiment de déqualification et de manque de considération » - « Alors que nous avons parfaitement l'habitude du changement dans le secteur de la santé, quand on considère le nombre de réformes que nous avons dû mettre en œuvre au fil des années, on nous reprochait de ne pas savoir nous adapter ! » (*syndicats*).

L'indifférence

« Indifférence de la hiérarchie, voire du mépris, à l'égard des catégories C » - « indifférence de la hiérarchie face aux difficultés rencontrées et exprimées dans l'organisation des postes de travail, négation des contraintes de service, notamment horaires » - « indifférence et parfois du mépris dont font preuve hiérarchie régionale et ministérielle » (*cahiers de doléances*).

Certains propos parlent d'humiliations, disqualifications notamment en raison de la non reconnaissance des compétences, ce qui aboutit à une dévalorisation de la personne, susceptible de mettre en jeu son équilibre psychique et sa santé.

Humiliations par rapport aux compétences, non reconnaissance de l'expertise antérieure

«Infantilisation et non respect de l'individu par la hiérarchie très supérieure... à force de subir ce type d'attitude, l'agent perd confiance en soi et se demande parfois s'il est encore capable de rendre un travail de qualité » - « Les agents se sentent considérés comme des pions et des idiots »-« Avant, j'avais l'indépendance, j'avais des dossiers de A à Z, j'organisais des réunions, prenais des décisions, j'avais beaucoup de contacts à l'extérieur...j'ai souvent repris des dossiers de cadres A qui partaient à la retraite ou étaient mutés. Aujourd'hui je suis dépossédée de mes dossiers, je ne peux plus m'organiser car je n'ai que des parcelles de dossiers, des parcelles d'information et surtout pas la voix au chapitre...»

« Non exploitation des compétences des agents »- « Pas de prise en compte des savoir-faire des agents auxquels on impose des méthodes de travail (Chorus) qu'ils jugent inadaptées, inefficaces, à l'origine d'un surcroît de travail et de conflits avec les agents » - « Désintérêt de la hiérarchie sur le travail, non connaissance du travail réalisé par l'agent » - (*cahiers de doléances*).

En ARS : « Des agents ont été promus selon le bon vouloir des nouvelles directions, sans tenir compte des règles élémentaires de toute administration. D'autres ont été rétrogradés de façon humiliante et sans explication²⁴ » - « Utilisation peu pertinente des ressources médicales, faible reconnaissance du travail effectué voire déclassement et cantonnement sur des tâches peu valorisées, absence de participation aux décisions stratégiques et au management, perte de responsabilités » (*syndicats*).

²⁴ « Les affectations se sont faites de manière cavalière, mettant les personnels en concurrence, sans assurance de reclassement, les mesures statutaires (...) n'ont pas été prises à temps, les formations à la prise de nouveaux postes n'ont été anticipées que pour les directeurs d'ARS », rapport IGAS sur la gestion des ressources humaines dans les ARS, juillet 2011.

Les propos rapportés ci-dessous explicitent le cercle sans fin de la culpabilisation qui affecte certains agents, partant de la réalité du travail, de l'attachement à ce travail et au souci de bien le faire, conduisant le professionnel à un sentiment personnel de culpabilité au détriment de sa santé.

La culpabilisation

« On nous fixe des objectifs totalement déconnectés des réalités sociales et du terrain. On nous fait culpabiliser quand on n'atteint pas ces objectifs. Face à un métier déjà culpabilisant à cause de l'impossibilité de répondre à l'ensemble des demandes, on se sent lâché, avec le sentiment que le seul appui de la hiérarchie consiste à nous appuyer la tête sous l'eau.

Plus on en fait, plus il y en a à faire.

On culpabilise quand on fait trop d'heures et qu'on est écrêté. On nous répond qu'on doit avoir des problèmes d'organisation. On culpabilise aussi quand on essaie de limiter les heures et qu'on opère des choix dans les dossiers à traiter.

Et quand on regarde autour de nous, on voit les collègues aller mal, s'enfoncer. On est démuni face à ça, et on culpabilise, encore ... » (*cahier de doléances, écrit d'un agent*).

Enfin plus globalement ce qui est mis en cause, au delà de ce qui concerne chaque agent individuellement, c'est un climat général qui trouve son origine dans les nouvelles logiques de travail qui sont mises en place.

Climat de méfiance

En ARS « Ce qui a frappé dans beaucoup de régions, et cela dès l'époque de la préfiguration (automne 2009), c'est la méfiance des nouveaux dirigeants envers les personnels de l'Etat et de l'Assurance Maladie. Les personnels ont ressenti un a priori négatif sur tout ce qui avait pu être fait avant. Le dialogue social a été réduit à sa plus simple expression²⁵. Souvent, il n'y a même pas eu de volonté de comprendre les cultures et logiques institutionnelles. De nouvelles organisations ont été ainsi imposées sans discussion, entraînant la disparition de modes de travail pourtant efficaces, une parcellisation des tâches et une perte de sens » (*syndicats*).

« La désorganisation du travail, la super-hiérarchisation des sièges par rapport aux délégations territoriales, à coups de mots d'ordre " vous êtes maintenant en ARS et les pratiques doivent changer ", ont amputé les acteurs de terrain de l'Etat de leur capacité de responsabilisation, d'initiative et d'innovation. L'incompréhension devant l'absence d'objectifs collectifs et la perte de sens pour les personnels se sont manifestées d'emblée. Les attitudes et décisions néfastes des équipes dirigeantes des ARS, fondées sur un postulat " critiquer et effacer tout ce qui existait avant le 1er avril 2010 ", a conduit à des pratiques managériales destructrices, signalées par les organisations syndicales, les CHSCT des ARS et même certains préfets, sans que le ministère, le SG, la DRH, le CNP, ne s'en émeuvent le moins du monde. Les professionnels sont surtout exaspérés par la façon dont ils sont infantilisés et maltraités, et par l'incompétence managériale qu'ils constatent sur les questions majeures de santé publique » (*syndicats*).

En DIRECCTE

« Il y a un climat de défiance vis-à-vis des agents, c'est pénible »-« Pas de confiance envers les agents » - « une logique de suspicion » - « Un sentiment de solitude est apparu, de non-sens, l'impression de n'être plus qu'un objet, un pion que l'on déplace au gré des besoins de qui ? – la méfiance, la surveillance » (*cahiers de doléance*).

II.1.2 - Des ressentis en lien avec des conflits de valeur

C'est le décalage entre ce que les agents voudraient faire et bien faire et la réalité de ce qu'ils font qui leur pose problème par rapport à leur exigence de travail « bien fait ». Ce décalage génère de la souffrance au travail.

²⁵ Les instances représentatives du personnel ont été réellement mises en place plus d'un an après la création des agences).

Perte de sens du travail - travail « empêché »²⁶ »

« Les agents disent leur épuisement face à une organisation qu'ils doivent contourner pour pouvoir travailler ...la primauté donnée aux remontées statistiques sur la qualité du travail remet en question l'idée que l'agent se fait de l'utilité de son travail, le dévalorise et contribue à sa souffrance au travail »

« On voit maintenant apparaître les effets de la RGPP, du désengagement de l'Etat ... Il arrivera un moment où nous ne pourrons plus travailler, où nous ne pourrons plus rendre aux usagers le service qu'ils sont en droit d'attendre et où finalement il sera possible de dire que nous ne servons plus à rien » - « Le sens des missions est de plus en plus dévoyé » - « Insatisfaction du travail accompli suite à la difficulté de tout gérer (multitude de tâches) ».

« Segmentation du travail, spécialisation sur des tâches répétitives, vidées d'intérêt ayant pour conséquence une dévalorisation de nombreuses fonctions » - « Juxtaposition de services, sans articulation entre leurs activités » (*cahiers de doléances*).

« Alors que les ARS ont été créées pour permettre une meilleure transversalité dans l'approche des questions de santé en France, elles sont elles-mêmes extrêmement cloisonnées à l'intérieur ! Leur organisation interne est contradictoire avec l'objectif politique de transversalité ».

« Notre travail est dévalorisé nous ne sommes rien surtout les catégories B et C. Nous ne sommes plus que des exécutants à qui on donne les orientations données par la direction » (*syndicats*).

« A coup de "les DDASS-DRASS c'est fini !" de "Vous ne saviez pas travailler avant, vous devez apprendre un nouveau métier" » « Vous n'avez plus le droit de parler aux préfets ni de contacter les ingénieurs de la direction générale de la santé », les personnels de santé environnementale ont vite compris que leurs craintes et leurs colères étaient bien fondées. Les ingénieurs et techniciens étaient habitués depuis toujours à innover, à créer leurs outils de travail, notamment leurs systèmes d'information, à construire leurs réseaux professionnels interministériels et inter-partenaires mais également avec leurs collègues de toute la France, à faire progresser les politiques de gestion des risques sanitaires environnementaux » (*syndicat*).

« Nous refusons des modes d'organisation qui sont souvent synonymes de désincarnation, segmentation et hypertrophie de la technicité, avec le risque majeur de tomber dans le travers de l'hyperspécialisation » - « Les directions favorisent une hyperspécialisation des personnels alors que la polyvalence est nécessaire » (*syndicats*).

« Les agents de l'assurance maladie transférés dans les ARS regrettent leur identité perdue. Leurs missions sont galvaudées » (*syndicats*.)

En ARS : « On m'a interdit d'aider les médecins à faire leur secrétariat. Comme il n'y a pas de secrétaire, les médecins sont obligés de faire eux-mêmes et c'est du temps pris sur leur travail d'expertise » (*rapport d'étude*).

D'autres conflits de valeur occupent une place de plus en plus importante.

Le poids des interventions extérieures - l'indépendance mise en question

Secteur travail : à propos des « injonctions préfectorales » : « le contexte économique met le pôle 3 E sous la pression de la préfecture qui attend des résultats positifs et rapides en termes de mesures pour l'emploi » - « Pression du politique sur les administrations pour afficher des résultats rapides » - « Peur des directeurs de perdre leur place, pression retransmise par la chaîne hiérarchique » - « Conflits de pouvoirs entre préfectures et autres services » (*rapport d'étude*) - « Nouveau positionnement de la préfecture souvent très mal ressenti : l'usager, maintenant, c'est le préfet » (*cahiers de doléances*).

En ARS : « Il est arrivé, même si ce n'est pas une situation quotidienne, que la hiérarchie demande à un médecin inspecteur de modifier la rédaction d'un rapport, voire qu'elle apporte elle-même la modification si le médecin n'obtempérait pas » - « Nous dénonçons les conflits de mission qui ont cours dans les ARS conduisant parfois la hiérarchie à faire pression sur les inspecteurs²⁷ pour changer le contenu de tel rapport ou avis technique afin qu'il puisse « coller » avec d'autres orientations basées sur d'autres enjeux (risque politique, médiatique ...) » - « Les inspections réalisées sont très souvent en conflit avec les intérêts stratégiques de la Direction » - « Les ARS ne résistent pas à la pression politique » - « Les conflits d'intérêt nés de recrutements trop locaux sont aussi un facteur problématique » (*syndicats*).

²⁶ Au sens de Yves Clot. cf. note 10 .

²⁷ Pharmaciens inspecteurs de santé publique.

II.1.3 - Des ressentis en lien avec le fonctionnement hiérarchique

- Le renforcement des niveaux hiérarchiques est noté de façon constante

De plus en plus de niveaux hiérarchiques

« Une chaîne hiérarchique longue comme un jour sans pain » - « Absence de lisibilité de la ligne hiérarchique » - « Une organisation inutilement hiérarchisée et démotivante ; l'absence de considération, de définition claire des responsabilités à tous les niveaux » (*paroles d'agents et syndicats*) - « je n'ai plus aucun échange professionnel avec mes supérieurs hiérarchiques » - « de plus en plus de procédures disciplinaires et de « chefaillons » - « trop de chefs » (*cahiers de doléances*) - « l'enfermement dans des carcans hiérarchiques complexifiant inutilement les missions » (*syndicats*).

- Un regard critique sur les processus de décision et de communication qui ne répondent pas ou plus aux attentes des agents :
- sur le positionnement d'arbitrage de la hiérarchie qui devrait permettre de prioriser et de sécuriser le cadre de travail

L'absence d'arbitrage

« Beaucoup plus de hiérarchie mais on ne sait plus qui peut dire non au préfet. Cela induit une perte de sens dans nos missions. Savoir dire Non serait démontrer qu'on a une stratégie » - « absence de volonté de faire de la part de la direction » - « l'absence d'intervention est analysée comme un laisser-aller, une inertie, qui peut mener au "pourrissement de la situation" » - « manque de courage de la direction, non prise de responsabilité » - « manque de directives claires et précises qui auraient été validées au départ par la totalité des supérieurs hiérarchiques afin d'éviter les ordres et les contre-ordres (*cahiers de doléances*).

- sur le rôle d'appui, de soutien, d'animation qui n'est plus assuré

« Une hiérarchie toujours absente car prise d'une folie de réunionniste qui l'empêche de voir, d'écouter » - « l'éloignement de la hiérarchie, et son peu d'intérêt pour le travail des agents ».

« Une hiérarchie qui se place bien souvent, trop souvent, sur le terrain disciplinaire au détriment d'un encadrement tel qu'il existait auparavant : une hiérarchie de sachants sur laquelle on pouvait s'appuyer et compter : notre hiérarchie expose, impose, vérifie, soupçonne, sermonne, menace, sanctionne...mais n'écoute pas, ou si peu » - « avant, on avait une hiérarchie de sachants, des directeurs adjoints spécialisés sur certains points ; elle venait en appui...ce rôle n'est pas exercé pour l'instant »

« Alors que nous avons une hiérarchie longue, je déplore l'absence totale de soutien de cette dernière dans l'exécution de nos missions. Ceci vaut pour le niveau en service déconcentré et en centrale ».

« Les réunions rendues systématiquement obligatoires ne servent qu'à transmettre des injonctions et ne laisse aucune place pour l'échange, les sujets proposés par les agents (sauf exception) étant systématiquement refusés. » - « la non animation des services (de leur service ou de leur pôle) par les responsables n'arrange rien » - « pression de la hiérarchie et son peu d'intérêt pour le bien être des agents » (*cahiers de doléances*)

« Manque d'appui technique surtout de la part de managers ayant des compétences administratives mais n'ayant pas la formation technique adaptée aux missions qu'ils encadrent » (*syndicats*).

- des décisions qui paraissent incompréhensibles, paradoxales, arbitraires

« **Ordres et contre-ordres** » - « priorités mal définies et varient en fonction de critères opaques »
 « Absence de ligne conductrice, de priorisation, de travail de fond sur les dossiers »
 « **Injonctions paradoxales** » - « non connaissance de la part des responsables de service des missions de leurs propres agents » - « on te donne des ordres implicites et on te reproche de ne pas avoir compris »- « consignes contradictoires entre les chefs de service » « contradiction des demandes »
Arbitraire des décisions : « modification des postes de travail : on transfère des tâches d'un agent à un autre du jour au lendemain, sans formation et sans concertation » « sentiment de subir des décisions sans échange et transparence » (*syndicats et cahiers de doléances*) - « Entre les effectifs qui diminuent mais pas le travail, les renforcements à " l'aveuglette " de certains services et comme par hasard pas ceux qui ont cruellement besoin d'aide, les directives insensées où il ne s'agit que de faire du vent » (*cahiers de doléances*)- « Les changements d'affectation unilatéralement imposés par les directions sans que le personnel concerné n'ait de réelle possibilité de choix » (*rapport d'étude*).

- la hiérarchie intermédiaire est exposée

Conséquence de certains dysfonctionnements de la chaîne hiérarchique (notamment absence d'arbitrage, mise en concurrence, défaut d'information etc.), les cadres intermédiaires sont également touchés.

« La hiérarchie intermédiaire aussi est sous pression - pas forcément mieux que nous »
 « Des cadres indiquent que leur mission « relève d'un sacerdoce, voire d'une galère », « si j'avais su je n'aurais jamais accepté ce poste ». « Dans bon nombre de situations, l'encadrement intermédiaire est en difficultés importantes, (rupture consommée avec l'équipe, incapacité à définir et animer, difficultés à équilibrer leur posture entre exigence et soutien...). » - « de très nombreux cadres s'estiment dans l'impossibilité de pouvoir soutenir, comprendre, accompagner, valoriser le travail de leurs collaborateurs » - « S'ils se trouvent dans une position inconfortable comment peuvent-ils soutenir leurs équipes ? »
 « L'encadrement intermédiaire est absorbé " par le haut " et par des injonctions externes toujours plus prégnantes, toujours plus urgentes et n'a plus le temps de jouer son rôle de filtre, de support et d'animation auprès de son équipe qui en souffre » (*rapport d'étude*).
 « Les encadrants de proximité se sentent peu soutenus par leur hiérarchie » - « Au-delà du manque de soutien ressenti, certaines situations révèlent une tendance de l'encadrement supérieur à responsabiliser à outrance des managers qui disposent pourtant de peu de marges de manœuvre, voire à les culpabiliser quant aux difficultés qu'ils traversent » (*rapport d'étude*).

II.1.4 - Des ressentis en rapport avec les modalités de gestion des personnels

- La mise en concurrence des agents

« On demande du chiffre sans s'inquiéter de la qualité du travail ou des raisons valables de non atteinte des objectifs. Ce qui engendre une compétition entre les agents, entre les départements ; compétition qui est suscitée principalement par la hiérarchie » - « Diviser pour mieux régner, mot d'ordre de la direction ».
 « Fort cloisonnement entre les catégories A, B et C qui pèse sur le collectif de travail et génère des tensions entre les catégories » - « Ajouts de niveaux hiérarchiques aboutissant à une mise en concurrence des chefs de service » (*cahiers de doléances*).
 « Accroissement de la pression sur les agents dans un contexte de concurrence individuelle et de diminution des effectifs » (*syndicat*).
 « Les quatre directeurs se font la guerre, ils sont en compétition permanente : c'est à celui qui rendra ce qu'on nous demande le plus tôt. Ils ne pensent qu'à leur carrière, à monter en grade, et oublient l'objectif de leur poste, ce pourquoi ils ont été recrutés » (*parole d'agent, rapport d'étude*).

- la culture « du chiffre et du tableau » suscite de nombreuses questions sur la notion de « performance » et les critères de qualité

« La logique du chiffre est génératrice de souffrance et s'accompagne de la peur de la sanction » - « Cap Sitère : on passe plus de temps à saisir ce que l'on fait plutôt que d'être sur le terrain – « dès le départ, ce logiciel n'a pas été adapté aux réalités de service »- « course aux chiffres liés aux objectifs » - Chorus : source de « dégradation des outils de travail » – « Manque d'anticipation pour lequel les agents n'ont pas été formés et dont l'organisation n'a pas été pensée préalablement à sa mise en place » « trop de demandes de statistiques qui au final ne sont pas exploitées » (*cahiers de doléances*).

« C'est le triomphe de la technocratie. Tout le monde fait des tableaux, et personne ne sait à quoi ça sert » - « Avec les ARS s'est également amplifiée l'obsession du "reporting", chronophage et pas nécessairement adapté à des sujets peu traduisibles en chiffres »- « La grande souffrance professionnelle des personnels qui suffoquent sous les procédures, les outils informatiques dysfonctionnels » (*syndicats*).

« On ne voit même plus la finalité de notre travail : du "chiffre", toujours du "chiffre" comme si dorénavant seule comptait la quantité au détriment de la qualité » (*cahiers de doléances*).

- l'insécurité sur l'avenir de la situation de travail individuelle comme collective

« Développement de la précarité particulièrement en ARS où les CDD et CDI se développent au moment même où le volet « titularisation du plan Sauvadet devait tendre à la restreindre » - « Des délégations territoriales, très inquiètes pour leur avenir, qui n'ont toujours pas trouvé leur place » (*syndicats*)

En DIRECCTE : « Incertitude sur l'avenir du service de renseignement. Pas de début de réponse de la hiérarchie » - « Cette logique, que certains ont qualifiée non sans raison de mortifère, est déstabilisante et même destructrice à plusieurs égards : elle soumet les services à une constante obligation de réorganisations internes, d'ampleur plus ou moins vaste, selon le nombre d'agents non-remplacés ; la poursuite de telle ou telle mission est conditionnée, non pas par une décision ministérielle qui serait pleinement assumée, mais par l'état des forces disponibles pour les exécuter. » (*cahiers de doléances*).

En ARS, personnels de l'Assurance Maladie : « Le sentiment d'abandon par les institutions d'origine est prégnant parmi les personnels » (*syndicats*).

- la gestion des carrières

En ARS : « une gestion dans la plupart des ARS autocratique et menée de plus en plus par des personnes qui ont une connaissance peu approfondie de la fonction publique, alors que les fonctionnaires représentent normalement 80 % des effectifs » - Concernant les promotions : « des propositions prioritaires d'agents non éligibles, modifications sans explication des classements d'une année sur l'autre, propositions à peine soutenues par les appréciations » - « Des postes vacants ne sont pas déclarés et des postes déclarés ne sont pas vacants » (*syndicats*).

« Une mise à l'écart d'Inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, IASS (postes vacants non pourvus et aussi postes réservés désormais à d'autres) au profit de contractuels recrutés sur la base de profils « spécialisés » et surtout plus malléables que les IASS mais qui n'ont aucune culture sanitaire et médico-sociale. On voit ainsi des carrières fulgurantes : des jeunes contractuels sans aucune expérience d'encadrement promus chefs de pôle, des sous-directeurs ou directeurs délégués issus de cabinets de consultants qui ne connaissent rien des règles de l'action publique..., pendant que les IASS sont jugés juste bons à gérer les dossiers du quotidien car il faut bien que quelqu'un fasse, malgré tout, le travail de fond. Un mépris total du droit des fonctionnaires à la mutation, une gestion discrétionnaire du droit à promotion (*syndicats*).

Concernant les agents de l'assurance maladie en ARS « les services des ressources humaines ne connaissent pas leurs conventions collectives » (*syndicats*.)

II.1.5 - Des ressentis portant sur les choix organisationnels

« La perte de sens de notre travail correspondant au retrait du service public contribue à l'isolement des agents, au repli sur soi et à l'individualisme (sauvegarder sa place, ses conditions de travail au mépris de celles des autres) à l'origine de conflits entre collègues dont la résolution n'est pas le souci de la direction. En effet l'épuisement et le découragement constitutifs de cette souffrance ne trouvent pas leur réponse mais en réalité leur origine dans l'organisation du travail mise en œuvre » (*cahiers de doléances*).

« Les ARS sont des objets récents ; nous avons espoir qu'à la période difficile du début succéderait une amélioration, mais ce n'est pas le cas. Les risques psycho-sociaux et la souffrance au travail existent aussi dans les ARS, d'autant que les effectifs baissent. Diminution des effectifs, démotivation, mépris... tout cela se cumule pour entraîner une perte de performance qui est dommageable à la santé publique, donc à la population. » (*syndicats*).

II.2 - Des facteurs de risques objectivables

II. 2. 1. Délimitation des facteurs de risques étudiés

Les fonctionnaires des ministères sociaux sont accoutumés aux réformes de l'Etat et des systèmes de santé, du travail, de l'emploi, de l'action sociale : décentralisation, création d'agences, introduction de nouvelles technologies, d'outils et de méthodes conduisant à des changements dans l'organisation du travail.

Jusqu'à une époque récente, les répercussions de ces évolutions sur le bien être au travail n'avaient pas fait l'objet d'études, la thématique souffrance au travail ne constituant pas une préoccupation majeure. En témoigne l'absence de prise en compte de ces risques dans les documents uniques d'évaluation des risques professionnels.

Désormais la problématique de la souffrance au travail est mieux connue, ce qui conduit naturellement à rechercher des éléments d'analyse et de compréhension des facteurs de risque qu'ils soient structurels, inhérents aux organisations quelles qu'elles soient, ou plus conjoncturels, liés au contexte, qu'il s'agisse du chantier de la réforme de l'Etat ou de la situation économique et sociale.

Certes, on peut citer utilement parmi les risques traditionnels, communs à toutes les institutions, les dysfonctionnements induits par des comportements individuels problématiques tenant à certains types de personnalités. On peut citer aussi des risques plus spécifiques en lien avec la nature des métiers et/ou des activités des ministères sociaux : ainsi, dans les DIRECCTE, les effets de la crise économique conduisent à une augmentation des démarches du public et des partenaires extérieurs et affectent plus particulièrement certains services : emploi, renseignement ; pour le secteur sanitaire et médico-social, les liens entre précarité, état de santé et accès aux soins posent de façon aiguë la question des inégalités régionales de l'offre de prévention et de soins et celle de la nature des interventions des ARS et de l'Etat dans leur rôle de régulation et de contrôle.

Mais au-delà de ces facteurs, les agents comme les organisations syndicales mettent surtout en avant, comme source de souffrance au travail, les conséquences de la réforme de l'Etat pour les ministères sociaux, qui a été un facteur multiplicateur des difficultés traditionnelles.

En effet, la révision générale des politiques publiques (RGPP), dans laquelle s'inscrivent la réorganisation de l'administration territoriale de l'Etat, la baisse des dépenses publiques et les lois

sectorielles²⁸, ne constitue pas simplement un « changement » nécessitant de s'adapter mais provoque une véritable mutation du service public et ce dans un contexte économique et social qui aggrave les risques habituels inhérents aux ministères sociaux.

Sans détailler l'ensemble des conséquences de la RGPP, il paraît utile de rappeler quelques unes des conséquences objectivables, qui apparaissent comme des facteurs de risque au regard notamment des ressentis exprimés par les agents au point I de la présente partie : surcharge de travail, organisation du travail introduisant la multiplication des niveaux hiérarchiques et des fonctionnements éloignés des besoins d'information et de soutien des agents, incertitudes sur l'avenir, mauvaises relations de travail qui tiennent pour partie à la non reconnaissance des compétences antérieures, perte du sens et conflits de valeur portant sur l'indépendance.

II.2.2 – Les conséquences de la RGPP, facteurs de risques de souffrance au travail

II.1.2.1 - Une restructuration générale des services de l'Etat

- Les ARS

Leur création constitue une réforme structurelle majeure dans la mesure où le ministère chargé de la santé ne dispose plus de services déconcentrés. L'installation des ARS a été effective seulement neuf mois après la publication de la loi HPST, dès le 1^{er} avril 2010, trois mois avant la date limite prévue par la loi. La rapidité de cette mise en place n'est pas sans conséquence, comme on le verra ci-après. Cette création s'accompagne d'une restructuration des services de l'Etat en matière d'action sociale (création des directions départementales de la cohésion sociale, des directions départementales de la protection des populations, des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale). L'éclatement des services antérieurement compétents à la fois en matière sanitaire et sociale a suscité de nombreuses questions de la part des agents.

Toutefois si ces nouvelles organisations sont globalement stabilisées, d'autres évolutions sont possibles au regard d'une part du « Rapport sur la stratégie d'organisation à 5 ans de l'administration territoriale de l'Etat »²⁹ de juin 2013, d'autre part du rapport « Réorganisation des vigilances sanitaires » (septembre 2013) qui propose une modification de la veille sanitaire au niveau régional impactant les ARS.

- Les DIRECCTE

Leur création, décidée en 2008 est effective depuis 2010. Les DIRECCTE regroupent désormais les missions relevant des secteurs travail, emploi, économie, consommation, concurrence, répression des fraudes et métrologie. En conséquence les agents relèvent pour certains du ministère chargé de l'économie et des finances et pour les autres du ministère chargé du travail.

Simultanément les trois services d'inspection du travail (généraliste, agriculture et transports) ont été fusionnés fonctionnellement en janvier 2009. Les réformes en cours (plan « ministère fort », décentralisation en matière de formation professionnelle...) impliquent de nouvelles réorganisations, qui modifieront les conditions de travail des agents.

²⁸ Notamment la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients et aux territoires du 21 juillet 2009 (loi HPST).

²⁹ Rapport au Premier ministre, Jean-Marc Rebière et Jean-Pierre Weiss, juin 2013.

II.1.2.2 - Des changements permanents dans les structures

- Environ la moitié des structures a connu un changement de directeur au niveau régional pendant la dernière année.

D'une façon générale, en particulier en ARS, la stabilité des équipes n'est pas encore acquise, induisant un sentiment de discontinuité, facteur d'insécurité.

- Plus d'un tiers des structures ont connu un déménagement (changement d'implantation du siège, y compris pour les EPN, ou déménagement au niveau départemental). D'autres déménagements sont prévus pour environ un tiers des structures.

Si dans quelques cas, ces déménagements ont été souhaités par les agents, car porteurs d'améliorations, dans la majorité des cas, ces déménagements sont mal vécus en raison notamment la baisse de la surface affectée par agent³⁰ afin de répondre aux exigences de France Domaine (diminution de taille des bureaux, nombre accru de bureaux partagés), de la mauvaise adaptation des locaux à l'accueil des agents³¹, de l'accroissement des temps de trajet (par rapport au domicile ou au restaurant administratif).

Selon le rapport de septembre 2012 de la Cour des Comptes, « la création des ARS a au total permis une réduction importante des surfaces occupées antérieurement par les services des ministères sociaux : le nombre de sites a été réduit de 126 (soit -54%) et les surfaces utiles nettes de 114 188 m² (soit -30%) périmètre tous ministères sociaux, mai 2011, même si la norme de 12 m² par agent, très inégalement observée, ne doit être respectée qu'à l'horizon 2017 ».

A cette réalité s'ajoute la modification des circuits de prise de décision en matière immobilière : en effet ce sont les Préfets qui pilotent et la hiérarchie locale n'a plus la main sur ces dossiers qui relèvent de la politique immobilière de l'Etat³². Ceci concerne les DIRECCTE au premier chef mais également les ARS car « les préfets ont reçu instruction de prendre en compte pour l'élaboration de leur schéma immobilier dans le cadre de la réforme territoriale de l'Etat les problématiques des nouvelles agences en les considérant à cet égard comme des services déconcentrés³³ ».

- des réorganisations multiples

Après la phase de mise en place, la tendance à la réorganisation permanente perdure, liée notamment en ARS à la volonté des directeurs de tester de nouvelles organisations dans les sièges mais aussi entre niveau régional et départemental.

De plus les départs non remplacés nécessitent constamment de modifier l'organisation des services³⁴, ce qui a dans tous les cas des répercussions sur les conditions de travail des personnels.

II.1.2.3 - Des baisses d'effectifs liés à la RGPP

A cet égard, on peut rappeler que les plafonds d'emploi 2010 en ARS ont été fixés à 9590 équivalents temps plein (ETP) et que les effectifs réels transférés au 1^{er} avril ont été de 8508 ETP³⁵. Les plafonds

³⁰ Dans une structure, il a été constaté que pour 40 % des agents, la surface par poste de travail était inférieure à 8 m², et pour 12% d'entre eux celle-ci était inférieure à 7 m².

³¹ Par exemple : absence de toilettes accessibles aux personnes à mobilité réduite en fauteuil (alors qu'un agent est concerné).

³² Les ISST ont noté au moins deux cas de divergences d'opportunité de déménagement ou de suppression d'un site entre Préfet de département et Direction de la structure.

³³ Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, sept. 2012.

³⁴ Par exemple, dans une structure, trois réorganisations internes touchant soit l'ensemble, soit une grande partie du personnel, ont été mises en œuvre sur les quatre dernières années.

d'emploi ont régulièrement diminué : 9442 ETP en 2011 et 9280 ETP en 2012. Les effectifs sous plafond d'emploi, constatés en ETP au 31 décembre 2011 étaient de 8954, puis de 8896 agents en 2012. Pour les agents publics, ce sont essentiellement les catégories B et C qui sont touchées : - 4% pour les B et - 5% pour les C³⁶ entre 2012 et 2011.

Dans les DIRECCTE, les plafonds ministériels d'autorisation d'emplois ont également été abaissés, de 10068 ETPT en 2011, ils atteignent 9899 ETPT en 2012. Les effectifs de référence baissent également notamment les effectifs de catégorie C. En effet ceux-ci diminuent de 108 ETP entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012 alors que les catégories A et B « perdent » respectivement de 32 et 37 ETP sur la même période.

II.1.2.4 - L'augmentation des charges de travail

Dans les DIRECCTE, des difficultés de fonctionnement jusqu'ici latentes sont devenues criantes dans des services tels que FSE³⁷ (surcharge de travail, manque de reconnaissance) services supports (nouvelle répartition entre niveaux régional et départemental, nouveaux outils type Chorus ..) ou de façon plus générale, répercussion de la baisse des effectifs des agents de catégorie C. A titre d'exemple les secrétariats de section d'inspection du travail ont dû être réorganisés faute de moyens ; outre la surcharge de travail pour les agents restants, partagée y compris avec les contrôleurs et inspecteurs³⁸, c'est tout un pan des missions qui n'est plus assuré, celui du premier accueil téléphonique qui permettait de filtrer et réorienter un certain nombre d'appels, tout autant que la perte d'une mémoire collective des dossiers.

Les ARS ne sont pas en reste : l'augmentation de la charge de travail est liée à plusieurs facteurs : baisse des effectifs, temps consacrés à la mise en place des nouvelles organisations, intégration des missions provenant d'institutions très différentes, gestion simultanée de statuts privés et publics. Pour certains agents, déplacements plus lointains, nouvelles collaborations, s'ajoutent à la poursuite des missions et activités.

Cette évolution de la charge de travail nécessite une connaissance fine du travail au quotidien des agents, et doit interroger l'encadrement supérieur sur les arbitrages à effectuer et les modalités de décision.

³⁵ Cf. note 33.

³⁶ Bilan social 2012, réseau des ARS, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative.

³⁷ Dans le service FSE d'une DIRECCTE, un consultant externe a aidé à identifier la charge de travail en procédant au recensement des tâches inhérentes à la vie d'un dossier, pour convenir que les agents présents étaient indispensables au traitement des dossiers. Dans la mesure où une partie du travail est déjà réalisé par des intérimaires et que le départ en retraite d'un agent est prévu dans les 6 mois.. la charge de travail est lourde et le service travaille déjà à « flux tendus » sans marge de manœuvre, même après avoir listé la charge de chacun, mesuré le temps nécessaire pour le traitement de chaque dossier et accru le niveau de polyvalence pour optimiser l'organisation du travail. En outre, l'équipe ne prend plus le temps pour échanger sur le travail et partager la vision sur les dossiers en cours ou à venir, ni sur les décisions prises. Enfin, il ressort de l'analyse que le sur-contrôle est chronophage. On revérifie 100% du travail de contrôle fait par les agents instructeurs.

³⁸ Dans cette structure, les secrétariats ne peuvent faire face à toutes les demandes qui sont faites en raison de la disparition progressive des catégories C. « Pour les agents de catégorie A cela se traduit par plus de temps consacré à la photocopieuse à la mise en page des documents, à la saisie dans les logiciels » (*cahiers de doléances*).

II.1.2.5 -La concentration du pouvoir de décision au niveau régional

La mutation des échelons départementaux a pour conséquence de nouveaux équilibres entre niveau régional et départemental. Elle suscite encore des inquiétudes parmi les agents ; pour certains la crainte de mutation géographique a été présente dès la constitution des ARS et peut être réactivée selon les évolutions de l'organisation. Plus généralement la redéfinition des missions à l'échelon départemental est une forte préoccupation, car elle modifie les contenus des postes des agents (par exemple en spécialisant les agents sur un seul type de tâche).

La répartition des responsabilités et compétences entre niveau local et régional n'est pas encore clairement stabilisée tant dans les ARS que dans les DIRECCTE. Il peut s'agir de choix structurants sur la réorganisation des services tout autant que de choix concernant le quotidien des agents en matière logistique ou de gestion administrative (y compris évaluation et notation des agents). A ce stade, la modification des circuits de décision, encore récente, constitue le plus souvent un facteur de lourdeur dans les procédures et de lenteur dans la mise en œuvre.

II.1.2.6 - La coexistence de cultures différentes

Les DIRECCTE ont repris les missions des directions régionales et départementales de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle ainsi que des missions provenant de sept autres services ; les agents de cultures différentes, avec le cas échéant des grilles salariales différentes (pour l'encadrement) se sont donc retrouvés dans ces nouveaux services déconcentrés organisés autour de pôles qui ont peu l'occasion de travailler ensemble de façon transversale.

Dans son rapport sur l'organisation territoriale de l'Etat publié le 11 juillet 2011, la Cour des comptes indique que « les DIRECCTE réunissent des fonctions de nature différente » ; elle remarque à propos des agents que « leurs cultures professionnelles sont très hétérogènes. Ils sont soumis à des conditions d'emploi extrêmement disparates ». S'agissant des unités territoriales, « elles réunissent des agents relevant pour une part du pôle T de la DIRECCTE et, pour l'autre part, du pôle 3 E, essentiellement en ce qui concerne les questions d'emploi. En raison de leurs compétences, ces deux parties de l'unité territoriale sont quasiment distinctes, au moins sur le plan fonctionnel ».

En ARS, cohabitent trois catégories de personnel : des agents titulaires de la fonction publique d'Etat (provenant du ministère chargé de la santé) des agents contractuels de droit public et des agents contractuels de droit privé (personnels des organismes de sécurité sociale). Dans son rapport, la Cour des comptes indique que « les ARS ont été créées dans un contexte marqué par une certaine résistance de la part de la caisse nationale d'assurance maladie, soucieuse non seulement de l'enjeu financier lié à leur fonctionnement, mais aussi de la préservation des ses prérogatives en matière de gestion du risque ».

La coexistence de l'approche « gestion du risque » portée par l'Assurance maladie et de l'approche « priorités de santé publique » portée par les politiques publiques de santé revêt parfois l'aspect d'un « choc des cultures », créant ainsi des tensions³⁹. A cela s'ajoutent des différences notables dans les grilles de rémunérations, des exigences différentes selon les statuts (obligations des fonctionnaires en matière d'astreinte par exemple) qui amplifient ce phénomène.

³⁹ « Les praticiens-conseil assurent des missions de prévention et de planification de l'offre de soins. Les premières étaient peu développées au sein de l'assurance maladie et suscitent l'intérêt des médecins. La réalisation des secondes est source de difficultés pour les praticiens qui subissent un choc culturel. Ils travaillaient sur la mesure comptable des dépenses et leur efficacité. Il leur est demandé de réfléchir à des questions théologiques de santé publique », CFE-CGC, Compte rendu de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, table ronde du 4 décembre 2013.

XXXXX

En résumé, dans un contexte désormais favorable à la reconnaissance des problématiques de souffrance au travail, les ressentis de mal être et de souffrance dans les DIRECCTE, ARS et la plupart des EPN trouvent leurs racines dans l'exposition des agents à de nombreux facteurs de risques structurels et conjoncturels qui se renforcent mutuellement.

Il importe alors pour les ISST de s'assurer que l'analyse des risques réalisée dans les structures prend en compte ces facteurs généraux, liés aux nouvelles modalités d'encadrement et de gestion induites par la réforme de l'Etat, mais aussi les risques spécifiques propres à chaque structure sur lesquels il peut être plus aisé d'agir.

PARTIE III
LA LENTEUR DES REPONSES FACE A LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL
OBSERVATIONS DES ISST EN REGION

Certes, le déni de la souffrance paraît levé mais celle-ci perdure et fait désormais l'objet de multiples signalements. Face à ce type de problématique, le système est en proie à une quasi inertie : les ISST observent soit une absence de réponse devant des situations de malaise même graves, soit l'existence de « début de réponse » mais partielle, donc inefficace, ou trop tardive, la situation s'étant dégradée et conduisant parfois au pire.

« Nous signalons sans interruption depuis la mise en place de la RGPP devenue la MAP, et comme nos collègues des autres syndicats, que cette situation s'aggrave au fil du temps, et prédispose à un immense gâchis si les choses en restent là. Pour l'instant hélas, ces alertes incessantes n'ont eu aucun effet, et nous le regrettons très amèrement »⁴⁰ déclarent les organisations syndicales.

Au-delà de ces constats qui renvoient pour partie aux pesanteurs inhérentes aux grandes institutions et à un fonctionnement hiérarchique empreint de lourdeur, ne convient-il pas de s'interroger sur un mode de gestion des crises qui mise avant tout sur le silence et la durée, censés régler les situations difficiles grâce à l'usure du temps ? Une prise de conscience de la souffrance au travail est-elle compatible avec l'approche des administrations qui tend à lisser les contradictions entre missions et moyens déployés, à l'heure d'une mutation profonde de l'Etat ? Le rapport au Premier Ministre « la stratégie d'organisation à 5 ans de l'administration territoriale de l'Etat »⁴¹ ajoute d'autres interrogations :

« L'administration territoriale de l'Etat est déstabilisée. Il n'est pas excessif de parler de perte d'identité professionnelle des agents aboutissant à une profonde résignation.

Des césures accrues se sont fait jour entre administrations centrales, régionales, départementales et opérateurs, les difficultés de pilotage se superposent et la qualité du service rendu est mal cernée, révélant des lenteurs souvent significatives avec d'évidents impacts économiques négatifs.

Des obstacles significatifs à l'atteinte de l'efficacité existent à tous les niveaux mobilisant une énergie considérable consacrée à " faire fonctionner " à grand peine les services.

Des questions et incertitudes nouvelles apparaissent dans les esprits, suscitées par la décentralisation: quelle évolution des missions, quel impact sur les structures ? ».

Pour les ISST, toutes ces interrogations peuvent renforcer le sentiment de résignation et d'impuissance et accroître encore les difficultés à mettre en place des réponses concrètes. Et dans leurs observations en région, les ISST font le constat de la lenteur à entrer dans des démarches crédibles et porteuses d'amélioration.

⁴⁰ SNIASS-UNSA 19 décembre 2013.

⁴¹ Jean-Marc Rebière et Jean-Pierre Weiss, juin 2011.

III.1- Le contexte des plans ministériels

L'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique avait retenu dans son programme d'action l'évaluation et la prévention des problèmes de santé liés aux risques psychosociaux. La prise en compte de cette problématique dans les ministères chargés de la santé et du travail a été intégrée différemment dans chaque administration, à la fois en raison des réflexions antérieures mais aussi des positionnements (ARS, services déconcentrés).

III. 1.1 Rappel des principales mesures prévues

III.1.1.1 - Dans le secteur santé

Dès 2007, la direction en charge du personnel du ministère de la santé a abordé la question de la souffrance au travail et fait des recommandations de prévention (circulaire du 27 avril 2007 relative à la préservation de la qualité de vie au travail)..

En mars 2011, la Direction des ressources humaines (DRH) a élaboré un plan d'amélioration des conditions de travail destiné notamment à évaluer la situation dans les différentes structures, services déconcentrés et ARS. Après la phase d'enquête (cf. ci-dessus, introduction partie II) il est apparu que les agents en ARS étaient particulièrement exposés aux risques psychosociaux ; une campagne de formation/sensibilisation à la prévention des risques psychosociaux a été organisée.

Par la suite, le ministère a estimé nécessaire de renforcer son action en ce domaine en élaborant un plan plus complet d'amélioration des conditions de travail adressé aux directeurs généraux d'ARS (circulaire du 6 mai 2013 portant actualisation des orientations ministérielles en matière d'amélioration des conditions de travail).

La circulaire rappelle les obligations et la responsabilité de l'employeur et incite à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés ; elle insiste sur l'intérêt d'un dialogue social de qualité. La circulaire établit des recommandations destinées à l'encadrement en visant à conforter ou restaurer les collectifs de travail d'une part, à mieux prendre en compte le contenu et la charge de travail, d'autre part ; elle souligne l'intérêt d'une approche qualitative et pas seulement quantitative.

Enfin, la circulaire propose aux ARS de mettre en place un dispositif de veille et de suivi et une procédure d'alerte relative aux situations individuelles. Il est prévu que pour les cas qualifiés d'extrêmes (tentative de suicide ou suicide sur le lieu de travail), le secrétariat général et la DRH doivent être immédiatement informés.

En résumé, le plan d'amélioration porte une vision d'ensemble, en abordant l'amont avec des recommandations précises pour l'employeur et l'encadrement, ainsi que le traitement des situations de crise. Sa faiblesse réside dans son statut : il s'agit de recommandations sous la forme d'une « proposition de plan d'action⁴² » ; la mise en œuvre repose sur un pilotage administratif, celui de la DRH ; la place du dialogue social dans ce dispositif reste un point difficile, en l'absence de structure nationale dédiée en matière de santé, sécurité et conditions de travail.

III.1.1.2 - Dans le secteur travail

Par circulaire du 26 janvier 2011⁴³, la Direction de l'administration générale et de la modernisation des services (DAGEMO) a rappelé les objectifs du plan de prévention présenté en juillet 2010 au

⁴² Terme utilisé dans le résumé de la circulaire.

⁴³ Circulaire relative au plan de prévention des risques psychosociaux- pour l'amélioration de la santé psychique au travail des agents.

comité d'hygiène sécurité ministériel. Il comportant 11 points d'inégale importance ; on retrouve comme dans le secteur santé une enquête, des actions de formation. D'autres points plus spécifiques sont destinés au soutien des actions locales et au lancement d'expérimentations.

Un bilan du plan a été réalisé en février 2013 et présenté en CHSCT ministériel. La DAGEMO indique notamment avoir apporté son soutien financier à un certain nombre d'initiatives locales. Si les actions prévues en termes de diagnostic et de formation ont été réalisées, les expérimentations et le séminaire, dans le format initialement prévu, sur la prévention des risques psychosociaux n'ont pas été menés à bien. La DAGEMO conclut dans ce bilan que "l'enjeu majeur pour le ministère réside dans sa capacité à développer une politique globale de prévention des risques professionnels".

III.1. 2 Les plans ministériels vus des régions

L'existence des plans d'action signe la reconnaissance de ces problématiques au niveau ministériel. Pour les ISST, la prise en compte et l'impact de ces plans dans les réflexions et démarches des structures n'ont pu être évalués directement par leurs observations. Seule une méthodologie de type évaluation de politique publique permettrait de mesurer la mise en œuvre et les effets dans les services déconcentrés, les ARS et les EPN. En outre, il est prématuré de vouloir apprécier dans le secteur santé les effets de la circulaire de mai 2013.

Tout au plus les ISST peuvent-ils indiquer de façon très partielle quelques uns des éléments apparus de façon évidente :

- certaines structures ont commencé à réfléchir sur ces questions avant 2010, d'autres restant en retard bien après la publication des circulaires ministérielles ;
- la réalisation des enquêtes nationales a fait l'objet de débats en réunions de CHSCT, les avis étant partagés sur le sujet, certains considérant que les constats avaient déjà été effectués, que la méthodologie proposée n'apportait pas d'éléments de connaissance utiles à l'action et qu'il fallait donner une priorité à la résolution des problèmes ;
- les résultats des enquêtes donnent un éclairage national sur le vécu des agents, mais n'avaient pas pour but d'apporter des éléments opérationnels au niveau local qui font défaut encore aujourd'hui ;
- les journées d'expression dans le secteur travail qui n'entrent pas directement dans le plan ministériel ont été un moment important et riche de contenus ;
- d'une façon générale, les formations organisées ont été diversement appréciées, car pour certains elles apparaissaient trop éloignées de la réalité des services ;
- dans les structures, il semble exister un sentiment de décalage entre les plans 2011 et la difficulté méthodologique à faire avancer concrètement les démarches de terrain.

III .2 - Les observations des ISST en région

III.2.1 Illustration des difficultés à s'engager dans l'action

Les ISST ont repéré en de multiples occasions l'absence de réponse à des situations individuelles de crise ainsi que le hiatus entre la réalisation d'un diagnostic de souffrance au travail et la prise de décisions puis la mise en œuvre d'actions de prévention ou de traitement.

S'il ne paraît pas utile de décrire l'ensemble des situations, compte tenu de leur caractère répétitif, il paraît nécessaire cependant d'illustrer cette lenteur au travers de quelques exemples que l'on peut caractériser selon une typologie graduée depuis l'alerte sur une situation individuelle jusqu'à la réalisation d'un plan d'action.

Ces exemples sont repris sous forme de vignettes totalement anonymisées. Les formulations des titres des vignettes correspondent à ce qui est directement constaté dans les structures ; puis pour chaque vignette, les ISST ont élaboré un avis a posteriori, s'appuyant sur celui de l'ISST qui a observé la situation, et en prenant en compte le contexte et l'évolution.

- alerte sur une situation individuelle et....rien

Dans une structure, un conflit persiste depuis deux ans entre un agent et le chef de service. La direction en est informée. Ce conflit débouche, à la suite d'une altercation verbale, sur une demande de reconnaissance d'un accident de service par l'agent concerné. La direction ne donne aucune suite à cette demande et ne formule pas de réponse écrite.

L'absence de réponse expresse de la direction à la demande de reconnaissance d'un accident de service a été perçue comme du mépris par l'agent concerné dont la souffrance s'est accrue.

Avis ISST :

S'il semble s'agir d'une situation individuelle, en fait, des difficultés avec ce cadre existent aussi avec les autres agents du service : relations tendues, problèmes d'organisation du service... Un traitement des difficultés d'organisation et de relations dans ce service aurait pu être décidé par le niveau supérieur et la demande de reconnaissance d'un accident de service aurait nécessité une réponse formalisée.

- alertes concernant plusieurs situations de crise connues mais insuffisamment traitées

Dans une structure, une situation de crise grave touchant plusieurs personnes est signalée en CHSCT. Elle est liée au comportement d'un cadre et reste sans réponse. Cinq mois plus tard, un droit d'alerte est exercé, la direction reconnaît le problème et tente de calmer la situation a minima. Aucune enquête n'est déclenchée. Six mois plus tard un agent fait une alerte en signalant un danger grave.

Avis ISST :

Une intervention rapide de la direction aurait dû avoir lieu s'agissant d'un problème de comportement d'un cadre déjà connu. Elle aurait dû donner lieu à une prise de décision proportionnelle à la gravité des faits, le cas échéant après enquête du CHSCT permettant d'étayer ainsi les témoignages. Le problème n'a finalement été résolu que plus d'un an après les premiers signalements, ce qui a eu pour conséquence une aggravation de la souffrance collective pendant toute cette période.

- des tentatives de solution à un problème mal ou pas défini

Premier cas :

Saisissant l'occasion d'une proposition de dispositif d'écoute téléphonique commun à plusieurs entités, une structure met ce service à disposition des agents, de façon isolée, sans entamer de réflexion globale sur la question de la souffrance au travail. Les agents ne l'utilisent pas, il est envisagé de ne pas poursuivre. Simultanément des situations aigües sont signalées en CHSCT, repérées en dehors de ce dispositif.

Avis ISST :

L'ensemble des acteurs hésitent encore à parler de souffrance au travail ; la direction est réticente à mettre en place une approche impliquant l'ensemble des agents et portant plus largement sur l'identification de facteurs de risques collectifs.

Second cas :

Des cas de mal être au travail font l'objet de présentation en CHSCT, des situations individuelles sont analysées et des décisions peuvent être prises au cas par cas (changements d'affectation de service, aménagements horaires..).

Avis ISST :

Il s'agit du traitement des cas individuels qui ne permet pas, en l'absence de diagnostic global, d'anticiper ou de prévenir les risques de souffrance collective. Les questions d'organisation collective ne sont pas abordées, par défaut de prise de conscience ou manque d'intérêt de l'ensemble des parties

- Un diagnostic posé dans une structure, resté sans suite pendant plusieurs mois aboutissant à des situations de crise

Dans une structure, une tentative de suicide survient en février 2010. Plusieurs alertes préalables ont déjà été faites par les organisations syndicales auprès du directeur sur la gravité de la souffrance au travail subie par une majorité d'agents ; cette situation a même été identifiée via un questionnaire quelques mois plus tôt.

Avis ISST :

Lorsqu'un diagnostic est posé et ne débouche pas rapidement sur un plan d'action, l'absence d'avancée tangible est source de malaise supplémentaire puisque la souffrance des agents ne semble pas prise en compte véritablement. Sans action concrète qui permet aux agents de transformer leur réalité de travail, non seulement le mal être persiste mais l'inquiétude s'accroît.

- Un diagnostic posé, une réponse inadéquate

Dans une structure, le diagnostic est mené, en même temps que plusieurs situations individuelles sont signalées. Devant la répétition des signalements, une cellule d'écoute est mise en place. Toutefois, les signalements continuent, sont plus fréquents et le climat se dégrade fortement.

Avis ISST :

La réponse à l'urgence des situations est pertinente, mais doit toujours s'accompagner d'une démarche préventive transversale, si l'on veut éviter que les difficultés se répètent, voire s'aggravent. L'implication de la direction est indispensable pour repérer qu'il s'agit bien d'alertes collectives et pas seulement individuelles.

- Diagnostic et plan d'action réalisés sans résultats positifs

Premier cas :

Dans une structure départementale, une journée d'expression débouche sur l'établissement d'un diagnostic et d'un plan d'action. Dans la réalité, le plan d'action se révèle inefficace en l'absence de diagnostic partagé et d'appropriation de la démarche par les agents. Par la suite, deux situations de harcèlement se sont fait jour et n'ont pas pu être traitées au niveau local.

Avis ISST :

La faiblesse qualitative du diagnostic a conduit à l'élaboration d'un plan d'action inapproprié et inutilisable dans la réalité. Ce plan d'action n'a permis ni de prévenir collectivement ni de traiter les cas de souffrance au travail. L'intervention d'un tiers extérieur (prestataire ou niveau régional) aurait facilité le dialogue social et permis de déboucher sur des outils plus adaptés. La situation s'est apaisée suite à l'intervention directe du niveau régional.

Second cas :

Le diagnostic est réalisé, un plan d'action est rédigé ; même si certains points partiels sont mis en œuvre, il ne se traduit pas concrètement dans un changement réel et la situation continue de se dégrader très fortement.

Avis ISST :

La direction en laissant perdurer un climat de méfiance ne perçoit pas les enjeux d'exemplarité inhérents à son positionnement et rend impossibles des actions de prévention.

III.2.2 - Eléments de synthèse

- Le niveau le plus fréquent de prise en compte des questions de souffrance au travail est le traitement des situations individuelles.

Il s'agit de répondre à des situations difficiles considérées comme aigües, le plus souvent selon des modalités d'appui direct à la personne (ou via un dispositif d'écoute ou un traitement au cas par cas par le CHSCT).

Les ISST font le constat a posteriori qu'au delà de cette gestion immédiate, un certain nombre de situations auraient nécessité impérativement un positionnement clair de la hiérarchie pour traiter le problème, y compris en intervenant directement dans des situations de conflits durables, par des arbitrages qui sont de son ressort.

Lorsque cela n'est pas fait la situation se dégrade, et empire. Les réponses de type "écoute" ne remplacent pas le traitement du problème dans sa globalité ; si l'on constate les effets positifs pour les personnes concernées, soulagées dans un premier temps, il convient de s'interroger à long terme sur le risque d'effet négatif lorsque les causes de la souffrance persistent à l'identique. Ces réponses de type écoute posant des questions importantes, un point est spécifiquement consacré à ce sujet en partie IV (point IV.2.2).

Enfin dans quelques cas précis, il apparaît aux ISST que les décisions prises ont protégé l'institution plus que les personnes elles mêmes, c'est le "silence " et " l'inertie" qui priment.

- Les situations individuelles signalent presque toujours une problématique collective.

Dépasser l'approche individuelle pour rechercher les facteurs de risques organisationnels, les déterminants liés au travail, les contraintes professionnelles spécifiques, les mettre en perspective dans une vision plus globale représente une démarche indispensable aussi bien pour progresser efficacement que pour répondre aux obligations des employeurs.

Dans son avis⁴⁴ de mai 2013, le Conseil économique, social et environnemental insiste sur la notion de « passage de l'individuel au collectif », dans le secteur privé, à la suite à des décisions de la Cour de Cassation : « deux séries de décisions illustrent cette extension progressive du champ de l'obligation de résultat, d'abord appliquée aux relations individuelles puis à l'organisation collective : les unes concernent le harcèlement moral, les autres l'organisation et les conditions collectives de travail. En premier lieu, les « méthodes de gestion mises en œuvre dans l'entreprise peuvent être constitutives de harcèlement moral... Par cet arrêt, la Cour ⁴⁵établit ainsi qu'une méthode de management, et pas seulement une relation interpersonnelle déséquilibrée, peut être la cause d'un harcèlement moral. Et, l'employeur étant débiteur d'une obligation de résultat, il importe peu qu'il ait pu prendre des dispositions en vue de faire cesser le harcèlement. En second lieu, la suspension judiciaire de projets de réorganisation de l'entreprise, mesure atteignant directement le pouvoir de

⁴⁴ « La prévention des risques psychosociaux », Sylvie Brunet, les avis du Conseil économique et social, *Les éditions des journaux officiels*, mai 2013.

⁴⁵ Soc., 10 novembre 2009 ; Soc., 3 février 2010.

direction de l'employeur, a été admise par la chambre sociale à l'occasion d'une réorganisation estimée de nature à compromettre la santé et la sécurité des travailleurs concernés (Soc., 5 mars 2008) ».

En conséquence, ces décisions confortent la nécessité de conduire une analyse des situations individuelles dans le but d'apporter des éléments qualitatifs utiles au diagnostic général et aux propositions d'action⁴⁶.

- Les structures passent difficilement de l'étape de la gestion des alertes individuelles à l'étape d'une prise en charge collective et préventive.

Le dialogue social construit avec le CHSCT reste insuffisant dans nombre de cas pour avancer vers une recherche des facteurs de risques. Les diagnostics sont limités dans leurs conclusions et s'étirent dans le temps, pouvant ainsi induire malaise et dysfonctionnement. De plus on observe des délais trop longs entre la réalisation du diagnostic et l'ébauche d'un plan d'actions.

Globalement, si la quasi totalité des structures a réalisé un diagnostic, seulement environ un cinquième d'entre elles ont élaboré un plan d'action. Dans la plupart des cas, la mise en œuvre des actions prévues reste embryonnaire.

- Lorsqu'elles existent, les démarches préventives sont insuffisamment structurées et lisibles.

Les actions proposées ne s'intègrent pas toujours dans une vision d'ensemble, notamment ni aux enjeux stratégiques de l'organisation ni à l'ensemble des activités de la structure.

Très peu cherchent à restaurer les collectifs de travail en impulsant des actions autour de la qualité du travail, en permettant à chacun de trouver /retrouver une position active.

Enfin, un point déterminant semble être le climat général dans lequel se déroule le processus. Lorsque le diagnostic est démarré sous la pression des événements, dans un climat de méfiance, insécurisant pour les agents, la construction d'un plan d'action réellement adapté est difficile voire impossible car trop en contradiction avec le système.

⁴⁶ Selon Ph Davezies le travail d'analyse « se déplace du conflit interpersonnel aux enjeux en termes de travail et aux contradictions de l'organisation du travail » ... « Si les salariés souffrent au travail, c'est parce qu'ils affrontent comme s'il s'agissait de questions individuelles, personnelles, des tensions de l'organisation du travail qui ne sont pas prises en compte par le débat social au sein de l'entreprise », revue du journal des professionnels de la santé au travail, publication du syndicat national des professionnels de la santé au travail, revue n°4, mai 2010.

XXXXX

Au total, au-delà des interrogations générales sur les dysfonctionnements des administrations source de lenteur dans le traitement des problèmes, on constate que dans chaque structure, concrètement, le chemin est long entre la prise de conscience, la réalisation d'un diagnostic utile, la construction partagée d'un plan d'actions et sa mise en place effective, avec suivi et évaluation.

Dans tous les cas, les ISST constatent que l'identification et la reconnaissance de la souffrance au travail constituent une étape essentielle et positive pour une structure alors que la crainte d'aborder le sujet et la dénégation des problèmes entretiennent le malaise.

En effet l'étape d'analyse des risques, si elle est bien menée, peut susciter l'expression des agents, participer à la restauration des collectifs de travail. Dans la mesure où elle débouche sur des actions qui contribuent à développer la capacité d'agir sur l'organisation, elle est porteuse d'effets favorables pour les agents.

Mais le risque de créer des attentes pouvant se transformer en faux espoirs est toujours présent. Et l'absence de réponse crédible peut être anxiogène. Par exemple, des suites trop tardives ou la mise en place d'actions inadaptées comme cela a pu être observé par les ISST contribuent à entretenir un sentiment de malaise général qui explique pour partie que le nombre de signalements de cas de souffrance au travail ne baisse pas.

PARTIE IV
LES ENSEIGNEMENTS DES ACTIONS LOCALES A L'HEURE DE L'ACCORD FONCTION PUBLIQUE
ANALYSE ET PROPOSITIONS DES ISST

Des observations des ISST en région, il ressort que la quasi-totalité des structures ont entamé des réflexions sur la souffrance au travail, même si le constat (cf. partie III) fait apparaître de grandes difficultés à déboucher sur des démarches de prévention et d'actions concrètes. Au demeurant, les travaux déjà engagés devront naturellement être pris en compte lors de l'élaboration des plans d'évaluation et de prévention des RPS qui seront établis dans chaque structure conformément à l'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique d'octobre 2013.

L'accord précise que les plans élaborés dans les structures « devront s'appuyer sur une première phase de diagnostic réalisé dès 2014 et intégré dans le document unique d'évaluation des risques professionnels. La phase de mise en œuvre des plans devra intervenir au plus tard en 2015. Ces plans devront s'appuyer sur une première phase de diagnostic réalisé dès 2014 et intégré dans le document unique d'évaluation des risques professionnels. La phase de mise en œuvre des plans devra intervenir au plus tard en 2015 ».

Ces deux phases devront être réalisées sur la base d'une démarche participative impliquant l'ensemble des agents et le CHSCT devra être étroitement associé à chaque étape.

Les employeurs publics ayant déjà mis en œuvre des actions voire des plans de prévention sur les RPS pourront compléter les mesures déjà initiées, à l'aide notamment des annexes méthodologiques de l'accord cadre. Au regard des objectifs de l'accord cadre, il apparaît que les étapes de diagnostic, puis d'élaboration de plan d'actions et de mise en œuvre nécessiteront des compléments pouvant être importants dans les structures où interviennent les ISST.

Pour cette raison, les ISST proposent ci-après des points d'appui et pistes susceptibles de contribuer à la construction par chaque structure de ses propres réponses pour la phase de diagnostic comme pour la phase d'élaboration d'un plan d'actions ; il s'agit d'une part d'explicitier des repères méthodologiques pour l'étape de l'analyse des risques, d'autre part d'aborder les nouvelles problématiques qui se font jour pour les directions comme pour les CHSCT : en effet la thématique des conditions de travail, incluant la souffrance au travail, constitue un champ de compétence encore nouveau pour les CHSCT, alors que simultanément le cadre institutionnel est largement modifié par la réforme de l'Etat, nécessitant des ajustements dans l'équilibre des rapports entre région et département. Les ISST ont pu observer des difficultés spécifiques, ou au contraire des avancées et innovations, et en ont sélectionné certaines dans ce qui suit, pour nourrir les réflexions et débats.

IV.1 Points de vigilance des ISST sur l'étape du diagnostic

Dans la partie I du rapport, les ISST ont fait part de leurs observations sur les diagnostics tels qu'ils sont menés dans les DIRECCTE, ARS et EPN, et conclu que l'analyse des risques est la plupart du temps incomplète. En confrontant leurs analyses de terrain et au regard des données de la littérature sur le sujet⁴⁷, les ISST proposent une liste non exhaustive de points de vigilance et recommandations (marqués par une flèche dans le texte) qui concourent, de leur point de vue, à la qualité de l'étape de diagnostic. Ces points leur servent désormais de fil conducteur méthodologique lors de leurs interventions dans les structures.

IV.1.1 - Le recours au prestataire

Certaines structures souhaitent faire appel à un prestataire afin de disposer d'un avis extérieur, perçu comme neutre.

- ➔ Lorsqu'un prestataire est sollicité, les ISST recommandent un vrai travail préparatoire associant direction et CHSCT en amont pour approfondir les objectifs, puis la mise en place d'un suivi régulier des travaux du prestataire pour se situer au plus près du contexte local et des attentes des agents.

IV.1.2 - Le contenu de l'état des lieux

Le choix de faire un diagnostic « à plat », simplement descriptif de la perception individuelle des agents est lourd de conséquences pour la suite, car participant d'un manque de réactivité face au constat (cf. partie III).

Pour certaines structures, faire le diagnostic paraît suffisant sur ce sujet. Elles n'anticipent pas les suites à donner et se privent d'une phase de diagnostic plus complète susceptible d'identifier des facteurs de risque organisationnels et quelques leviers spécifiques pour proposer des actions précises.

Mais il est probable également que certaines directions ne souhaitent pas aller plus loin, par crainte d'une remise en question ou d'une intrusion dans des problématiques qu'elles estiment relever exclusivement de leur champ de compétence.

Pour les ISST, la finalité du diagnostic au-delà de la dimension descriptive comporte nécessairement une dimension de projet, représentant une évolution souhaitable au regard d'une compréhension de la situation, qu'elle soit partagée par tous ou au contraire mise en débat.

D'une façon générale, les ISST estiment important de choisir le bon niveau de description de la structure, de l'organisation du travail, en décrivant le fonctionnement/les systèmes d'action, leurs articulations, en interrogeant la pertinence, les moyens matériels, le « comment » on met en œuvre pour répondre aux exigences externes tout autant qu'à celles de chaque agent.

Aussi, les ISST sont-ils vigilants sur la démarche initiale de lancement du diagnostic : il est essentiel qu'un débat sur les objectifs (descriptifs seulement ou également opérationnels ?) soit organisé au

⁴⁷ Notamment les documents de l'Institut national de santé publique du Québec et de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

préalable dans le cadre du CHSCT⁴⁸; ce débat peut nécessiter un temps de formation sur les différentes approches de la souffrance au travail ; il permet d'adapter la méthode de diagnostic aux objectifs et au contexte (métiers, missions, changements organisationnels, collectifs de travail, modes d'expression diversifiés...).

- ➔ Les ISST recommandent que la méthode et les objectifs fassent l'objet d'un débat approfondi en CHSCT.
- ➔ Les ISST recommandent que l'analyse des risques permette de comprendre, à partir de situations concrètes, le fonctionnement de la structure et son organisation, les risques liés aux nouvelles modalités d'encadrement et de gestion induites par la réforme de l'Etat et les risques spécifiques propres à la structure.

IV.1.3 - La méthode de recueil

Le choix de la méthodologie n'est pas anodin, il dépend des objectifs fixés, il en va de même du choix des questionnaires d'enquête.

Dans la partie I, les ISST ont observé que le diagnostic est enrichi lorsque des méthodes faisant appel au collectif sont mises en place⁴⁹.

- ➔ Il est utile de faire appel à des méthodes permettant une expression collective. Ces groupes permettent une expression individuelle tout en construisant une expression collective, essentielle à l'identité de chacun comme à la reconnaissance de la compétence et du savoir du collectif de travail. Ils permettent d'identifier des problèmes communs à l'ensemble des agents et des problèmes spécifiques à certaines unités de travail. Ils apportent des éléments concrets de pistes d'amélioration à proposer dans un plan d'action.
- ➔ Il est impératif que les groupes d'expression soient fondés sur le volontariat. L'exigence de respect des personnes et de leurs droits est un préalable en matière de prévention de la souffrance au travail. Les ISST ont eu connaissance d'une structure qui a rendu obligatoire la participation et même l'expression des agents. Les organisations syndicales ont dénoncé cette démarche, qui a cependant été mise en œuvre : le travail engagé s'en est trouvé totalement décrédibilisé.
- ➔ Les ISST recommandent le recours à des groupes de pairs⁵⁰, plutôt qu'interhiérarchiques, facilitant l'expression de tous et permettant une parole libre, dans le respect strict des règles de confidentialité.
- ➔ Il est essentiel de veiller à la qualité de l'animation des groupes, qui suppose au mieux une intervention extérieure et a minima une formation spécifique.

⁴⁸ L'accord cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique prévoit que l'employeur réalise un diagnostic partagé présenté et débattu en CHSCT et l'intervention en amont de ce dernier.

⁴⁹ Le protocole d'accord relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique cite notamment dans les aspects qualitatifs à prendre en compte dans les critères d'évaluation des démarches mises en œuvre : l'implication des personnels, les aspects collectifs, l'expression des agents (Axe 3, mesure 8, orientation 8.1).

⁵⁰ Position issue de l'expérimentation des espaces de dialogue menée en 2010 par l'Institut de Recherches économiques et sociales avec la Direction générale des finances publiques.

IV.1.4 - L'utilisation d'indicateurs collectifs de veille

Il s'agit de rassembler un certain nombre d'indicateurs relatifs à la santé, aux conditions de travail des agents, ainsi qu'au climat social.

- ➔ Un travail avec le CHSCT sur les indicateurs utiles est nécessaire afin d'en sélectionner certains, de les définir précisément (arrêts maladies selon la durée, demandes de changements de postes, nombre d'heures écrites etc.) et d'en déterminer les modalités d'utilisation.
- ➔ Le rapport annuel de bilan et le programme annuel de prévention, tels que prévus par les dispositions du décret de mai 82 modifié (article 61) reprenant celles du code du travail (articles L 4612-16 et L 4612-17) auraient vocation à regrouper ces indicateurs collectifs pour examiner leur évolution sur plusieurs années, alors qu'ils sont rarement élaborés et présentés en CHSCT.

IV.1.5 - La mobilisation des acteurs

Les modalités de suivi de l'étape du diagnostic sont différentes selon les structures : par le CHSCT exclusivement, mise en place d'un comité de pilotage, suivi du prestataire par le service gestionnaire...

Il importe de veiller à ne pas créer une fracture entre ceux qui participent et les autres, tout en respectant ceux et celles qui, par conviction personnelle, refusent de participer à ce type de démarche.

- ➔ Les ISST recommandent que la démarche diagnostique soit relayée régulièrement auprès de l'ensemble des agents.

En effet lorsqu'une telle démarche est entreprise, certaines personnes se mettent en retrait par méfiance, par repli sur soi de peur de ne pas être entendues, par difficulté d'expression et se sentent encore plus éloignées du débat.

- ➔ Dans le même esprit il est essentiel de partager les premiers éléments du diagnostic en restituant les résultats sous des formes appropriées à l'ensemble du personnel.

IV.2 Dialogue et échanges sur le travail : nouvelles pratiques repérées par les ISST

Le protocole d'accord relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique rappelle que « l'obligation de sécurité de résultats en matière de protection de la santé physique et mentale incombe à l'ensemble des employeurs, publics comme privés, pour l'ensemble des salariés et des agents publics, quel que soit leur statut professionnel ». Il énonce les engagements des employeurs publics en matière de prévention des risques professionnels et notamment « favoriser le dialogue et les échanges sur le travail et au sein des équipes de travail, notamment en donnant aux instances représentatives des personnels les moyens de leur action ».

Des informations recueillies par les ISST, il ressort que peu de démarches globales de prévention de la souffrance au travail, comportant d'une part des actions de long terme notamment celles touchant à l'organisation du travail et aux pratiques de gestion, d'autre part des actions de court terme, plus simples, sont réellement engagées.

Toutefois un certain nombre d'actions ont pu être mises en place dès à présent dans quelques structures, apportant des innovations intéressantes. Bien que ces actions soient rarement inscrites dans un plan d'ensemble assurant la continuité du projet et sa crédibilité, elles apportent néanmoins des éclairages sur un des points centraux d'une politique de prévention des risques de souffrance au travail, l'implication des acteurs.

Aussi à ce stade, les ISST se sont attachés à examiner plus particulièrement ce type d'actions dont certaines bien qu'ancrées dans le court terme sont susceptibles d'avoir des effets sur le long terme. A travers ces actions, deux principales séries de questions se posent :

- du point de vue des organisations syndicales, comment conforter le rôle du CHSCT, dans le respect des attributions et de la place de chacun ?
- du point de vue des employeurs, des facteurs généraux protecteurs de la santé psychique des agents peuvent-ils être repérés ?

Les cas exposés ci-après permettent de repérer des points forts et les écueils ou limites éventuels ; on peut observer les premiers résultats mais on dispose de peu d'éléments de suivi et d'évaluation sur le moyen terme. Ces pratiques de terrain répondent à des besoins identifiés dans une structure donnée, elles ne sont donc pas reproductibles dans une autre structure sans analyse précise des spécificités, des problèmes à résoudre et des adaptations nécessaires.

IV.2.1 - Le CHSCT

Les récentes évolutions législatives et règlementaires⁵¹ ont renforcé le rôle des CHSCT. L'accord cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique précise que le CHSCT « est en effet l'instance légitime d'échanges, de débat et d'avis entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention des risques du fait de son rôle pivot au cours des différentes étapes de la démarche de prévention : réflexion, diagnostic, élaboration de mesures et suivi de leur mise en œuvre ».

En intégrant les conditions de travail dans leur champ de compétence, puis le sujet complexe de la souffrance au travail, les CHSCT ont donc vu leur rôle se modifier notablement depuis deux ans et ont en conséquence développé de nouvelles modalités de travail, dont certaines ressortent de l'innovation et /ou de l'expérimentation.

Les ISST ont souhaité dans ce qui suit présenter quelques unes des actions entreprises par les CHSCT, sans vocation à l'exhaustivité, à travers des exemples concrets. Ils abordent également deux thèmes qu'ils ont repérés comme des points sensibles, celui du positionnement du CHSCT vis-à-vis de l'employeur, et celui du dialogue social de proximité.

⁵¹La loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique a élargi fortement le domaine d'interventions des CHSCT en y adjoignant les conditions de travail et a modifié leur fonctionnement ; il en ressort que le CHSCT se positionne davantage comme une instance représentative du personnel.

IV.2.1.1 - Réalisation d'un pré-diagnostic de souffrance collective par le CHSCT

Un CHSCT a souhaité mener lui même une étape de pré-diagnostic dans un service où une souffrance collective s'exprimait. Une méthode a été validée en réunion du CHSCT par une délibération précisant les objectifs de la mission. La direction a tenu une position neutre : ni accord formel, ni entrave.

Pendant des permanences assurées par eux, les membres du CHSCT ont conduit des entretiens basés sur le volontariat, en s'aidant d'une grille élaborée collectivement et avec l'assistant de service social. Ainsi le questionnaire a été adapté aux problématiques locales et aux situations de travail des agents. Il a été rempli lors de l'entretien puis anonymisé.

Premiers résultats observés :

Selon les membres du CHSCT, cette méthode a facilité la parole des personnes les plus en difficulté, en offrant un temps d'écoute au-delà du seul remplissage du questionnaire. L'enquête a fait apparaître une souffrance en lien avec le travail chez les agents qui avaient participé, ce qui a conduit le CHSCT à demander qu'une enquête soit menée à plus grande échelle. Le président du CHSCT a récusé les résultats de l'enquête, les considérant comme biaisés.

Avis ISST :

Les membres du CHSCT ont réalisé une étude qualitative, destinée à rassembler des informations pour objectiver la souffrance au travail. Ils se sont investis de cette fonction au titre de leur mission d'analyse des risques professionnels et des conditions de travail et de leur mission de contribution à la promotion de la prévention des risques professionnels. Ils ont développé un outil adapté à la situation. La méthode repose sur la qualité des membres intervieweurs, qui doivent être expérimentés et investis, et nécessite neutralité, discrétion et l'obligation de respecter la confidentialité des entretiens ; elle nécessite également qu'un temps suffisant soit dégagé pour réaliser la démarche dans son ensemble (élaboration du questionnaire, information, entretiens, synthèse).

Cette action, destinée à objectiver une souffrance au travail et/ou des risques de souffrance au travail constitue l'étape de dite de pré-diagnostic, qui peut être réalisée selon diverses modalités. Une telle étape est recommandée dans la brochure de l'INRS « Stress au travail, les étapes d'une démarche de prévention », ED 6011, mars 2009.

Au demeurant ce travail déjà réalisé devra être pris en compte et complété conformément à l'accord cadre relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique.

IV.2.1.2 - Enquête sur un cas individuel en impliquant des membres du CHSCT d'un autre département

A la suite d'un arrêt de travail posant une question de souffrance au travail, l'agent fait une demande de reconnaissance en accident de service.

Le CHSCT régional met en place une commission d'enquête. Il détermine

- les principes de fonctionnement : confidentialité, collégialité, engagement de la direction à ce qu'il n'y aura aucune conséquence sur l'avenir professionnel des agents auditionnés et des membres de la commission d'enquête,
- le cadre de l'enquête : mission, objectifs, champ d'investigation (compréhension de la situation et de ce qui a amené à cette situation),
- la composition de la commission. Les agents délégués pour faire l'enquête au nom du CHSCT sont hors du département,
- les modalités pratiques : durée, organisation sur lieu de travail ou sur un autre lieu à la demande des agents, possibilité d'entretiens téléphoniques.

Premiers résultats observés :

La commission d'enquête reconnaît la souffrance au travail de l'agent à l'initiative de l'enquête et préconise la reconnaissance par la direction de la structure départementale de la situation de souffrance au travail sans se prononcer sur la reconnaissance en tant qu'accident de service. Elle constate de plus que l'évolution récente de l'organisation ne permet pas de préserver la santé physique et mentale de l'agent.

Avis de l'ISST :

Outre leur caractère réglementaire, l'intérêt de ces enquêtes est de permettre d'identifier les risques collectifs et dans la mesure du possible de proposer des moyens de les prévenir. Le fonctionnement des commissions d'enquête gagne à être prévu sereinement « à froid » avant qu'un événement (accident ou maladie professionnelle) ne survienne. C'est tout l'intérêt de la démarche du CHSCT qui en l'occurrence a défini une procédure pérenne.

Par ailleurs, il faut souligner le choix du CHSCT qui a confié l'enquête à des membres du CHSCT non impliqués localement. Cette modalité d'intervention est particulièrement adaptée à la situation d'une petite structure où les agents se connaissent depuis longtemps.

IV.2.1.3 - La « régulation » de cas individuels en CHSCT

Les difficultés professionnelles des agents sont abordées en réunion du CHSCT, avec leur accord. Les agents concernés souhaitent en effet que le CHSCT soit informé, au-delà du seul service ressources humaines, pour bénéficier d'un autre regard sur la situation.

Premiers résultats observés :

Un certain nombre de situations sont examinées et des propositions de solutions sont élaborées.

Avis ISST :

Empiriquement ce fonctionnement peut résoudre certains problèmes mais pose de nombreuses questions :

- l'accord préalable des agents concernés est requis
- les risques que l'échange d'informations aille au-delà de la situation professionnelle et déborde sur des questions personnelles sont majeurs
- le compte rendu du CHSCT ne doit pas faire état nominativement des situations examinées
- plus globalement, il importe que ce type d'actions débouche sur une analyse collective des risques professionnels et s'inscrive dans une démarche transversale de prévention de la souffrance au travail. Ainsi les éléments d'analyse des situations professionnelles devront a minima nourrir le plan d'action prévu par l'accord cadre. De plus l'opportunité de cette modalité de gestion des difficultés devra être discutée lors de l'élaboration du plan d'action.

IV.2.1.4 - Le CHSCT et les instances de suivi et de pilotage

La participation de membres du CHSCT à une « commission RPS », comité de pilotage, groupe de suivi etc. suscite des questions et les réponses sont différentes d'une structure à l'autre.

Ces différents groupes de travail ou comités répondent à des objectifs précis : mise en place d'une démarche, suivi d'un prestataire, élaboration d'un plan d'action, suivi de la mise en œuvre etc.

Les membres des CHSCT souhaitent toujours être associés aux réflexions de démarrage, à la rédaction du cahier des charges lorsqu'il y a un appel d'offre pour un prestataire extérieur.

En revanche sur d'autres sujets, certains souhaitent participer de façon directe dans les groupes mis en place, d'autres considèrent que c'est de la seule responsabilité de l'employeur.

Dans tous les cas, même si les modalités d'implication sont différentes, la saisine du CHSCT doit être organisée à tous les stades afin de permettre le débat collectif sur la méthodologie, les enjeux, les actions proposées.

Par ailleurs, les ISST soulignent l'intérêt de proposer, en concertation avec le CHSCT, diverses formes d'associations directes des agents dans les groupes de travail et comités de pilotage pour permettre une élaboration et une réflexion collectives plus larges.

IV.2.2 - Le cas particulier des dispositifs d'alerte pour les situations difficiles

Un certain nombre de structures ont mis en place des dispositifs internes destinés à répondre aux situations d'urgence face à la détresse d'un agent en difficulté.

Ces dispositifs sont le témoin que cette détresse est prise au sérieux et apportent dans un premier temps une aide et des réponses immédiates, débouchant si besoin sur une proposition d'orientation vers un médecin ou un psychologue.

Ces dispositifs reposent souvent sur la participation de membres du service ressources humaines, de membres du CHSCT, du conseiller de prévention, de l'assistant de service social, du médecin de prévention/travail.

Toutefois, les assistants de service social ne souhaitent pas toujours y être impliqués, de même que les médecins de prévention/travail qui craignent une confusion des rôles.

En effet, des risques de dérive existent :

- ces dispositifs ne peuvent être mis en œuvre que sous réserve de l'accord de la personne concernée.

Les ISST rappellent constamment ce principe éthique, qui est loin d'être toujours respecté.

La circulaire DRH du 6 mai 2013 portant actualisation des orientations ministérielles en matière d'amélioration des conditions de travail, adressée aux ARS, précise les objectifs et le rôle des différents intervenants dans le cadre d'une procédure d'alerte relative aux situations individuelles difficiles et rappelle la nécessité de l'accord de la personne concernée. Elle établit une distinction entre le rôle des intervenants sociaux et médicaux saisis en première intention et celui de l'encadrement.

Dans certaines structures, il est proposé à l'encadrement de faire appel à ce dispositif pour signaler la situation d'un agent. Si l'on peut comprendre le souci de l'employeur d'assurer la sécurité des agents, cette modalité d'intervention ne saurait être possible que sous réserve de l'accord exprès de la personne et que son libre consentement soit garanti. Ce rôle ne doit pas conduire à faire endosser à l'encadrement intermédiaire une trop forte responsabilité de veille anxigène susceptible dans certains cas de culpabiliser l'encadrant, d'autant que l'encadrement intermédiaire n'est pas toujours en capacité, même s'il a reçu une formation, de détecter les agents en souffrance.

- parfois, ces dispositifs se transforment en cellule d'écoute.

Il y a lieu en effet de distinguer dispositif d'alerte en cas de situation difficile et cellule d'écoute. Dans certaines structures, les dispositifs prennent en effet des formes mixtes entre alerte et prise en charge, prenant le nom de cellule d'écoute, dispositif d'accompagnement, de prise en charge etc., situant davantage leur champ d'action dans celui de la santé au travail plutôt que dans le champ des conditions de travail.

Les ISST, de par leurs observations, soulignent leurs vives réticences à ce que les dispositifs d'alerte évoluent vers une cellule d'écoute psychologique interne à la structure et rappellent que seule la situation de travail peut être abordée et en aucun cas des éléments relatifs à la vie privée ne doivent être recueillis.

D'autre part seule une cellule d'écoute extérieure à la structure peut garantir la confidentialité et le professionnalisme qui sont le minimum requis pour assurer une écoute de qualité.

- Il est de la responsabilité de l'employeur de rappeler que les interlocuteurs privilégiés pour un agent en situation de souffrance au travail sont le médecin du travail/prévention et l'assistant de service social et donc de diffuser régulièrement des informations sur leur rôle et les moyens de les contacter.

Leur accessibilité doit être garantie par la détermination de plages horaires appropriées et la mise à disposition de lieux faciles d'accès et garants de la confidentialité de la rencontre.⁵²

Tout agent peut solliciter le médecin du travail/prévention ou l'assistant de service social pour un entretien.

Dans les ARS, l'examen médical peut être demandé par l'employeur en ce qui concerne les agents de droit privé⁵³. Cette disposition n'est pas explicitement prévue dans le décret de 1982 modifié. En revanche l'assistant de service social du personnel intervient « à la demande de l'agent, de son entourage ou de l'administration⁵⁴ ».

Une intervention directe de l'encadrant auprès d'une personne qui semble en situation de détresse doit permettre une première évaluation de la situation. A cette occasion un rappel des possibilités d'accès aux professionnels médico-sociaux doit être fait.

Enfin, l'agent peut saisir directement lui même l'employeur. Il convient alors de rappeler les obligations de l'employeur dans ce cas. L'étude publiée dans la Semaine Juridique Social (cf note 52 donne des éléments précis en la matière : « Dans le secteur public, les politiques dites de « prévention des risques » s'appuient sur une réglementation très détaillée. Ainsi l'évaluation des risques professionnels dans un document unique et l'élaboration d'un plan de prévention doivent dorénavant inclure les risques psychosociaux. Cette même obligation impose à l'employeur de prendre en compte les déclarations d'un agent qui se plaint de souffrance au travail, en réalisant une enquête interne et en sollicitant un rapport du médecin de prévention. De même un employeur qui connaît la fragilité de l'état de santé de l'agent doit prendre les mesures nécessaires pour éviter qu'il ne s'aggrave ».

- D'une façon plus générale, ces dispositifs d'alerte voire ces cellules d'écoute restent limités à leur vocation d'aide en urgence mais ne traitent pas les causes collectives, au risque de renforcer au contraire une approche strictement individuelle, évitant une réflexion globale sur les pratiques de gestion, l'organisation du travail etc.

Il importe donc sur ces sujets d'une part, de mener une réflexion approfondie avec les médecins de prévention/travail et assistant de service social afin de clarifier et cadrer le rôle des dispositifs et procédures d'alerte et d'écoute, d'autre part d'élaborer avec les acteurs concernés une méthodologie d'analyse des risques professionnels repérables dans ces situations de travail sources d'alerte : surcharge de travail, travail isolé, pratiques de gestion, organisation etc..

⁵² « Dans les cas individuels de souffrance au travail, le rôle du médecin du travail peut s'avérer essentiel dans la prévention et la résolution des situations les plus difficiles. Si nécessaire, il peut prononcer une inaptitude temporaire ou proposer une inaptitude au poste afin de soustraire l'agent à une situation générant une atteinte à la santé psychique, per exemple en cas de grave conflit relationnel », Risques psychosociaux et souffrance au travail : vers un rapprochement du droit du travail et du droit de la fonction publique, Jean-Luc Crozafon, La Semaine Juridique Social n°3, 21 janvier 2014, 1024.

⁵³ Article R4624-17 du Code du travail « indépendamment des examens périodiques, le salarié bénéficie d'un examen par le médecin à la demande de l'employeur ou à sa demande ».

⁵⁴ Circulaire du 24 mai 2013 relative aux missions et à l'organisation du service social du personnel du ministère des affaires sociales et de la santé, du ministère du travail, de l'emploi de la formation professionnelle et du dialogue social, du ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative.

IV.2.3 - Le dialogue social, au niveau local, au niveau national

- Au niveau local

En ce qui concerne la question de la souffrance au travail, les ISST ont pu observer tout l'intérêt des structures départementales de concertation, lorsqu'elles existent, pour permettre une réelle implication de l'ensemble des agents. Il peut s'agir de structures informelles, type « commission locale hygiène sécurité » ou de structures formalisées, type CHSCT spéciaux, tels que prévus par la réglementation en vigueur.

Dans tous les cas, ce niveau local représente plusieurs atouts :

- il conforte le dialogue social en reconnaissant des interlocuteurs, et dans le cas de CHSCT spéciaux prévoit des temps de délégations et de formation,
- il facilite l'information localement auprès des agents, et fluidifie les liens avec l'échelon régional,
- il peut être saisi plus aisément par les agents, en raison de la proximité des membres du CHSCT
- il dispose d'éléments de connaissance fine des pratiques de travail, de gestion, des circuits d'information, des spécificités liées au site etc.

Le cadre d'action de l'échelon local aurait vocation à s'inscrire dans le plan de prévention des risques psychosociaux.

Dans cet objectif, il conviendra de déterminer le rôle de l'échelon local et de s'interroger sur les limites de l'action locale. L'exemple cité au point « IV.2.1.2 - Enquête sur un cas individuel impliquant des membres du CHSCT d'un autre département » montre qu'il est nécessaire de prendre de la distance dans le traitement de situations locales susceptibles d'impliquer personnellement les agents membres du CHSCT spécial ou de la commission locale de concertation.

Ainsi, en fonction des circonstances, la saisine du niveau régional pourrait être pertinente dans certains cas. Ces questions d'articulation entre niveau départemental et régional sont porteuses de dynamique en ce qu'elles reconnaissent le rôle complémentaire de chaque niveau.

- Au niveau central

Pour le secteur travail, il existe un CHSCT ministériel (CHSCTM).

Pour le secteur santé, comme pour les établissements publics à caractère national⁵⁵, il n'existe pas de CHSCT national compétent pour les ARS. Les organisations syndicales ont proposé différentes solutions pour que les questions de santé, sécurité et conditions de travail dans les ARS puissent être abordées au niveau national : soit en donnant cette compétence au CHSCT ministériel, ou bien en créant un CHSCT commun à tout ou partie des établissements publics, ou enfin en demandant au comité national de concertation de prendre en charge ces sujets.

Il manque en effet côté santé l'équivalent du CHSCTM, qui puisse être consulté aussi bien sur les questions communes (projets d'aménagement important notamment) que sur des questions ponctuelles (lieu de recours en cas de refus au niveau régional de faire appel à un expert agréé).

Cette question mériterait d'être traitée dans le cadre de l'annexe I du protocole d'accord relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique, annexe intitulée « renforcement des acteurs de la politique de prévention des risques professionnels ».

Par ailleurs, il serait utile que ce niveau central puisse faire des propositions en matière de connaissance de la mise en œuvre des plans de prévention régionaux et de leur évaluation et dispose d'informations précises sur le contenu des actions prévues et engagées.

⁵⁵ A noter que le décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, modifié, prévoit à l'article 49 que « Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ministériel peut recevoir compétence pour examiner des questions communes à tout ou partie des établissements publics administratifs relevant du département ministériel concerné, lorsqu'il n'existe pas de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail commun à ces établissements créé à cet effet ou que l'intérêt du service le commande ».

IV.2.4 - L'employeur

Le protocole d'accord relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique fixe des objectifs précis aux employeurs ainsi qu'un calendrier.

Un des facteurs de réussite de la démarche résidera donc dans la capacité de la direction à s'engager réellement, en accordant autant d'importance au processus mis en œuvre tout au long qu'aux actions spécifiques à déployer. Il appartient à chaque structure de déterminer son plan d'action et de le mettre en œuvre. Au-delà des spécificités propres à chaque structure, les ISST ont pu observer des facteurs généraux concourant à la protection de la santé psychique des agents ; à titre d'exemple deux points sont développés ci-après.

IV.2.4.1 - Le rôle des services de ressources humaines au niveau local

Les services des ressources humaines sont souvent au premier plan lorsque des situations individuelles difficiles apparaissent. Leurs besoins propres doivent être étudiés précisément, et en amont les bonnes pratiques de gestion partagées : anticipation des mobilités, accueil des nouveaux arrivants, recueil des besoins de formations, accompagnement des reprises de travail, transparence et information sur les mutations, les promotions etc. Une attention particulière doit être portée en cas de demande de reconnaissance en accident du travail/accident de service pour qu'une réponse soit effectivement donnée à l'agent.

Les ISST font le constat d'un ressenti et d'un regret des agents de ne pas avoir d'interlocuteur local pour la gestion des ressources humaines (RH) et tout particulièrement en cas de difficulté, dont le traitement revient le plus souvent au niveau régional. Ce niveau peut être pertinent dans certains cas afin de disposer d'un avis distancié. Toutefois un traitement local pourrait simplifier les circuits, permettrait un investissement du responsable hiérarchique sur la gestion des ressources humaines, au plus près des problématiques des agents, contribuant ainsi à la bonne connaissance des équipes de travail, de leurs pratiques et des relations dans la structure.

Pour les ISST, la prise en compte des questions RH au plan local pourrait être examinée dans le cadre du plan de prévention des RPS, afin de trouver le bon niveau de traitement et les articulations indispensables entre département et région.

IV.2.4.2 - Environnement de travail et climat général : un facteur clé pour les ISST

La Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale dans son récent rapport d'information⁵⁶ (Mecss) « Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance » indique qu'il faut « recoudre le lien social à l'intérieur des ARS », « démocratiser la gouvernance et accroître la transparence ».

En effet « selon les auditions menées par la Mecss⁵⁷, l'appréciation portée sur les actions de l'agence dépend de manière sensible de la personnalité de son directeur général. Pour s'extraire de cette

⁵⁶ Rapport n° 400 (2013-2014)

⁵⁷ « Du fait de la loi HPST, l'organisation même des ARS, avec un directeur général tout puissant et un conseil de surveillance simple adjuvant, entraîne une très grande dépendance à la personnalité même du directeur général et à la qualité des relations humaines », Catherine Genisson, compte rendu de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale, 10 juillet 2013.

logique, un meilleur équilibre des pouvoirs doit être recherché, tant dans la gestion interne que dans la composition et le rôle du conseil de surveillance ». « Une claire priorité doit donc être accordée par les autorités de tutelle à l'amélioration du climat social dans les agences ». Pour cela, la Mecss recommande de « Faire vivre pleinement les instances représentatives du personnel dans les ARS » et d'« engager une véritable politique de prévention des risques psycho-sociaux pour contrer le sentiment de mal-être exprimé par un grand nombre d'agents ».

D'une façon générale, dans l'ensemble des structures et pas seulement dans les ARS, le climat relationnel est déterminant ; la confiance de la hiérarchie envers les agents, et réciproquement la confiance dans la capacité de la hiérarchie à arbitrer aussi bien les priorités et les moyens que les tensions pour éviter des les voir dégénérer en conflits, sont des éléments importants pour la prévention de la souffrance psychique en lien avec le travail.

Les ISST ont pu observer une structure où a été développée une culture du risque professionnel, qui permet d'appréhender le risque de souffrance au travail et de l'intégrer dans la prévention de l'ensemble des risques. Mais cette culture ne se suffit pas à elle seule ; il faut de l'énergie, de la conviction, des actes et de la stabilité pour installer un climat de confiance qui modifie les relations de travail.

Dans cette structure, le responsable régional a à la fois une grande expérience professionnelle dans les services du ministère et une implantation régionale forte. L'évaluation des risques professionnels est un sujet d'intérêt, porté depuis plusieurs années. Une équipe stable est organisée sur ce domaine depuis longtemps (assistant de service social, conseiller de prévention, forte implication du service RH). La direction s'appuie sur la culture antérieure des agents ; elle a une capacité d'arbitrage en matière d'organisation du travail et trouve des marges de manœuvre par rapport à ses priorités. Elle porte une attention forte à la vie quotidienne des agents. Elle réagit rapidement lorsqu'elle a connaissance d'une difficulté.

Une démarche originale a été élaborée avec un prestataire, d'emblée destinée à permettre d'agir, en prenant en compte l'ensemble des risques professionnels. Le plan construit intègre les RPS, il est évolutif selon les nouveaux besoins. Le CHSCT fonctionne, il est consulté par la direction. Cette dernière organise le suivi des demandes du CHSCT, à l'aide d'une équipe dédiée. Le rôle du médecin de prévention/travail est clair et approprié à ses missions. Un groupe de travail réfléchit sur les sources de risque.

On observe, dans cette structure, que près d'une vingtaine de cas de situations à risque de souffrance au travail étaient constatées par le médecin de prévention/travail dans son rapport annuel 2011, le rapport annuel 2013 en présente près d'une dizaine, signe de la nécessité de poursuivre les actions engagées.

Il convient de rappeler que si la structure est en mesure d'agir sur les risques particuliers dépendant spécifiquement de l'organisation et de la gestion internes, propres à la structure, il existe des facteurs externes sur laquelle la structure n'a pas de possibilité d'action et ne dispose pas de marge de manœuvre.

Dans ce dernier exemple, se retrouvent de nombreux points déjà évoqués tout au long du rapport : une direction engagée, consciente de la nécessité d'agir, qui consacre réflexion et moyens à la prévention de la souffrance au travail, reconnaît les compétences de ses agents et leur expertise antérieure, s'appuie sur eux, sait mettre en confiance des agents de culture professionnelle différente, favorise le débat et conforte le dialogue social. Autant d'atouts pour inscrire dans le long terme une démarche de prévention de la souffrance au travail.

XXXXX

Tous ces éléments situent la problématique bien au-delà de l'approche individuelle, pour élargir le champ à une approche collective et organisationnelle des risques professionnels. Cette approche prend en compte les effets des organisations du travail et des modes de gestion sur la santé, tout autant que le contexte qui influe sur le sens et les missions. Elle se réfère à la notion d'environnement de travail, qui offre « la possibilité d'agir d'une manière globale sur la santé au travail »⁵⁸.

Cette approche est particulièrement intéressante par sa formulation plus neutre que celles de type « bien être au travail ou qualité de vie au travail » : « La tendance est aussi de parler de "bien-être au travail" et à l'utilisation du vocable "santé et qualité de vie au travail". Celle-ci est cependant susceptible de faire porter sur l'individu les effets sur la santé d'une organisation. Dès lors que cette organisation est labellisée "bien-être", les souffrances vécues par les travailleurs sont susceptibles d'être considérées comme une affaire le concernant de manière privée, exonérant ainsi l'organisation de sa responsabilité ».⁵⁹

En outre, la formulation « environnement de travail » permet de rester centré sur la question du travail (sens, qualité, moyens d'agir, contexte) contrairement aux formulations prioritairement axées sur la qualité de vie ou le bien être.

Toutefois, cette formulation apparemment plus neutre, d'environnement de travail n'est pas incompatible avec une forte exigence de contenu, comme proposé ci-après : « Un environnement de travail respectant la dignité humaine, l'égalité, la liberté, la sécurité permet de maintenir au plus haut niveau la santé au travail »⁶⁰.

⁵⁸ Les "risques psychosociaux " en droit : retour sur un terme controversé, Loïc Lerouge, Droit Social Etudes, février 2014, p.152.

⁵⁹ Cf. note 58.

⁶⁰ " En Europe du Nord, la plupart des pays ont adopté une loi portant sur "l'environnement de travail", notamment dès la fin des années 1970" Les "risques psychosociaux " en droit : retour sur un terme controversé, Loïc Lerouge, Droit Social Etudes , février 2014, p.159.

ANNEXE

Questionnaires et instruments pour l'analyse des risques⁶¹

Le modèle de Karasek

Modèle le plus ancien, il permet d'évaluer deux dimensions de l'environnement psychosocial au travail :

- la « demande psychologique », qui fait référence à la quantité de travail à accomplir, aux exigences mentales et aux contraintes de temps liées au travail (tâches imprévues, interruptions, demandes contradictoires..),
- la « latitude ou autonomie décisionnelle » qui fait référence à la capacité de prendre des décisions, à la possibilité d'être créatif, d'utiliser et de développer ses compétences et qualifications.

A la fin des années 80, le concept de soutien social a été ajouté (Johnson) au modèle de Karasek. Il regroupe l'ensemble des interactions sociales disponibles (soutien socio-émotionnel et technique) de la part des collègues et des supérieurs.

Selon le modèle de Karasek, la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle conduit à une situation à risque, en particulier pour les maladies cardiovasculaires. Ce risque est accru par un manque de soutien social au travail. Toutefois, indépendamment des deux premiers axes du modèle de Karasek, le manque de soutien au travail a des effets négatifs sur la santé des personnes exposées à leur travail.

Le modèle de Siegrist

Apparu à la fin des années 80, il repose sur un autre concept : le déséquilibre entre les efforts fournis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. L'effort reprend certains items du concept de demande de Karasek (contraintes professionnelles liées au temps, aux interruptions, aux responsabilités, à la charge physique, et à une exigence croissante de la tâche). Le concept de récompense s'intéresse aux avantages légitimes auxquels on est en droit de s'attendre, compte tenu de l'effort fourni au travail, qu'ils relèvent du domaine de l'estime de soi, des perspectives de promotions et de salaire, de la stabilité de la situation de travail (concept de « réciprocité sociale »⁶²).

Le modèle explore également la notion de surinvestissement (envahissement de la sphère privée par les préoccupations de travail, difficulté à prendre ses distances...) pouvant être déterminé par des facteurs propres à l'individu mais aussi extérieurs (contexte de précarité de l'emploi par exemple).

Selon Siegrist, un déséquilibre entre des efforts élevés et des récompenses faibles conduit à une situation de détresse socio-émotionnelle qui peut s'accompagner de manifestations psychologiques, comportementales. De plus, un niveau élevé de surinvestissement serait un facteur de risque supplémentaire.

⁶¹ « Souffrance psychique en lien avec le travail, expression des collectifs de travail : le rôle des Inspecteurs santé sécurité au travail dans leur mission de conseil et d'inspection », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des Solidarités et de la cohésion sociale », Février 2011.

⁶² VEZINA M. et al., « Définir les risques », Actes de la recherche en sciences sociales, n° 163 2006

La complémentarité des instruments

Des études ont montré la complémentarité d'approches des modèles de Karasek et Siegrist ainsi que des effets prédictifs indépendants sur divers indicateurs de santé en particulier de santé cardiovasculaire. Par ailleurs selon les objectifs que l'on se donne, d'autres instruments peuvent être ajoutés :

- questionnaire destiné à estimer spécifiquement la prévalence d'exposition à la violence psychologique au travail (élaboré par Leymann), qui s'appuie sur une liste de 45 situations caractéristiques de la violence de la part de l'entourage professionnel (hiérarchie, collègues, subordonnés) et évalue la fréquence et la durée d'exposition à ces situations ;
- questionnaires spécifiques sur les questions de santé mentale : exemple dans l'enquête Sumer 2009, a été ajouté le questionnaire Hospital Anxiety Depression (HAD) qui permet de mettre en relation la santé psychique et les résultats des modèles de Karasek ou de Siegrist ;
- de nouveaux thèmes suscitent un intérêt croissant : il s'agit notamment de questionnements sur l'exposition à un « contact difficile avec le public » et sur le fait de « devoir travailler d'une manière qui heurte la conscience professionnelle ».

Intérêts et limites

Ces différents types d'instrument permettent de faire un état des lieux détaillé (signaux individuels, ampleur des problèmes..) en utilisant le questionnaire le plus adapté selon le contexte professionnel et les objectifs de l'étude. Globalement, ils explorent des niveaux de stress ou de mal être et un certain nombre de contraintes : la « demande psychologique », la « latitude décisionnelle », le support social au travail, les concepts « de réciprocité », efforts consentis et récompenses attendues en retour et le surinvestissement de l'individu dans son travail.

Ces instruments étant bien codifiés, les comparaisons sont possibles entre enquêtes nationales et notamment dans le temps.

Les limites de ces instruments sont de deux ordres

- Ces méthodes sont construites à partir de la problématique de l'individu dans sa propre situation de travail, contrairement aux approches « plus macroscopiques » et ne portent donc que sur une partie du champ, quelle que soit la définition qui en ait été donnée, et quel que soit le niveau d'approfondissement recherché à travers les outils spécifiques ;
- Il faut par ailleurs souligner que pour la plupart, les questionnaires employés actuellement n'explorent pas ou insuffisamment les contraintes évoquées telles que la perte de sens, les conflits éthiques, la violence des usagers.

L'utilisation de ces instruments peut être accompagnée d'études qualitatives réalisées sous forme d'entretiens individuels ou collectifs, auprès de personnes volontaires, qui permettent d'affiner la compréhension des résultats des enquêtes quantitatives. Ces études qualitatives sont le plus souvent conduites en référence aux travaux théoriques menés dans le champ de la psychodynamique du travail (Dejours) et de la clinique de l'activité (Clot), mais aussi dans le cadre de recherches menées sur le renouvellement du dialogue social.

Précautions d'utilisation

Au-delà des vérifications méthodologiques habituelles telles que l'utilisation de questionnaires validés (éventuellement complétés), la taille de l'échantillon et la représentativité de l'enquête ..., une attention doit être portée sur les points suivants :

- le recueil et le traitement des données nécessitent une garantie totale de l'anonymat et de la confidentialité ; de ce fait ils doivent être réalisés par un intervenant extérieur ;
- les résultats doivent être restitués aux personnes enquêtées et plus globalement à l'ensemble de la structure ;
- si ces enquêtes donnent quelques pistes de compréhension, elles suscitent toujours une demande de prolongement qui doit être anticipée ; c'est pourquoi il est essentiel qu'elles s'inscrivent dans une démarche associant direction et organisations syndicales.