



**CONCOURS OUVERTS LES 11, 12, 13 et 14 juin 2019
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS
D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

CONCOURS INTERNE, EXTERNE et 3^{ème} CONCOURS

**2^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE
(Durée 5 heures – Coefficient 5)**

Mercredi 12 juin 2019

Une note rédigée en cinq heures, à partir d'un dossier, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'un problème relatif à l'organisation et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

SUJET :

« Vous êtes Directeur-Adjoint, en charge des ressources humaines au sein d'un établissement sanitaire, social et médico-social. Votre chef d'établissement vous demande de rédiger une note à son attention concernant les modalités de prévention relatives aux risques psycho-sociaux qui pourraient être mises en œuvre dans l'établissement. »

NB : Le sujet comprend 59 pages + 2 (sujet et sommaire).

SOMMAIRE

DOCUMENTS JOINTS :

Pages

Document n° 1

Document unique d'évaluation des risques professionnels.

Légifrance, partie réglementaire du code du travail.

(2 pages)..... 1 à 2

Document n° 2

Risques psychosociaux et document unique. Vos questions, nos réponses.

INRS, édition février 2013.

(14 pages) 3 à 16

Document n°3

Circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique.

Ministère de la fonction publique.

(2 pages)..... 17 à 18

Document n°4

Plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé de la sécurité au travail dans la fonction publique.

Direction générale de l'administration et de la fonction publique, édition 2017

(11 pages)..... 19 à 29

Document n°5

Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

(14 pages)..... 30 à 43

Document n°6

Etablissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques.

Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, décembre 2016 (synthèse).

(7 pages)..... 44 à 50

Document n°7

L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux.

DARES, analyses, janvier 2016.

(8 pages)..... 51 à 58

Document n°8

Interview d'André Gervasoni, secrétaire du CHSCT du centre hospitalier

Saint-Cyr au Mont d'Or.

(1 page)..... 59



Chemin :

Code du travail

- ▶ Partie réglementaire
 - ▶ Quatrième partie : Santé et sécurité au travail
 - ▶ Livre Ier : Dispositions générales
 - ▶ Titre II : Principes généraux de prévention
 - ▶ Chapitre Ier : Obligations de l'employeur

Section 1 : Document unique d'évaluation des risques

Article R4121-1

L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3.

Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques.

Article R4121-1-1

Modifié par Décret n°2015-1885 du 30 décembre 2015 - art. 2

L'employeur consigne, en annexe du document unique :

- 1° Les données collectives utiles à l'évaluation des expositions individuelles aux facteurs de risques mentionnés à l'article L. 4161-1 de nature à faciliter la déclaration mentionnée à cet article, le cas échéant à partir de l'identification de postes, métiers ou situations de travail figurant dans un accord collectif étendu ou un référentiel professionnel de branche homologué mentionnés à l'article L. 4161-2 ;
- 2° La proportion de salariés exposés aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1, au-delà des seuils prévus au même article. Cette proportion est actualisée en tant que de besoin lors de la mise à jour du document unique.

Article R4121-2

La mise à jour du document unique d'évaluation des risques est réalisée :

- 1° Au moins chaque année ;
- 2° Lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, au sens de l'article L. 4612-8 ;
- 3° Lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

Article R4121-3

Modifié par Décret n°2017-1819 du 29 décembre 2017 - art. 3

Dans les établissements dotés d'un comité social et économique, le document unique d'évaluation des risques est utilisé pour l'établissement du rapport et du programme de prévention des risques professionnels annuels prévus à l'article L. 4612-16.

Article R4121-4

Modifié par Décret n°2017-1819 du 29 décembre 2017 - art. 3

Le document unique d'évaluation des risques est tenu à la disposition :

- 1° Des travailleurs ;
- 2° Des membres de la délégation du personnel du comité social et économique ;
- 3° Du médecin du travail et des professionnels de santé mentionnés à l'article L. 4624-1 ;

4° Des agents de l'inspection du travail ;

5° Des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale ;

6° Des agents des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail mentionnés à l'article L. 4643-1 ;

7° Des inspecteurs de la radioprotection mentionnés à l'article L. 1333-17 du code de la santé publique et des agents mentionnés à l'article L. 1333-18 du même code, en ce qui concerne les résultats des évaluations liées à l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants, pour les installations et activités dont ils ont respectivement la charge.

Un avis indiquant les modalités d'accès des travailleurs au document unique est affiché à une place convenable et aisément accessible dans les lieux de travail. Dans les entreprises ou établissements dotés d'un règlement intérieur, cet avis est affiché au même emplacement que celui réservé au règlement intérieur.

Risques psychosociaux et document unique

Vos questions, nos réponses

Sandrine Guyot, INRS
Valérie Langevin, INRS
Anne Montagnez, INRS

Sommaire

Des questions préalables à l'évaluation

Que recouvre le terme « risques psychosociaux » ?	6
Qu'est-ce que le document unique d'évaluation des risques professionnels ?	7
Pourquoi intégrer les risques psychosociaux dans le document unique ?	7
Les risques psychosociaux doivent-ils systématiquement figurer dans le document unique ?	8
Qui élabore la partie du document unique concernant les risques psychosociaux ?	8
Faut-il avoir été formé aux risques psychosociaux pour en faire l'évaluation ?	9

Étapes de l'évaluation des facteurs de risques psychosociaux et exemples d'outils publiés par l'INRS

10

Des questions relatives à la méthode d'évaluation

Comment préparer l'évaluation des facteurs de risques psychosociaux ?	12
Doit-on garder les mêmes unités de travail que celles définies pour les autres risques professionnels ?	12
Comment concrètement évaluer les facteurs de risques psychosociaux ?	13
Que faire en cas de difficulté de dialogue entre les acteurs de l'entreprise ?	14
Doit-on coter les facteurs de risques psychosociaux ?	14
Comment définir et hiérarchiser les actions ?	15
Comment mettre en œuvre le plan d'actions ?	16
Comment et quand réévaluer les facteurs de risques psychosociaux ?	16

Pour en savoir plus

17



** L'entreprise a l'obligation de rédiger un document unique*

formalisant l'évaluation de l'ensemble des risques professionnels, y compris les risques psychosociaux, et de préciser un plan d'actions, les moyens à mettre en œuvre pour les traiter. Pour aider les entreprises dans cette démarche, ce guide répond aux questions les plus fréquemment posées. Par exemple :

Qui élabore la partie du document unique sur les risques psychosociaux ?

Faut-il avoir été formé aux risques psychosociaux pour en faire l'évaluation ?

Doit-on garder les mêmes unités de travail que celles définies pour les autres risques professionnels ?

Doit-on coter les facteurs de risques psychosociaux ?

Des questions préalables à l'évaluation

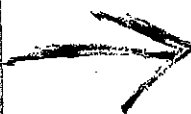
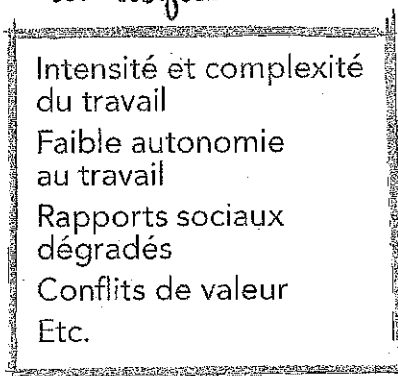
Que recouvre le terme
« risques psychosociaux » ?

Les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents :

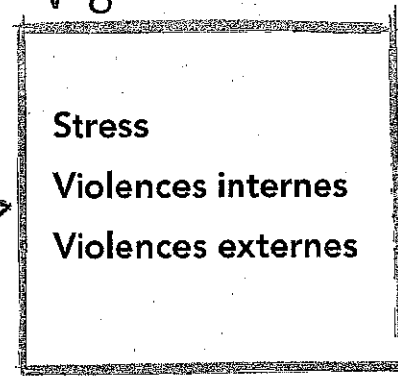
- **du stress** : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- **des violences externes** : insultes, menaces, agressions exercées dans le cadre du travail par des personnes extérieures à l'entreprise ;
- **des violences internes** : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés à l'intérieur de l'entreprise.

Ce sont des risques qui peuvent être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations de travail. L'évaluation des risques psychosociaux passe donc par l'identification et l'évaluation des facteurs de risque de stress, de violences externes et de violences internes.

Facteurs
de risque



Risques
psychosociaux



Qu'est-ce que le document unique d'évaluation des risques professionnels ?

Le document unique rassemble et formalise les résultats de l'évaluation des risques professionnels. Il relève d'une disposition réglementaire du code du travail faisant obligation de constituer un document dans lequel les résultats de cette évaluation doivent être systématiquement transcrits. Il contient *a minima* une identification des risques présents dans les unités de travail de l'entreprise (ou de l'établissement) et l'analyse des conditions d'exposition des salariés à ces risques. Devant être actualisé au moins une fois par an, le document unique est un outil dynamique au service de la démarche de prévention. Aussi sa rédaction doit-elle s'accompagner d'une hiérarchisation des propositions d'actions visant au mieux à supprimer ces risques sinon à les réduire.

L'élaboration du document unique doit se construire au travers du dialogue social dans l'entreprise tant pour l'évaluation des risques que pour le choix, la mise en place et le suivi des mesures de prévention.

Pourquoi intégrer les risques psychosociaux dans le document unique ?

L'employeur est tenu d'évaluer l'ensemble des risques auxquels sont soumis les salariés de son entreprise – ce qui inclut les risques psychosociaux – et de préserver leur santé physique et mentale¹. Les risques psychosociaux sont donc à prendre en compte au moment de l'évaluation des risques et à intégrer au document unique, au même titre que les autres risques.

Cette évaluation est la première étape d'une démarche plus globale de prévention devant aboutir à la définition d'un plan d'actions.

¹ En lien avec cette obligation légale, les partenaires sociaux ont signé deux accords nationaux interprofessionnels, l'un sur le stress au travail (2 juillet 2008), l'autre sur le harcèlement et la violence au travail (26 mars 2010).

Les risques psychosociaux doivent-ils systématiquement figurer dans le document unique ?

À la différence des risques physiques, les risques psychosociaux sont potentiellement présents dans tous les contextes de travail du fait de l'existence de l'interface entre un salarié, son travail et l'environnement organisationnel et humain dans lequel il l'exerce.

Ainsi, même si l'entreprise peut estimer que ses salariés ne sont pas confrontés *a priori* à des risques psychosociaux, elle doit néanmoins faire un inventaire des facteurs générateurs de risques psychosociaux et évaluer dans quelles conditions ses salariés y sont exposés. Comme pour tous les risques, la règle est qu'il vaut mieux agir avant qu'après. Identifier les sources d'atteinte à la santé ou à la sécurité et planifier les actions pour les prévenir sont des éléments fondamentaux d'une démarche de prévention.

Qui élabore la partie du document unique concernant les risques psychosociaux ?

Comme pour les autres risques, le chef d'entreprise est seul responsable de l'évaluation des risques psychosociaux. Il assure le pilotage de cette évaluation ou peut confier cette mission à une personne ressource en interne (animateur sécurité, fonctionnel des ressources humaines...). Mais en tout état de cause, la responsabilité juridique de cette activité reste attachée à la personne du chef d'entreprise. Par ailleurs, la mise en œuvre d'une démarche participative est conseillée pour assurer la qualité de l'évaluation et développer une culture de prévention dans l'entreprise. C'est pourquoi les salariés doivent être associés à l'ensemble de la démarche et en particulier à l'évaluation car ils disposent des connaissances et de l'expérience de leur propre situation de travail et des risques qu'elle peut engendrer. Le chef d'entreprise peut également s'appuyer sur les membres du CHSCT ou les délégués du personnel, le médecin du travail, l'infirmière du travail, les ergonomes ou psychologues du travail IPRP² du service de santé au travail ainsi que sur l'ensemble des personnes qu'il jugera utile d'impliquer dans son entreprise (service de sécurité

au travail, bureau des méthodes, service des ressources humaines³, assistante sociale...). Ces différents acteurs peuvent être réunis en un groupe pluridisciplinaire, chargé d'accompagner la personne ressource, pilote de la démarche. Le principal intérêt d'un groupe pluridisciplinaire est d'enrichir l'évaluation des risques psychosociaux des points de vue, souvent complémentaires, de chacun de ces acteurs.

Faut-il avoir été formé aux risques psychosociaux pour en faire l'évaluation ?

Procéder à l'évaluation des risques professionnels, quelle qu'en soit la nature, nécessite de savoir les repérer, d'en connaître les sources et les conséquences délétères et d'être en capacité de proposer des mesures de prévention adaptées. Il en est de même pour les risques psychosociaux. C'est pourquoi *a minima* une sensibilisation aux risques psychosociaux, à leurs facteurs, ainsi qu'à leurs effets sur la santé des salariés et le fonctionnement de l'entreprise est un atout pour mener à bien l'évaluation. La personne désignée pour piloter la démarche doit en bénéficier en premier lieu, si elle ne dispose pas déjà de ces compétences. Selon les ressources de l'entreprise, cette formation-initiation pourra être étendue aux autres acteurs participant à la démarche d'évaluation pour gagner en efficacité.

² Intervenant en prévention des risques professionnels.

³ Si les acteurs RH n'ont pas été auparavant sollicités lors de l'évaluation des autres risques professionnels, il semble pertinent de le faire pour l'évaluation des risques psychosociaux, et ce pour au moins deux raisons. D'une part, ils détiennent des informations utiles sur le fonctionnement de l'entreprise et ses évolutions (temps de travail, mouvements du personnel, relations sociales, organisation du travail, formation et rémunération...). D'autre part, ils seront partie prenante dans la mise en œuvre du plan d'actions.

Étapes de l'évaluation psychosociaux et exemples

> L'évaluation des facteurs de risques

Étape 1

Préparer la démarche de prévention

- Impliquer les acteurs ayant participé à l'évaluation des autres risques professionnels, en veillant à la pluridisciplinarité
- Collecter les données et indicateurs sur les RPS
- Définir le périmètre des unités de travail le plus approprié

> Dépister les risques psychosociaux.
Des indicateurs pour vous guider,
ED 6012

Étape 5

Réévaluer les facteurs de risques psychosociaux

- Définir des indicateurs de suivi et en vérifier l'évolution
- Réévaluer les facteurs de risques et l'exposition des salariés
- Actualiser le document unique
- Réexaminer le plan d'actions précédent

> Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention, ED 6011

> Dépister les risques psychosociaux.
Des indicateurs pour vous guider, ED 6012

> Évaluer les facteurs de risques psychosociaux :
l'outil RPS-DU, ED 6140

Étape 4

Mettre en œuvre le plan d'actions

- Implanter les actions
- Piloter la mise en œuvre des actions

> Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention, ED 6011

des facteurs de risques d'outils publiés par l' INRS

psychosociaux inclut plusieurs étapes :

Étape 2

Évaluer les facteurs de risques psychosociaux

- Inventorier les facteurs de RPS dans les unités de travail
- Analyser les conditions d'exposition des salariés à ces facteurs de risques
- Transcrire cette évaluation dans le document unique.

> *Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU, ED 6140*

Pour l'accompagnement dans la démarche de prévention des RPS par des ressources externes ou la mise en place d'un diagnostic approfondi (selon la complexité de la situation dans l'entreprise et la qualité du dialogue social) :

- > *Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention, ED 6011*
- > *Prévention des RPS : et si vous faisiez appel à un consultant ?, ED 6070*

Étape 3

Définir un plan d'actions

- Proposer des actions d'amélioration
- Prioriser et planifier ces actions
- Reporter ces actions de prévention dans le document unique
- Définir les moyens nécessaires à la réalisation du plan d'actions

- > *Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention, ED 6011*
- > *Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU, ED 6140*

Des questions relatives à la méthode d'évaluation

Comment préparer l'évaluation des facteurs de risques psychosociaux ?

L'entreprise a tout intérêt à commencer par recenser les informations à sa disposition lui permettant de détecter d'éventuels risques psychosociaux (étape 1, p.10) : indicateurs d'absentéisme, de qualité, restrictions d'aptitude ou déclarations d'inaptitude, emploi de nombreux intérimaires ou CDD, postes vacants non remplacés, alertes du médecin du travail... L'analyse de ces indicateurs permet d'identifier des unités de travail où l'évaluation devra être menée en priorité. Ces indicateurs pourront également être utilisés *a posteriori* pour apprécier les bénéfices des actions de prévention mises en place (indicateurs de suivi).

Doit-on garder les mêmes unités de travail que celles définies pour les autres risques professionnels ?

L'identification des risques doit s'effectuer par unité de travail, afin d'être au plus près des situations de travail des salariés. Les risques peuvent en effet être différents pour des salariés qui travaillent dans un bureau, un magasin ou sur un chantier. Pour définir ces unités de travail, on peut prendre en compte par exemple :

- **un critère géographique**, en considérant un groupe de salariés situé dans un même lieu de travail ;
- **un critère de métier ou de poste**, en regroupant les salariés par type d'activité ou par poste de travail.

Quels que soient les critères choisis, l'unité de travail doit correspondre autant que possible à un ensemble de salariés potentiellement exposés aux mêmes facteurs de risques dans leur travail.

Garder le même découpage d'unités de travail pour tous les risques professionnels facilite la cohérence d'analyse et le choix des priorités d'actions. Toutefois, l'entreprise sera peut-être amenée à choisir un autre découpage pour les risques psychosociaux, compte tenu de son organisation du travail. L'important est que ce découpage soit pertinent vis-à-vis de l'activité réelle de travail.

Comment concrètement évaluer les facteurs de risques psychosociaux ?

L'entreprise doit d'abord réaliser un inventaire des facteurs de risques auxquels peuvent être soumis *a priori* ses salariés ; elle évalue ensuite pour chacune des unités de travail définies la présence (ou non) de ces facteurs de risques et les conditions d'exposition des salariés à ceux-ci (fréquence, circonstances d'exposition...) (étape 2, p.11). Pour l'y aider, il existe plusieurs outils et méthodes, dont la grille d'évaluation des facteurs de risques psychosociaux de l'INRS (voir ED 6140).

L'inventaire des facteurs de risques et l'évaluation des conditions d'exposition pour chaque unité de travail sont ensuite reportés dans le document unique d'évaluation des risques professionnels. Ils serviront à l'élaboration du plan d'actions (étape 3, p.11).

L'entreprise doit procéder elle-même à son évaluation des risques professionnels, y compris pour les risques psychosociaux, en prenant appui sur ses compétences propres. Cette évaluation en interne implique un dialogue social ouvert, l'absence de conditions de travail et de relations sociales fortement dégradées (absence d'événements graves de type suicides ou tentatives de suicide, de cas de harcèlement moral, de conflits exacerbés entre services ou salariés...).

Que faire en cas de difficulté de dialogue entre les acteurs de l'entreprise ?

L'évaluation des risques psychosociaux, dans le cadre du document unique, est menée en général en amont de problèmes avérés. Si ce n'est pas le cas et que le dialogue social est empêché, l'entreprise peut envisager de recourir à des ressources externes (organismes publics de prévention, cabinets-conseils privés). Celles-ci pourront, grâce à des interventions adéquates, rétablir le dialogue entre les différents acteurs. Si la situation le nécessite, un diagnostic approfondi sera réalisé par ces ressources externes sur une ou plusieurs unités de travail ou sur l'ensemble de l'entreprise.

Le diagnostic approfondi permet de préciser l'importance des problèmes rencontrés par les salariés, d'identifier et d'analyser finement les sources de ces problèmes en lien avec le travail. Sur la base des résultats de ce diagnostic, l'entreprise pourra renseigner dans le document unique l'évaluation de ses facteurs de risques psychosociaux. Le recours à des compétences externes doit néanmoins rester ponctuel et limité à des circonstances particulières. La périodicité de l'évaluation des risques professionnels, tout comme le caractère au long cours d'une démarche de prévention, appellent en effet l'entreprise à être autonome.

Doit-on coter les facteurs de risques psychosociaux ?

L'évaluation des risques professionnels suppose d'apprécier le niveau de risque auquel les salariés sont soumis. Pour ce faire, l'entreprise définit ses propres critères d'appréciation, à partir des conditions d'exposition aux facteurs de risques (fréquence d'exposition, nombre des salariés concernés...) et de la gravité potentielle des conséquences. C'est à partir de ces critères que l'entreprise pourra déterminer un niveau de risque. Ce niveau ne renvoie pas nécessairement à une cotation chiffrée ; il peut prendre d'autres formes, comme par exemple des codes couleur ou des symboles.

Le choix des critères d'appréciation du niveau de risque relève donc d'un choix d'entreprise et non de prescriptions réglementaires.

Ceux-ci doivent être adaptés non seulement à la situation de l'entreprise, mais aussi à la nature des risques.

Le système de cotation doit être précis et stabilisé afin de permettre de repérer dans le temps, au sein de l'entreprise, les évolutions des risques psychosociaux. Il doit être suffisamment clair pour que des personnes qui n'auraient pas participé à son élaboration puissent l'utiliser.

Comment définir et hiérarchiser les actions ?

L'évaluation des risques ne constitue pas une fin en soi. Sa raison d'être réside dans les actions de prévention qu'elle va susciter et le plan d'actions qui en découle (étape 3, p.11).

Les risques psychosociaux n'étant pas dus à une seule cause et résultant d'un ensemble de facteurs, parfois en lien avec la stratégie globale de l'entreprise, leur prévention réclame donc souvent, comme pour les autres risques, un ensemble coordonné d'actions ou de mesures sociales, organisationnelles et techniques qu'il faut construire et discuter collectivement.

Par exemple :

- **anticiper les changements** suffisamment tôt en évaluant leurs impacts techniques et organisationnels et ainsi mieux préparer les équipes ;

- **mettre en place** une gestion des ressources humaines transparente et équitable ;

- **former les salariés** en contact avec le public et aménager les conditions d'accueil de ce dernier.

Les priorités d'actions sont à déterminer en fonction du niveau de risque évalué, du caractère d'urgence des améliorations à apporter, de leur faisabilité (compte tenu des délais et des moyens nécessaires à leur implantation), ainsi que de l'efficacité prévisible de ces mesures. Le choix de ces actions correspondra à un nécessaire compromis entre ces différents critères. Il faudra par ailleurs tenir compte du fait que les facteurs de risque peuvent se renforcer ou au contraire se neutraliser.

Par exemple, une intensité de travail importante sera d'autant plus difficile à supporter si le salarié a très peu d'autonomie pour réaliser

ses objectifs. À l'inverse, cette intensité sera moins contraignante s'il dispose d'autonomie et s'il existe de bons rapports sociaux dans son unité de travail (soutien des collègues et des supérieurs hiérarchiques, par exemple).

Comment mettre en œuvre le plan d'actions ?

La réalisation du plan d'actions (étape 4, p.10) est portée et pilotée par la direction de l'entreprise. Il comprend un échéancier, un budget, des ressources, le(s) responsable(s) de l'application des décisions et du pilotage des actions... Il témoigne de l'engagement de l'entreprise à faire face aux enjeux que représentent les risques psychosociaux au travail. Ces propositions d'actions de prévention sont ensuite intégrées dans le document unique.

Afin d'échanger sur l'avancée de la démarche, des présentations régulières sont à prévoir lors des réunions du CHSCT. Ces temps d'échanges s'inscrivent dans le dialogue social de l'entreprise.

Comment et quand réévaluer les facteurs de risques psychosociaux ?

Comme l'oblige la réglementation, l'actualisation du document unique (au moins une fois par an) amène à réévaluer les facteurs de risques psychosociaux dans chaque unité de travail (étape 5, p.10). Cette actualisation s'effectue au regard des actions préalablement menées et des éventuelles modifications d'organisation et de conditions de travail survenues entre-temps. Si des différences d'évaluation apparaissent, il est nécessaire d'en chercher les raisons : En quoi et pourquoi l'exposition des salariés à tel ou tel facteur de risques a-t-elle évolué ? Les actions engagées depuis l'année précédente expliquent-elles cette évolution ? Le contexte professionnel a-t-il changé ? De nouvelles exigences se sont-elles ajoutées ou au contraire certaines contraintes de travail ont-elles diminué ?

REPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la fonction publique

**Circulaire du 28 mars 2017
relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et
la sécurité au travail dans la fonction publique**

NOR : RDFF1709837C

La ministre de la fonction publique

à

Mesdames et messieurs les ministres,
Mesdames et messieurs les préfets de région
Mesdames et messieurs les préfets de département
(métropole et outre-mer)
Mesdames et messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Résumé : Il est demandé aux employeurs publics de participer à la mise en œuvre du plan d'action sur la santé et sécurité au travail dans la fonction publique (en annexe), piloté par la DGAFP, et d'en faire connaître la teneur à leurs personnels. S'agissant des employeurs de l'Etat, ce plan d'action s'inscrit dans la stratégie interministérielle des ressources humaines de l'Etat présentée au Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat le 30 janvier 2017 ¹

La santé et la sécurité au travail sont un enjeu essentiel pour notre fonction publique. Elles conditionnent l'exercice même des missions des agents publics. C'est pourquoi le gouvernement y a attaché une grande importance ces dernières années. Le rôle des acteurs et des instances de prévention ont été précisés, leurs moyens ont été renforcés ; des instructions, des outils et des méthodes ont été déployés ; des droits supplémentaires ont été ouverts aux agents et à leurs représentants, particulièrement au titre des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Le protocole d'accord cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux, qui a été signé le 22 octobre 2013 par la ministre de la fonction publique avec la majorité des organisations syndicales représentatives et les représentants des employeurs des trois versants de la fonction

¹ cf circulaire du Premier ministre n° 5917 –SG-du 16 mars 2017

publique, a joué un rôle moteur pour étendre et accélérer la prévention des risques professionnels.

Pour autant, la diversité des employeurs et des situations de travail dans la fonction publique appelle des actions nouvelles pour accélérer les prises de conscience et donner aux acteurs concernés – cadres, représentants du personnel, professionnels de la santé au travail - les moyens de jouer efficacement leur rôle et d'être ensemble des relais efficaces de la politique de santé et de sécurité au travail.

Le plan d'actions qui suit découle d'un travail de concertation avec les représentants du personnel et les employeurs des trois versants de la fonction publique en 2015 et 2016.

Articulé autour de cinq axes, il identifie les chantiers sur lesquels l'administration entend désormais avancer dans les domaines du pilotage de la santé au travail (objectifs 1 à 3), de la médecine de prévention (objectif 4), de la prévention des risques professionnels et de la prise en compte de la pénibilité (objectifs 5 et 6), de la prévention de l'inaptitude et du maintien dans l'emploi (objectifs 7 et 8), du fonctionnement des instances médicales et de la médecine agréée (objectifs 9 et 10).

L'ordonnance du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique contient déjà un certain nombre de dispositions sur le temps partiel thérapeutique, le reclassement, le régime de la preuve et l'organisation du recueil des données relatives aux accidents de service et aux maladies professionnelles des fonctionnaires. Les textes d'application seront publiés cet été. Un suivi de la réalisation de ce plan d'action ambitieux sera réalisé par la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique, compétente pour l'examen des questions relatives aux conditions de travail, à l'hygiène, à la santé et à la sécurité au travail.

J'invite tous les employeurs à s'engager dans la mise en œuvre de l'ensemble de ces chantiers ouverts par la DGAFP, en concertation avec les organisations syndicales dans les deux années à venir.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Annick GIRARDIN
Ministre de la fonction publique

MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

ÉDITION
2017

Plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique

POLITIQUES
D'EMPLOI PUBLIC

DGAFF

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique

SOMMAIRE

I. PILOTER LA SANTÉ AU TRAVAIL	03
OBJECTIF 1 Mieux piloter la santé au travail au sein des services	03
OBJECTIF 2 Améliorer le fonctionnement des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)	04
OBJECTIF 3 Consolider la chaîne des acteurs de la prévention	05
II. RENFORCER LA MEDECINE DE PRÉVENTION	06
OBJECTIF 4 Renforcer la médecine de prévention	06
III. AMÉLIORER LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET LA PRISE EN COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ	07
OBJECTIF 5 Prévenir l'usure professionnelle, limiter et suivre les expositions aux facteurs de pénibilité et faciliter les reconversions	07
OBJECTIF 6 Décliner dans le cadre professionnel les orientations gouvernementales	08
IV. RENFORCER LA PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	09
OBJECTIF 7 Améliorer la prise en charge des altérations de la santé et faciliter le maintien et le retour à l'emploi	09
OBJECTIF 8 Accompagner les agents en situation de reclassement	10
V. REVISITER LES PROCÉDURES DES INSTANCES MÉDICALES ET DE LA MEDECINE AGRÉÉE	11
OBJECTIF 9 Améliorer la prise en charge administrative des agents en matière de congés pour raison de santé	11
OBJECTIF 10 Redéfinir le champ de compétence des médecins agréés	11

I – PILOTER LA SANTÉ AU TRAVAIL

OBJECTIF 1

Mieux piloter la santé au travail au sein des services

Pour pouvoir piloter la santé au travail, les administrations ont besoin de sensibiliser l'ensemble des agents aux enjeux et aux moyens de la prévention des risques et de la santé au travail. Elles ont aussi besoin de disposer de sources d'information fiables et stables sur lesquelles fonder la prévention, et de cadres formés en la matière.



Sensibiliser et informer largement à la santé et à la sécurité au travail (mesure 1.1)

Calendrier : cible 28 avril 2018

La diffusion effective de la culture de prévention dans les services réclame un effort permanent de sensibilisation de tous les agents à la prévention des risques professionnels et aux enjeux de la santé au travail.

- Dans les trois versants de la fonction publique, tous les ans, les employeurs s'associeront à la Journée mondiale sur la santé et la sécurité au travail, le 28 avril.



Organiser le recueil des données relatives aux accidents et maladies professionnels des employeurs publics (mesure 1.2)

Calendrier : cible 2018

La diversité des employeurs publics et des systèmes d'information a longtemps fait obstacle à la remontée de données régulières et comparables en matière d'accidents et de maladies professionnels. Certaines de ces données statistiques sont pourtant indispensables aux travaux conduits par Eurostat, à l'échelon européen. Plus largement, pour les employeurs et la DGAFP, disposer d'une information complète et fiable sur les accidents et maladies professionnels est un des leviers de la politique de prévention.

- L'ordonnance du 19 janvier 2017 prise en application de l'article 44 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels et portant diverses dispositions relatives à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, prévoit désormais que les modalités pratiques de la collecte et du traitement des données nécessaires à la connaissance des accidents et maladies professionnels seront fixées par arrêté du ministre chargé de la fonction publique. Cet arrêté sera pris à l'issue d'un travail technique avec les représentants des employeurs.



Former les équipes d'encadrement à la prévention des risques et à l'accompagnement des agents exposés à des risques professionnels (mesure 1.3)

Calendrier : cible 2018.

Les agents en situation d'encadrement ont un rôle central à jouer pour organiser dans le cadre du collectif de travail la détection et la prévention des risques professionnels. Mais ce rôle ne peut en aucun cas s'improviser. La formation et l'évaluation des personnels concernés sont déterminantes.

- Les formations initiales délivrées dans les écoles de la fonction publique incluront un module de sensibilisation à la santé et à la sécurité au travail. En cours de carrière, tout agent accédant à un poste d'encadrement bénéficiera d'une formation obligatoire en la matière.
- La DGAFP travaillera avec les représentants des employeurs publics à la prise en compte du respect des obligations en matière de santé sécurité au travail dans l'évaluation des chefs de service.

OBJECTIF 2**Améliorer le fonctionnement des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)**

Le CHSCT est l'instance de dialogue social au sein de laquelle convergent les points de vue sur les situations et environnements de travail, et où se discutent les actions permettant de mieux détecter et mieux prévenir les risques professionnels. Leur fonctionnement est encore perfectible.

**Encourager les visites de sites (mesure 2.1)**

Calendrier : cible 2017

En tenant compte de la diversité des situations de terrain et des besoins effectifs, les visites de sites par des membres de CHSCT sont à encourager, comme cela est déjà le cas dans la fonction publique hospitalière. Ces visites favorisent et renouvellent une vigilance de tous sur le terrain.

- Un objectif de trois visites de sites par an sera encouragé dans les trois versants de la fonction publique.

**Elargir les cas de réunion obligatoire des CHSCT (mesure 2.2)**

Calendrier : cible 2017

En matière d'évènement grave pour la santé publique ou l'environnement, il est apparu opportun d'étendre aux versants territorial et de l'Etat les compétences qui sont d'ores et déjà celles des CHSCT du versant hospitalier de la fonction publique.

- Etendre à la fonction publique territoriale et à la fonction publique de l'Etat l'obligation de réunion du CHSCT en cas d'évènement grave, lié à l'activité de l'établissement concerné et ayant porté ou ayant pu porter atteinte à la santé publique ou à l'environnement (par alignement sur le code du travail).

**Former les présidents de CHSCT à leurs responsabilités en matière de santé et sécurité au travail et de dialogue social (mesure 2.3)**

Calendrier : cible 2017

A leur prise de fonction, les chefs de service ne sont pas toujours au fait des enjeux pratiques de santé et de sécurité au travail, ni des leviers d'action qu'ils sont en mesure d'actionner pour organiser la prévention des risques et la santé et la sécurité des agents des établissements sur lesquels ils ont compétence et autorité, alors même qu'ils sont amenés à présider un CHSCT.

- Développer des formations au dialogue social incluant un volet sur la santé et la sécurité au travail au bénéfice des chefs de service et des autorités territoriales

OBJECTIF 3**Consolider la chaîne des acteurs de la prévention**

Les acteurs de la chaîne de prévention ont un rôle essentiel à jouer, pour diagnostiquer, informer, contrôler, conseiller, animer et former. La visibilité de leurs fonctions au sein des administrations, le renforcement de leurs compétences, la consolidation des moyens consacrés à leur mission sont des leviers importants.



Améliorer la formation des assistants (AP) et des conseillers de prévention (CP) ainsi que des inspecteurs en santé et sécurité au travail (ISST pour l'Etat) et des agents chargés des fonctions d'inspection (ACFI pour le versant territorial) - (mesure 3.1)

Calendrier : cible 2017

- Inscrire le principe de la formation initiale et continue des AP-CP et des ISST dans les décrets n°82-453 (Etat) et 85-603 (versant territorial)



Clarifier les missions des AP/CP ainsi que le champ d'intervention des ISST/ACFI (mesure 3.2)

Calendrier : cible 2017

- Recommander une quotité de travail minimale consacrée aux fonctions de préventeur pour les AP et pour les CP qui exercent souvent d'autres missions.
- Recommander l'inscription explicite de leurs fonctions d'AP/CP dans les fiches de poste des agents concernés pour en assurer la reconnaissance effective.
- Recommander la transmission et la présentation du rapport annuel de l'ISST/ACFI au CHSCT concerné.

II – RENFORCER LA MÉDECINE DE PRÉVENTION

OBJECTIF 4

Renforcer la médecine de prévention

Le constat est partagé par tous. Il a été détaillé par un rapport conjoint de l'IGAS, de l'IGA et de l'IGAENR en octobre 2014. Mais il renvoie à des difficultés de nature différente : démographique, durée de formation des médecins habilités à pratiquer la médecine du travail en cas de reconversion professionnelle, attractivité de la médecine du travail par rapport à d'autres spécialités médicales, ...



Favoriser le développement d'équipes pluridisciplinaires et organiser la couverture médicale des agents (mesure 4.1)

Calendrier : cible 2018

- Permettre aux médecins de prévention de confier certaines de leurs activités aux membres d'une équipe pluridisciplinaire notamment en développant l'entretien infirmier.
- Permettre l'accueil, dans les services de médecine de prévention, d'internes en médecine du travail et d'étudiants en médecine.
- Créer des services de médecine de prévention mutualisés au niveau régional.



Ouvrir l'exercice de la médecine du travail pour renforcer les effectifs et rendre les carrières attractives dans cette spécialité (mesure 4.2)

Calendrier : cible 2018

- Faciliter les reconversions en cours de carrière vers la médecine du travail en aménageant les dispositifs de formation et en améliorant les conditions matérielles de travail des médecins de prévention.
- Améliorer, auprès des étudiants en médecine, la perception et l'attractivité de la filière médecine de prévention et développer les carrières des professeurs des universités.

III – AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET LA PRISE EN COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ

OBJECTIF 5

Prévenir l'usure professionnelle, limiter et suivre les expositions aux facteurs de pénibilité et faciliter les reconversions

La connaissance des expositions effectives aux facteurs de pénibilité est une condition nécessaire à toute action structurante en matière de prévention de la pénibilité, ainsi que l'a indiqué un rapport d'inspection conjointe IGF- IGAS en mars 2016, en conclusion d'une mission demandée par la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur et la ministre de la fonction publique afin d'éclairer le Gouvernement sur les orientations à envisager dans le cadre de la prévention et de la prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique.

Calendrier : cible 2017



Accompagner les employeurs dans la mise en œuvre de leurs obligations en matière d'identification et de traçabilité des expositions aux facteurs de pénibilité (mesure 5.1)

- Etablir la cartographie des métiers exposés aux facteurs de pénibilité.
- Généraliser les fiches individuelles de suivi des expositions aux dix facteurs de risques professionnels du code du travail (et la faire établir dans le cadre de l'entretien professionnel).



Enrichir d'un volet « parcours professionnel », les fiches des postes exposés aux facteurs de risques professionnels recensés par le code du travail (mesure 5.2)

- Lancer une expérimentation dans un service ou un bassin d'emploi.

III – AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET LA PRISE EN COMPTE DE LA PÉNIBILITÉ

OBJECTIF 6

Décliner dans le cadre professionnel les orientations gouvernementales

Le Plan en santé au travail n°3 pour 2016-2020 retient au titre de son deuxième axe la connaissance et la prévention des pratiques addictives, au carrefour des préoccupations de santé au travail et de santé publique. La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) retient au titre du plan gouvernemental 2016-2017 plusieurs mesures pour faciliter la mise en place dans les secteurs publics et privés d'une politique de prévention collective des conduites addictives : sensibilisation à la prévention et dans le cadre du dialogue social en matière de santé, sécurité et conditions de travail ; expérimentation d'actions pilotes par des employeurs volontaires. Les accidents de trajet, qui sont le premier risque mortel d'accidents liés au travail, font l'objet avec les employeurs d'une campagne gouvernementale de prévention. De la même façon, la mise en place du droit à la déconnexion devra faire l'objet de travaux avec les organisations syndicales de façon à être traduit concrètement dans la fonction publique.

Calendrier : cible 2017



Accompagner les employeurs publics dans la gestion des conduites addictives qui sont un facteur aggravant des risques professionnels (mesure 6.1)

- Elaborer des outils de prévention de ces conduites, faciliter leur diffusion.



Ouvrir le chantier de la sécurité routière (mesure 6.2)

- Procéder à un inventaire des bonnes pratiques et les mutualiser entre employeurs.



Ouvrir le chantier du droit à la déconnexion (mesure 6.3)

- Mettre en place ce droit après des travaux avec les employeurs publics et les représentants de personnels et organiser sa mise en œuvre dans les territoires.

IV – RENFORCER LA PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

OBJECTIF 7

Améliorer la prise en charge des altérations de la santé et faciliter le maintien et le retour à l'emploi

Maintenir le lien entre l'agent et le service est un enjeu essentiel pour répondre aux évolutions de la fonction publique, marquée par le vieillissement de la population, la prolongation de la vie professionnelle, une réduction des recrutements, la prise en compte de nouveaux risques et un nombre toujours élevé d'accidents de travail et de maladies professionnelles.



Ouvrir le recours au temps partiel thérapeutique et améliorer les dispositions relatives au fractionnement des congés pour raison de santé (mesure 7.1)

- Permettre l'octroi du temps partiel thérapeutique dès le début de la maladie et non plus au bout de six mois d'arrêt maladie.
- Unifier les règles de gestion permettant d'assurer le fractionnement des congés de maladie.

L'ordonnance du 19 janvier 2017 a prévu ces mesures. Le volet réglementaire est en préparation.

Calendrier : cible 2017



Etudier les conditions d'une meilleure prise en compte des maladies chroniques et du maintien du lien avec l'agent au cours de son absence (mesure 7.2)

- La DGAFP élaborera avec les employeurs un guide des bonnes pratiques qui sera diffusé aux employeurs publics.

Calendrier : cible 2017



Instaurer un accompagnement social personnalisé lors du retour à l'emploi (mesure 7.3)

- La mise en place d'un entretien de retour, d'un tutorat d'accompagnement doit permettre de faciliter le retour de l'agent dans la communauté de travail.

Calendrier : cible 2017



Améliorer le régime de l'imputabilité au service des accidents et maladies professionnels dans la fonction publique (mesure 7.4)

- Harmoniser le régime d'imputabilité avec celui du secteur privé en le faisant reposer sur une présomption d'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie professionnels.

L'ordonnance du 19 janvier 2017 a prévu ces mesures. Le volet réglementaire est en préparation.

Calendrier : cible 2017

IV – RENFORCER LA PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

OBJECTIF 8**Accompagner les agents en situation de reclassement**

Le reclassement devient nécessaire lorsque l'état de santé d'un agent ne lui permet plus d'occuper son poste de travail. Les conditions de préparation du reclassement peuvent être toutefois substantiellement améliorées, sur le plan administratif (recherche d'un poste) mais aussi en matière d'accompagnement individuel de l'agent.



Organiser une période de formation adaptée à la situation des agents en amont de leur demande de reclassement pour raison de santé dite « période de préparation au reclassement » (mesure 8.1)

L'ordonnance du 19 janvier 2017 a prévu cette mesure. Le texte d'application est en préparation.

Calendrier : cible 2017



Préciser les obligations des employeurs en matière de reclassement (mesure 8.2)

- Amorcer la recherche d'un nouveau poste de travail le plus rapidement possible après le constat que l'état de santé du fonctionnaire ne lui permet pas de poursuivre son activité sur son poste actuel.

Calendrier : cible 2017



Rechercher les possibilités de reclassement au niveau du bassin d'emploi (mesure 8.3)

- Engager une expérimentation de recherche de poste au niveau d'un territoire comprenant les employeurs des trois versants de la fonction publique.

Calendrier : cible 2018



Inviter les employeurs à constituer des groupes de travail pluridisciplinaires afin d'accompagner les agents en situation de reclassement (mesure 8.4)

- La DGAFP élaborera un guide méthodologique du reclassement avec les employeurs.

Calendrier : cible 2018

V – REVISITER LES PROCÉDURES DES INSTANCES MÉDICALES ET DE LA MÉDECINE AGRÉÉE

Une évaluation de politique publique (EPP) a été demandée par le Premier ministre le 22 août 2016 aux inspections générales de l'administration, des affaires sociales et de la santé, des finances et de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche sur l'organisation et le fonctionnement des instances médicales en vue d'en améliorer l'efficacité et de parvenir à une égalité de traitement des agents. Les conclusions de cette évaluation, lorsqu'elles seront présentées au gouvernement, sont susceptibles de conduire à un amendement du plan d'action.

OBJECTIF 9

Améliorer la prise en charge administrative des agents en matière de congés pour raison de santé

La communication de l'avis médical des instances est le point de départ de la prise en charge administrative des agents et de la sécurisation de leur situation. Les circuits administratifs peuvent être améliorés à cette fin.



Accélérer les délais de traitement des dossiers devant les instances médicales et sécuriser les procédures (mesure 9.1)

- En fluidifiant les procédures devant les instances médicales (sous réserve des conclusions de l'EPP).

Calendrier : cible 2017

OBJECTIF 10

Redéfinir le champ de compétences des médecins agréés

Le rôle des médecins agréés est central dans l'expertise médicale et l'instruction des avis des instances médicales



Améliorer l'attractivité de la médecine agréée (mesure 10.1)

- Revaloriser la rémunération des médecins agréés (en fonction des conclusions de l'évaluation de politique publique en cours).

Calendrier : cible 2017

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Sous direction des ressources humaines
du système de santé
Bureau de l'organisation des relations sociales
et des politiques sociales (RH3)
Dossier suivi par l'...

Direction générale de la cohésion sociale

Sous direction de professions sociales, des territoires
et de l'emploi
Bureau de l'emploi et de la politique salariale (4B)

La Ministre des affaires sociales, de la santé
et des droits des femmes

৯৬

Mesdames et Messieurs les Directeurs généraux
d'agences régionales de santé
(pour information, diffusion et mise en œuvre)
Mesdames et Messieurs les préfets de régions
(directions régionales de la jeunesse, des sports et
de la cohésion sociale)
[pour information, diffusion et mise en œuvre]
Mesdames et Messieurs les préfets de département
(directions départementales de la cohésion sociale,
directions départementales de la cohésion sociale
et de la protection des populations)
[pour information, diffusion et mise en œuvre]
Mesdames et Messieurs les directeurs
d'établissements publics de santé
(pour information et mise en œuvre)
Mesdames et Messieurs les directeurs
d'établissements publics sociaux et médico-sociaux
(pour information et mise en œuvre)

INSTRUCTION N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

NOR : AFSH1427357J

Classement thématique : Etablissements de santé - Gestion

Validée par le CNP le 10 octobre 2014 - Visa CNP n° 2014-146
Examinée par le COMEX le 7 octobre 2014

Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : Evaluation et prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique hospitalière : mise en œuvre de l'accord-cadre inter fonctions publiques du 22 octobre 2013.
Mots clés : Risques psychosociaux, conditions de travail, hygiène, sécurité du travail, Plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux
Textes de références : - 4^{ème} partie du code du travail et notamment les articles L.4121-1 et L.4121-2 ; - Accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique ; - Circulaire du Premier ministre n°5705/SG du 20 mars 2014 relative à la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques ; - Circulaire du 23 décembre 2011 portant rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière. - Instruction DGOS/RH3/MEIMMS/2013/410 du 17 décembre 2013 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional.
Date d'entrée en vigueur : immédiate
Annexes : Annexe 1 : Ressources documentaires Annexe 2 : Collecte d'informations obligatoires dans le cadre du suivi national
Diffusion : Les établissements publics de santé, les établissements publics sociaux et médico-sociaux doivent être destinataires de cette instruction, par l'intermédiaire des agences régionales de santé et des services déconcentrés, selon le dispositif existant au niveau régional et départemental.

SOMMAIRE :

Préambule

Rappels relatifs aux risques psychosociaux et à la prévention des risques professionnels

- Un risque à caractère systémique
- Un risque de nature professionnelle

Mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux :

- Plans locaux d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux
- Formation et information
- Agences régionales de santé, directions départementales de la cohésion sociale, directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations
- Ressources complémentaires

Collecte d'informations obligatoires dans le cadre du suivi national de la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux

Annexe 1 : Ressources documentaires

Annexe 2 : Collecte d'informations obligatoires dans le cadre du suivi national

- Etat d'avancement des plans locaux d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux
- Indicateurs de suivi

La prévention des risques professionnels est une obligation réglementaire pour chaque employeur public. Sa prise en compte a des effets notamment sur la santé des personnels, la satisfaction des usagers, la performance des établissements, le dialogue social ou encore l'exposition contentieuse des établissements et de leurs représentants. La mise en place d'actions de prévention revêt donc un caractère stratégique.

La circulaire du Premier ministre du 20 mars 2014 décrit les principales étapes de la mise en œuvre d'un **plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux (RPS)** dans les 3 fonctions publiques qui s'appuie sur l'accord-cadre du 22 octobre 2013¹ signé par les employeurs publics. Elle attire leur attention sur l'aspect psychosocial de certains risques professionnels et les engage à intégrer les RPS dans leur stratégie de prévention des risques. Elle impose aux établissements qui ne l'auraient pas encore fait de mettre en place un plan local de prévention des RPS et, pour les autres établissements, à compléter les leurs le cas échéant.

Ainsi, au même titre que les risques physiques, chimiques, biologiques, ..., le risque psychosocial doit être pris en compte par les établissements de la fonction publique hospitalière pour garantir la sécurité des personnels, des patients et des personnes hébergés ainsi que pour améliorer la qualité des soins et des services rendus. Sur le modèle rappelé par la circulaire du 23 décembre 2011², le risque psychosocial doit donc faire l'objet d'une évaluation systématique, intégrée aux outils de prévention usuels (document unique d'évaluation des risques professionnels, programme annuel de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail, ...), aux démarches qualité et gestion des risques et, en fonction des résultats de l'évaluation, faire l'objet des actions correctrices et préventives nécessaires.

La présente instruction précise, pour la fonction publique hospitalière, les modalités de déploiement et de suivi du plan national d'action pour la prévention des RPS. Sa mise en œuvre doit tenir compte des actions déjà déployées par les établissements et s'y intégrer en les complétant. Il n'a pas vocation à porter préjudice à des dispositions plus favorables qui existeraient localement.

Le déploiement au niveau local du plan national d'action pour la prévention des RPS sera évalué par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) selon les modalités décrites dans la présente instruction. Cette évaluation se fera en lien avec le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) et sa commission hygiène, sécurité et conditions de travail.

Par ailleurs, le plan national d'action de prévention des RPS s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie au travail dont il est l'un des éléments. La Haute autorité de santé (HAS), reconnaissant le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins, en a fait l'une des dimensions qui est prise en compte dans le cadre de la certification des établissements. Sa mise en place revêt donc une importance particulière à la fois pour le bien être des personnels et des patients et pour la performance des établissements.

I. RAPPELS RELATIFS AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET A LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS :

Le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux³ définit les RPS comme « les risques pour la santé mentale, physique ou sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».

1°) Un risque à caractère systémique

Par sa nature même, le risque psychosocial est un risque systémique qui engage l'organisation du travail, les relations interindividuelles et les relations collectives, au sein de l'établissement mais également dans les relations qu'il noue avec les partenaires extérieurs : agences régionales de santé,

¹ Accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique

² Circulaire du 23 décembre 2011 portant rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière

³ Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : rapport du 11 avril 2011 du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail (Gollac et Bodier)

directions départementales de la cohésion sociale, collectivités territoriales... L'ensemble des personnels, quelle que soit leur fonction au sein de l'établissement, participe à leur niveau à la construction de l'environnement psychosocial et à sa connaissance. La prévention des risques psychosociaux dans les établissements de la fonction publique hospitalière nécessite donc, tant au niveau du diagnostic qu'au niveau du traitement, l'implication de l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux, et la mise en commun de leurs connaissances sur le travail et son organisation.

Dans ce contexte, l'encadrement médical et non médical occupe une place particulière que les signataires de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 ont voulu souligner en insistant sur le rôle qu'il doit occuper dans le diagnostic des RPS, la construction de solutions et la mise en œuvre opérationnelle des actions retenues. L'encadrement est également une ressource pour l'amélioration des conditions de travail des personnels et une réflexion doit être menée tant sur sa place que sur les moyens et les marges de manœuvre dont il dispose pour assumer ces fonctions. Par ailleurs, au sein de la fonction publique hospitalière, ce rôle de l'encadrement est d'autant plus important qu'il existe dorénavant une large délégation de responsabilités, notamment au niveau des pôles. Les chefs de pôle et les responsables de service doivent donc prendre toute leur place dans la mise en œuvre des plans locaux d'évaluation et de prévention des RPS.

La connaissance de la nature systémique des RPS doit être développée et prise en compte pour mieux les comprendre et mieux les traiter.

2°) Un risque de nature professionnelle

Les RPS font partie des risques professionnels. Les dispositions en matière d'obligations de sécurité et de prévention des risques professionnels, figurant dans la quatrième partie du code du travail, s'appliquent donc aux RPS.

La circulaire DGOS/RH3 n°2011-491 du 23 décembre 2011 portant rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière rappelle aux chefs d'établissements leurs obligations et les éventuelles conséquences en cas de non-respect des dispositions relatives à l'évaluation des risques professionnels. Elle apporte des précisions relatives à la démarche, aux ressources et aux acteurs mobilisables.

a. Obligations du chef d'établissement

Le chef d'établissement a une obligation de résultat en matière de prévention des risques professionnels. L'article L.4121-1 du code du travail prévoit notamment que « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » et qu'il « veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ». Pour apprécier les risques, il est tenu de les évaluer « compte tenu de la nature des activités de l'établissement » (article L.4121-3 du code du travail) et il met en œuvre les mesures sur le fondement des principes généraux de prévention rappelés à l'article L.4121-2 dudit code.

b. Le comité hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT)

Le comité hygiène, sécurité et conditions de travail est l'un des acteurs incontournables de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels. Il a notamment pour mission de contribuer « à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité » des personnels de l'établissement et « à l'amélioration des conditions de travail » (article L.4612-1 du code du travail). Pour cela, il « procède à l'analyse des risques professionnels » auxquels peuvent être exposés les personnels de l'établissement ainsi qu'à « l'analyse des conditions de travail » et « contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement » (articles L.4612-2 et L.4612-3 du code du travail). Par ailleurs, le chef d'établissement associe le CHSCT aux actions de prévention mises en œuvre au sein de l'établissement, notamment en présentant à cette instance un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact) ainsi qu'un rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail, ainsi que des actions menées au cours de l'année écoulée (articles L.4612-16 et L.4612-17 du code du travail).

Le comité technique d'établissement (CTE) se substitue au CHSCT en son absence.

c. Le service de santé au travail (SST)

Le service de santé au travail, par l'intermédiaire du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire, est l'un des autres acteurs incontournables de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels. Il a pour mission « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », notamment en conduisant « les actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des personnels tout au long de leur parcours professionnel », en conseillant « les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail », en participant au suivi et en contribuant à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire (Article L.4622-2 du code du travail).

d. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)

Les articles R.4121-1 et R.4121-2 du code du travail prévoient que les établissements doivent se doter d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et que l'évaluation doit être transcrite dans ce document. Il recense les risques auxquels sont exposés l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux des établissements de la fonction publique hospitalière. L'évaluation doit être menée au moins une fois par an et lors de toute décision d'aménagement important (réorganisation, introduction d'une nouvelle technologie...) modifiant les conditions de santé et de sécurité, les conditions de travail ou lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueilli, notamment par le médecin du travail ou le CHSCT qui jouent un rôle d'alerte auprès du chef d'établissement.

Le DUERP est utilisé pour l'établissement du rapport et du programme de prévention des risques professionnels annuels (Article R.4121-3 du code du travail).

e. Les trois niveaux de la prévention

Les démarches de prévention des risques professionnels s'articulent autour de 3 niveaux :

- La prévention primaire (prévenir) vise à supprimer ou réduire les causes de RPS liées aux situations de travail ;
- La prévention secondaire (réduire ou corriger) vise à aider les salariés à développer des connaissances et des réponses pour mieux faire face aux situations à risque psychosocial ;
- La prévention tertiaire (réparer) consiste à gérer les situations de crise et à mettre en place des dispositifs d'assistance aux salariés affectés par les RPS.

La prévention formant un tout, les 3 niveaux cités doivent être intégrés dans une démarche globale de prévention des risques professionnels. Les actions de prévention primaire, efficaces sur le long terme et s'inscrivant dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie au travail seront privilégiées. En cas de recours indispensable à la prévention tertiaire, il sera recherché, dès après l'événement, les causes génératrices de la situation afin de les supprimer ou de les réduire et ainsi chercher des solutions relevant de la prévention primaire.

II. MISE EN ŒUVRE DU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX :

L'accord-cadre du 22 octobre 2013 s'applique à l'ensemble des établissements relevant du champ de la fonction publique hospitalière (1° à 7° de l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière) selon une déclinaison qui leur est propre : chaque établissement cadre la démarche et définit des orientations en matière de prévention des RPS en associant son CHSCT. Ces orientations concernent notamment le calendrier de mise en œuvre de la démarche, la définition de priorités propres à l'établissement, la définition des modalités de suivi, la réalisation d'un plan de communication.

Le plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux s'appuie notamment sur :

- la mise en place de plans locaux d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux (1°) ;
- la formation et l'information des acteurs (2°).

Les agences régionales de santé (ARS), les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ou de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) favoriseront la mise en place des plans locaux de prévention des RPS (3°).

Les établissements pourront également trouver une aide et des supports auprès de différents acteurs œuvrant dans le champ sanitaire, social et médico-social et dans la prévention des risques professionnels (4°).

1°) Plans locaux d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux

Chaque établissement relevant de la fonction publique hospitalière mène une réflexion sur les risques psychosociaux et doit se doter d'un plan local d'évaluation et de prévention des RPS dont les grandes lignes sont décrites dans cette instruction. Les plans locaux associent et s'appliquent nécessairement à l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux.

Les établissements ayant déjà mis en œuvre des actions, voire des plans de prévention sur les risques psychosociaux, compléteront si nécessaire les mesures déjà initiées par les orientations exposées dans la présente instruction. Ils pourront faire évoluer leur action dans le sens de l'amélioration de la qualité de vie au travail.

a. Étapes de la démarche d'évaluation et de prévention des RPS :

Le déploiement d'un plan local d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux dans les établissements comprend les étapes suivantes :

1. La réalisation, au niveau local, d'un diagnostic partagé des facteurs de risques psychosociaux.
Ce diagnostic associe les personnels ainsi que leurs représentants élus au CHSCT. Les modalités d'association des personnels sont définies localement ainsi que le niveau pertinent pour l'analyse de ce risque (définition du périmètre de l'unité de travail analysée). Une attention particulière est portée sur l'expérience et le vécu du personnel, l'analyse de l'activité et ce qui détermine son organisation. Une aide au diagnostic peut être trouvée dans les références identifiées en annexe 1 de la présente instruction.
2. La présentation du diagnostic au CHSCT et sa discussion au sein de l'instance ;
3. L'intégration du diagnostic partagé dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).
Les guides de l'INRS ED6139 (Risques psychosociaux et document unique, vos questions, nos réponses) et ED6140 (Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU) fournissent des informations utiles à cet effet.
4. L'élaboration de propositions d'amélioration des situations et leur intégration dans le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact) ;
5. La mise en œuvre des actions concrètes retenues.
L'objectif poursuivi par chaque action et le calendrier associé doivent être clairement identifiés.
6. L'intégration d'un bilan de la mise en œuvre du plan local d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux et des actions engagées dans le bilan hygiène, sécurité et conditions de travail présenté annuellement au CHSCT.

Pour construire cette démarche ou compléter celles déjà engagées, les établissements tiendront compte et intégreront les indicateurs faisant l'objet d'un suivi national (Annexe 2) ainsi que le calendrier de ce suivi présenté ci-dessous. Ils feront remonter à leur tutelle et à la DGOS (DGOS-PNAP-RPS@sante.gouv.fr) les difficultés rencontrées dans la mise en place de ces démarches.

b. Éléments de méthode :

Pour améliorer la portée des plans locaux d'évaluation et de prévention des RPS, les signataires de l'accord cadre du 22 octobre 2013 ont identifié un certain nombre de leviers sur lesquels s'appuient les démarches de prévention, notamment :

- L'association des personnels en amont et tout au long de la démarche.
Les personnels disposent de la connaissance du travail réel sur laquelle doivent se fonder les diagnostics et les préconisations en vue de la prévention des RPS. L'implication des personnels favorise leur engagement et leur appropriation de la démarche. Les modalités de cette participation sont définies localement, en lien avec le CHSCT. Les travaux issus de l'expression des personnels sur leur travail ont vocation à alimenter l'analyse des risques qui est débattue en CHSCT. Un équilibre entre temps de formulation et efficacité doit être recherché afin de ne pas différer de manière trop importante la mise en œuvre des plans locaux d'évaluation et de prévention des RPS.
- L'association du CHSCT à la démarche dans son ensemble, et aux phases de diagnostic et de préconisations en particulier.
Le dialogue social centré sur cette thématique se fonde sur une concertation prenant en compte les contraintes propres à chaque établissement. Les partenaires sont invités à faire preuve d'innovation pour apporter des solutions concrètes aux problèmes des RPS. Le cas échéant, une aide peut être trouvée auprès de la tutelle ainsi que de l'ANACT (<http://www.appui-relations-sociales.fr/>).
- La prise en compte du rôle de l'encadrement à tous les niveaux des plans de prévention des risques psychosociaux.
L'encadrement joue un rôle central dans la prévention des RPS mais il est également un acteur lui-même exposé à ce type de risques. La réflexion sur les RPS doit notamment conduire à une réflexion sur les rôles, la place, les moyens et l'accompagnement de l'encadrement.
- L'anticipation des situations de restructuration et des plans de retour à l'équilibre en intégrant en amont des décisions une identification des conséquences en terme de risque professionnel pour les personnels et des actions visant à prévenir les RPS et à améliorer la qualité de vie au travail.
La circulaire SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014⁴ rappelle aux établissements de la fonction publique hospitalière que les projets de restructuration doivent systématiquement comporter un volet ressources humaines à l'échelle territoriale qui est la plus opportune.
Le CHSCT doit par ailleurs être obligatoirement consulté sur les projets de modification importante des conditions de travail dont les restructurations (Article L.4612-8 du code du travail).
- L'utilisation, pour le diagnostic, des 6 dimensions de risques à caractère psychosocial identifiés par le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail (exigences et intensité du travail ; exigences émotionnelles ; autonomie et marges de manœuvre ; qualité des rapports sociaux et des relations de travail ; conflits de valeur ; insécurité de la situation de travail).

⁴ Circulaire SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fond d'intervention régional en 2014

c. Calendrier :

Le diagnostic partagé doit être initié au cours de l'année 2014 pour conduire, fin 2015 au plus tard, à l'élaboration de propositions d'actions pour prévenir les RPS. Ces propositions sont intégrées dans le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail présenté au CHSCT.

La démarche engagée sur les risques psychosociaux est une démarche pérenne qui a vocation, au même titre que les autres risques professionnels, à être intégrée dans le document unique d'évaluation des risques professionnels et être actualisée chaque année.

Pour suivre la mise en place quantitative et qualitative des plans locaux d'évaluation et de prévention des RPS, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) procédera au cours du 1^{er} trimestre de chaque année à une enquête auprès des établissements de la fonction publique hospitalière. A des fins d'anticipation, les établissements trouveront dans l'annexe 2 un certain nombre d'éléments qui seront demandés au cours de ces enquêtes.

2°) Formation et information

Pour accompagner le déploiement de cette démarche, il est important que les acteurs qui seront chargés de mettre en place les plans locaux d'évaluation et de prévention des RPS soient formés à cette thématique. Ainsi, les membres du CHSCT (à défaut, les membres du CTE, à défaut les délégués du personnel) doivent bénéficier d'une formation dédiée à la prévention des risques psychosociaux. **Cette formation de 2 journées est obligatoire.** Elle est organisée dans les mêmes conditions que la formation des membres du CHSCT (Articles R.4615-14 à R.4615-21 du code du travail) sans s'y substituer. Elle doit être organisée sur les années 2014-2015 et permettre au CHSCT de jouer pleinement son rôle, dès la phase de diagnostic, dans la mise en place des plans locaux d'évaluation et de prévention des RPS. Par ailleurs, il est fortement recommandé que les membres non représentants du personnel siégeant régulièrement au CHSCT soient associés à cette formation. De même, il est conseillé que les acteurs qui seront directement chargés de mettre en place les plans locaux puissent également bénéficier de cette formation, afin que l'ensemble des acteurs partagent une même connaissance des risques psychosociaux et des moyens de les prévenir.

Pour favoriser l'appropriation de ces plans par les instances et les autres personnels, des actions de sensibilisation sont proposées par les établissements, en lien avec le CHSCT : information des personnels sur les démarches mises en place au sein de l'établissement, plaquette d'information sur les RPS, etc.

Des formations aux RPS proposées aux personnels médicaux et non médicaux complètent les actions de communication ci-dessus mentionnées. La circulaire DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel et son annexe 26 a rappelé l'importance d'intégrer cette thématique dans les plans de formation et de développement professionnel continu. Les établissements peuvent aussi s'appuyer sur les formations dispensées par l'ANFH. Il est conseillé de proposer prioritairement ces formations aux acteurs de prévention (dont la médecine du travail) et à l'encadrement (direction, DRH, direction des soins, services économiques, chefs de pôle et/ou de services notamment).

3°) Agences régionales de santé, directions départementales de la cohésion sociale, directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations :

Les agences régionales et les directions départementales facilitent, par les moyens dont elles disposent et qu'elles jugent appropriés, la mise en place des plans locaux de prévention des RPS. Elles recensent, notamment, les actions menées sur ce thème au sein de leur territoire et diffusent l'information auprès des établissements. Elles favorisent les échanges entre les établissements (témoignages, bonnes pratiques, parrainages...) et leur mise en réseau. A chaque fois que cela est possible, elles identifient les besoins et les projets qui pourraient être mutualisés et promeuvent leur mise en commun. Dans le cadre de l'évaluation annuelle du chef d'établissement, elles rappellent la nécessité de mettre en place une démarche de prévention des RPS dans l'établissement.

Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) peuvent être mobilisés par les agences régionales pour l'accompagnement de ces plans au titre du 5° de l'article L.1435-8 du Code de la santé publique relatif aux missions pour lesquelles les agences peuvent mobiliser les crédits du fond d'intervention régional (FIR). Pour les établissements médico-sociaux les crédits non reconductibles peuvent également financer les CLACT en respectant les règles d'emploi de ces crédits fixés à l'annexe 6 de la circulaire DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2014/94 du 28 mars 2014. La circulaire SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014⁵ et l'instruction DGOS/RH3/MEIMMS/2013/410 du 17 décembre 2013⁶ ont rappelé le caractère prioritaire du financement des actions visant la prévention des risques psychosociaux. Les agences veilleront à communiquer aux établissements les modalités de mise à disposition de ces crédits en fonction des priorités définies au niveau régional.

4°) Ressources complémentaires :

Pour mettre en place ou faire évoluer leurs plans locaux de prévention des RPS, les établissements de la fonction publique hospitalière peuvent se référer aux travaux et aux aides apportées par un certain nombre d'acteurs, parmi lesquels :

Le fond national de prévention de la CNRACL (FNP) participe à la prévention des risques professionnels à la fois en assurant un suivi statistique des accidents du travail et des maladies professionnelles (mise à disposition du logiciel ProRisq), en élaborant des recommandations d'actions en matière de prévention (guides, outils, témoignages...) et en participant au financement de mesures de prévention. Les établissements de la fonction publique hospitalière sont éligibles aux aides proposées par le FNP et plusieurs d'entre eux ont bénéficié de l'assistance du fond pour mettre en œuvre des actions dans le champ des risques psychosociaux (détails sur le site internet du FNP : https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=140)

La haute autorité de santé (HAS : <http://www.has-sante.fr>) participe à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des établissements de santé en proposant des outils et à travers la démarche de certification des établissements. Depuis 2010, elle mène une réflexion sur la qualité de vie au travail pour assurer le déploiement de cette thématique dans les établissements de santé.

L'institut national de recherche et de sécurité (INRS : <http://www.inrs.fr>) et l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT : <http://www.anact.fr>) proposent des outils, des démarches et des actions de formation dans le domaine de la prévention des risques professionnels en général et des risques psychosociaux en particulier. Elles accompagnent les structures dans la mise en place de leurs démarches de prévention.

Enfin, la DGOS mettra à disposition des établissements une base documentaire sur le site internet du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/la-commission-de-l-hygiene-de-la-securite-et-des-conditions-de-travail-chsct.html>

III. COLLECTE D'INFORMATIONS OBLIGATOIRES DANS LE CADRE DU SUIVI NATIONAL DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX :

Les indicateurs figurant en annexe 2 feront l'objet d'une collecte au cours du 1^{er} trimestre de chaque année (enquête DGOS). Il est donc important que le suivi de ces éléments soit intégré en amont dans la démarche de prévention des RPS mise en œuvre par chaque établissement. Ils ont vocation à permettre le suivi de la mise en œuvre des plans locaux au sein des 3 fonctions publiques et, le cas échéant, à apporter une aide supplémentaire ou réorienter la stratégie nationale. Pour la fonction publique hospitalière, ils feront également l'objet d'une présentation et d'un débat au sein du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et de sa commission hygiène, sécurité et conditions de travail.

⁵ Circulaire SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fond d'intervention régional en 2014

⁶ Instruction DGOS/RH3/MEIMMS/2013/410 du 17 décembre 2013 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional

Les ARS, les DRJSCS et les DDCS informeront la DGOS (boîte fonctionnelle : DGOS-PNAP-RPS@sante.gouv.fr) de toute difficulté éventuellement rencontrée dans l'application de cette instruction. Les questions des établissements doivent prioritairement être adressées aux tutelles régionales et départementales, avec copie à la DGOS sur la boîte fonctionnelle sus-citée.

Enfin, d'une manière générale, tous les acteurs du déploiement de ces plans veilleront à tenir informés leurs interlocuteurs des versants Etat et territoriale de la fonction publique de leurs actions afin de favoriser les échanges au sein de la fonction publique.

Pour la ministre et par délégation

signé

Jean DEBEAUPUIS
Directeur général de l'offre de soins

signé

Sabine FOURCADE
Directrice générale de la cohésion sociale

signé

Pierre RICORDEAU
Secrétaire Général
des ministères chargés des affaires sociales

Annexe 1

Ressources documentaires

Un ensemble de documents supports sont mis en ligne sur la page dédiée à la CHSCT du site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/la-commission-de-l-hygiene-de-la-securite-et-des-conditions-de-travail-chsct.html>

De manière non exhaustive :

. Rapports, protocoles, circulaires :

- Accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique ;
- Circulaire du Premier ministre n°5705/SG du 20 mars 2014 relative à la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques ;
- Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : rapport du 11 avril 2011 du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail (Gollac et Bodier).

. Outils :

- DGAFP
 - o Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique
 - o Indicateurs de diagnostic des risques psychosociaux
 - o La prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique (plaquette de présentation)
 - o Référentiels de formation portant sur la prévention des RPS dans la fonction publique
- ANACT
 - o La démarche ANACT de prévention des risques psychosociaux : <http://www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/RPS>
 - o Aide à l'évaluation des risques professionnels en milieux de soins (guide)
 - o Prendre en compte les RPS dans le document unique (kit méthodologique)
 - o Appui aux relations sociales : <http://www.appui-relations-sociales.fr/>
- INRS
 - o RPS : adapter les approches et les outils aux besoins des entreprises : <http://www.inrs.fr/accueil/inrs/themes-travail/tps.html>
 - o Stress au travail, les étapes d'une démarche de prévention (ED 6011)
 - o Dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider (ED 6012)
 - o Risques psychosociaux : et si vous faisiez appel à un consultant (ED 6070)
 - o Comment détecter les risques psychosociaux dans les entreprises ? (ED 6086)
 - o Risques psychosociaux et document unique, vos questions, nos réponses (ED 6139)
 - o Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU (ED 6140)
- FNP :
 - o Prévention des risques professionnels. Etablissements de santé, sociaux et médico-sociaux (Guide)
 - o Pour une prévention durable des risques psychosociaux dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières (Rapport)

- HAS
 - o Qualité de vie au travail : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail?xtmc=&xtr=1

. Témoignages, bonnes pratiques :

- ANACT : http://www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/RPS/liste?name_type_item=CAS_ENTREPRISE
- FNP : https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=9822

Annexe 2

Collecte d'informations obligatoires dans le cadre du suivi national

1°) Etat d'avancement des plans locaux d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux

Pour suivre l'état d'avancement de la mise en place des plans locaux d'évaluation et de prévention des RPS, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) réalisera une enquête annuelle pour collecter des informations relatives aux étapes de la démarche et à son contenu. Parmi les éléments qui seront collectés :

a. Etapes de la démarche :

- L'établissement avait-il déjà mis en place une démarche de prévention des RPS ? (*Oui/Non ; Si oui, a-t-elle été complétée ?*)
- Diagnostic partagé (*Réalisé / Date de réalisation / Non réalisé / Observations*)
- Présentation du diagnostic partagé au CHSCT (*Réalisé / Date de réalisation / Non réalisé / Observations*)
- Intégration des éléments de diagnostic dans le DUERP (*Réalisé / Date de réalisation / Non réalisé / Observations*)
- Elaboration de propositions d'amélioration des situations (*Réalisé / Date de réalisation / Non réalisé / Observations*)
- Intégration des propositions dans le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (*Réalisé / Date de réalisation / Non réalisé / Observations*)
- Mise en œuvre d'actions concrètes retenues (*Réalisé / Nombre / Non réalisé / Observations*)
- Mise en place d'une formation ou d'une information dédiée :
 - o Pour les membres du CHSCT (*Réalisé / Date de réalisation / Non réalisé / Observations*)
 - o Pour les acteurs de la prévention et l'encadrement (*Réalisé / Date de réalisation / Non réalisé / Observations*)
 - o Pour les autres catégories de personnels (*Réalisé / Date de réalisation / Non réalisé / Observations*)

b. Méthodologie :

- Appel à un intervenant extérieur (*Oui-Non / Observations*)
- Association du personnel à la démarche (*Oui-Non / Méthodologie retenue*)
- Association du CHSCT à la démarche (*Oui-Non / Observations*)
- Association du médecin du travail à la démarche (*Oui-Non / Observations*)
- Mise en place d'actions de communication ciblées (*Oui-Non / Observations*)
- Mise en place de moyens spécifiques pour l'encadrement (*Oui-Non / Observations*)
- Présentation de restructurations au CHSCT (*Oui-Non / Observations*)
- Type d'actions de prévention mis en œuvre (*Primaire-Secondaire-Tertiaire / Observations*)

2°) Indicateurs de suivi

En complément des indicateurs qui seront retenus par les établissements lors de la phase de diagnostic, les 4 indicateurs décrits ci-après devront être systématiquement intégrés dans tous les plans locaux d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux. Ils seront

suivi au niveau national, par le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et par la formation spécialisée « conditions de travail, hygiène, santé et sécurité au travail » du conseil commun de la fonction publique. Leur modalité de calcul doit donc être identique au sein des 3 fonctions publiques. Pour la fonction publique hospitalière, chaque indicateur distinguera 3 catégories de personnels : le personnel médical, le personnel paramédical et le personnel administratif et technique.

. *Indicateur 1 : Taux d'absentéisme pour raisons de santé :*

Nombre moyen de jours d'absence pour raisons de santé par personnels

$$= \frac{\text{Nombre de jour d'arrêts pour maladie}}{\text{Effectifs moyens de l'année } n^1}$$

En distinguant 4 catégories :

- Congés pour maladie ordinaire ;
- Congés longue maladie et congés longue durée ;
- Congés pour accidents du travail ;
- Congés pour maladie professionnelle.

Ne sont pas pris en compte ni les congés maternité, paternité, parentaux, formation, ni tout autre congé que ceux cités ci-dessus.

. *Indicateur 2 : Taux de rotation des personnels :*

$$= \frac{\text{Somme du nombre d'arrivées de personnels et du nombre de départs au cours de l'année } / 2}{\text{Effectifs moyens de l'année } n^1}$$

. *Indicateur 3 : Taux de visite sur demande de l'agent au médecin du travail :*

= nombre de demandes de visite spontanées au médecin du travail pour 100 personnels

. *Indicateur 4 : Taux d'actes de violences physique envers le personnel :*

$$= \frac{\text{nombre d'actes de violence physique envers le personnel pour 100 personnels}}{\text{Effectifs moyens de l'année } n^1}$$

En distinguant 4 catégories d'actes :

- émanant du personnel avec arrêt de travail ;
- émanant du personnel sans arrêt de travail ;
- émanant des usagers avec arrêt de travail ;
- émanant des usagers sans arrêt de travail.

Les événements liés à ce dernier indicateur sont également déclarables, en parallèle, auprès de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS – Information : <http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html> ; Contact : dgos-onvs@sante.gouv.fr ; Plateforme : <https://o6.sante.gouv.fr/oNVS>)

En fonction des indicateurs que les établissements retiendront dans le cadre de la mise en place de leurs plans locaux de prévention des RPS, ils sont invités à faire remonter auprès de la DGOS ceux qu'ils jugent le plus pertinent et qui pourraient faire l'objet d'une généralisation pour un suivi plus précis des RPS.

¹ L'effectif moyen est calculé en additionnant l'effectif physique à la fin de chaque mois de l'année n, le tout divisé par 12.



Inspection générale
des affaires sociales

Etablissements de santé Risques psychosociaux des
personnels médicaux : recommandations pour une
meilleure prise en charge
Mise en responsabilité médicale : recommandations
pour une amélioration des pratiques

RAPPORT TOME I

- Décembre 2016 -

2016-083R

SYNTHESE

- [1] Ce rapport a pour objet de préciser les conditions de sensibilisation et de mobilisation des acteurs, de mise en œuvre opérationnelle et d'évaluation des différentes actions engagées en matière de prévention, détection et prise en charge des risques psychosociaux d'une part, et d'amélioration des procédures de désignation et d'exercice des missions managériales par les responsables médicaux au sein des établissements, d'autre part.
- [2] La mission a établi un état des lieux des textes publiés, en cours de publication ou en concertation concernant ces deux thématiques. Elle a rencontré les directions d'administration centrale et agences concernées et procédé à de très larges auditions. Elle a par ailleurs entendu tous les praticiens concernés par les risques psychosociaux qui l'ont sollicitée. Elle rend compte de plusieurs expériences et initiatives hospitalières, universitaires ou plus généralement du monde du travail qu'elle a recueillies.
- [3] L'étape du diagnostic primordiale, oriente aussi bien la compréhension de la problématique que le contenu des actions.
- [4] Comme pour d'autres phénomènes sociaux, et en particulier ceux relatifs à la nature des liens des individus entre eux dans un contexte organisationnel en évolution, il convient, ici, de souligner la difficulté à porter une appréciation d'ensemble et qui serait définitive, sur l'importance et la spécificité "propre" des RPS chez les personnels médicaux des établissements de santé.
- [5] Plusieurs facteurs contribuent à rendre difficile cette approche :
- D'une part, la diversité des catégories professionnelles concernées, allant des praticiens hospitaliers aux hospitalo-universitaires en passant par les étudiants de 2^{ème} année et les internes, est à souligner. Leurs statuts sont différents et leurs conditions d'exercice, d'un centre hospitalier éloigné d'une métropole aux hôpitaux parisiens pour ne prendre que cet élément, sont variés ;
 - D'autre part, leurs parcours personnels sont aussi divers et se déroulent, sur une période pouvant s'étendre de quelques années à plusieurs décennies avec à la clef des capacités d'appréhension des risques psychosociaux propres à chacun ;
 - Par ailleurs, et alors même qu'il existe un contexte général, avec des objectifs de politique publique, avec un cadre réglementaire et statutaire, bien identifiables et objectivables, les effets induits dans les organisations et au sein des communautés de travail locales, peuvent varier significativement d'un hôpital à l'autre et même d'un service à l'autre.
- [6] Comme le dit le sociologue américain, Howard S. Becker, *"les indices d'un seul et même phénomène à l'œuvre peuvent être fragiles"*, et ce constat invite à la prudence. Il y a là, en effet, une difficulté à objectiver un phénomène et à porter une interprétation globale, alors même comme cela est souligné un peu plus loin, il y a un manque d'analyses très fines et très méthodiques des déterminants à l'apparition et au maintien des phénomènes des RPS communs à toutes les catégories de personnels médicaux visés par le rapport.
- [7] Les enquêtes et études dont la mission a eu connaissance confirment bien que le personnel médical en établissement public de santé n'échappe pas à la problématique des risques psychosociaux avec des retentissements sur sa santé.

- [8] Cette question complexe, comporte des enjeux particulièrement stratégiques puisqu'elle touche à la qualité de la ressource humaine médicale et donc au soin. En effet, **les conséquences sur les personnels médicaux ont des répercussions humaines, mais aussi sur l'organisation et la qualité des soins.**
- [9] Cette situation si elle mérite d'être rappelée, n'empêche pas évidemment de mettre en évidence des situations de risques et de proposer, de façon réfléchie et adaptée, des recommandations pour mieux les appréhender, les prévenir, les traiter et dénouer celles pour lesquelles le temps et le "gel" de positions institutionnelles ou individuelles ayant joué, se sont "enkystées".
- [10] En matière de RPS, la mission souligne l'important décalage entre les textes de niveau législatif et réglementaire, les propositions issues des rapports sur le sujet et la mobilisation sur le terrain.
- [11] L'architecture des dispositions retenues par la mission se décline en six points :
- **Une structuration du pilotage national**
- [12] Jusqu'à très récemment, les RPS concernant le personnel médical hospitalier étaient soit passés sous silence soit non décelés voir même niés. Le drame survenu en fin d'année 2015 à l'HEGP a certainement libéré la parole et accéléré une prise de conscience de la souffrance au travail.
- [13] Le ressenti des personnels concernés, les situations portées à la connaissance de la mission font que la prévention, la détection et la prise en charge des risques psychosociaux ne peuvent rester au niveau du texte ou à la pose actuelle des cadres d'actions et doivent donner lieu à une véritable stratégie nationale de la qualité de vie au travail et de prise en charge des RPS du personnel médical hospitalier et plus globalement des soignants.
- [14] Au regard du constat effectué par la mission, la création d'une mission nationale paraît nécessaire, dont le champ de compétences pourrait s'étendre à l'ensemble des professionnels de santé. Elle sera chargée de la mise en œuvre de la stratégie nationale et il conviendra d'en faire un véritable outil de pilotage des politiques liées à la prévention, au traitement des RPS et à la qualité de vie au travail.
- [15] Elle sera à l'initiative d'un observatoire permettant une analyse qualitative et quantitative en matière de RPS, un suivi annuel et une base de comparaison avec les pays investis dans le domaine. Elle élaborera notamment les outils utiles et nécessaires à la détection, prévention et suivi des RPS.
- [16] Toutes les situations signalées à la mission démontrent une gestion quasi inexistante de la situation de souffrance du personnel médical hospitalier tant en termes d'écoute, d'orientation, de prise en charge de la souffrance que de l'addiction.
- [17] La mission considère qu'il y a lieu de fédérer tous les dispositifs associatifs existants sur la base d'un cahier des charges qui relèverait des attributions de la mission nationale, assurant ainsi les bonnes pratiques et l'accessibilité sur l'ensemble du territoire national.
- [18] Par ailleurs, il est important de disposer d'une offre de soins spécialisée, ambulatoire et hospitalière dans la prise en charge de cette souffrance.
- [19] La mission s'interroge sur le risque de multiplication de centres dédiés sans une réflexion préalable nationale sur le besoin, les pré requis qualitatifs et les implantations et insiste sur la spécificité du soin aux soignants et donc de l'importance de la formation, des personnels soignants et médicaux et du strict respect de la confidentialité.

- [20] La mission préconise que cette mission nationale assure la labellisation et la répartition sur le territoire des structures de prise en charge ambulatoires et hospitalières spécialisées dans le soin aux soignants.
- [21] Les personnes en souffrance dénoncent assez souvent des solidarités médicales locales non seulement intra-hospitalières et universitaires, mais également ordinaires et avec l'ARS car tous ces professionnels se connaissent la plupart du temps depuis leurs études et exercent en lien. Ainsi, le recours en interne ou à des tiers extérieurs locaux soulève la question des liens d'intérêt entre les parties et son objectivité est contestée. Le souhait est d'avoir un recours "dépaycé", externe neutre régional ou national en toute confidentialité.
- [22] Une évolution dans ce sens s'avère aujourd'hui indispensable pour mieux prendre en compte les nécessités institutionnelles et les attentes de professionnalisation et d'indépendance formulées lors des auditions organisées par la mission. Il serait judicieux de créer auprès de la mission nationale, une fonction de médiation assurée par des personnalités qualifiées et formées répondant aux principes du code de déontologie du médiateur.
- [23] Pour réaliser concrètement cette mission de médiation en cas de difficultés de conciliation en local, la mission propose de "dépayser la prise en charge" en instaurant au niveau régional une organisation autour de médiateurs régionaux et d'un médiateur national "santé", à l'instar de l'organisation mise en œuvre par le MENESR.
- [24] Cette médiation régionale sera externe, indépendante, compétente et formée par d'anciens professionnels (doyens, présidents de CME, directeurs, membres des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers-PH- et praticiens hospitalo-universitaires-PU-PH-), reconnus et formés spécifiquement à la médiation et à l'approche de la gestion des situations complexes.
- **Un renforcement de l'implication du niveau régional et de la gouvernance des établissements**
- [25] La mission observe que peu de commissions régionales paritaires (CRP) se sont investies sur les RPS. Dans les trois régions pour lesquelles les CRP ont mené des actions en relation avec les RPS et fonctionnant d'une manière efficace, la présence de leaders syndicaux, de référents ARS ou de personnalités qualifiées investis dans le domaine des RPS est rapportée.
- [26] Les enjeux importants tels que les conséquences de la réforme territoriale dans leur composition, les missions en lien avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et la gestion de cas individuels à repenser en raison de l'absence à ce jour de mise en œuvre de conciliation de cas complexe amènent la mission à proposer de revoir le périmètre des missions dévolues à la CRP. Il est important et souhaitable qu'il soit revisité afin d'opérer un recentrage, en faisant un pari sur l'autonomie des établissements et leur responsabilisation. Il est nécessaire d'impulser une vraie politique régionale de dialogue social, des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des RPS et d'élaborer des programmes de santé au travail déclinés au sein des GHT, en application d'une stratégie nationale.
- [27] S'agissant des établissements de santé, que ce soit au regard de questions liées à l'amélioration de la performance, à des changements d'organisation du travail ou à la prévention des risques professionnels, le management est à la fois pointé comme une source de dysfonctionnements et comme un levier d'action. On reproche ainsi aux managers d'avoir des pratiques managériales inadaptées tout en regrettant leur éloignement des problématiques du terrain.
- [28] Les différents entretiens menés font ressortir le besoin de déterminer un cadre global et lisible d'amélioration de la qualité de vie au travail qui passe par une qualité de travail (recentrage sur le cœur de métier) et une reconnaissance de l'investissement du praticien.

- [29] En premier lieu, un investissement institutionnel est indispensable : se doter d'un volet du projet social qui concerne la communauté médicale avec une implication forte de la commission médicale d'établissement (CME), définissant une véritable politique de santé en revisitant les modes de management, d'organisation, de relations au travail au sein des pôles, mais aussi d'action sociale, versant important pour les jeunes médecins.
- [30] La mission considère qu'il revient à la CME de conduire une politique médicale d'établissement prenant en compte la formation et les modalités de suivi des étudiants hospitaliers et des internes. Son rôle est aussi déterminant pour la qualité de travail des praticiens, la qualité et la sécurité des soins. A ce titre, il y a lieu de généraliser la création d'une sous-commission de la CME devant traiter les problèmes de qualité de vie au travail et de prévention des RPS du personnel médical hospitalier.
- [31] Il paraît aussi essentiel de faire évoluer le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pour qu'il prenne en compte dans les faits, l'ensemble des professionnels en exercice (médical et non médical) dans les établissements de santé, en articulant ses travaux et réflexions avec cette sous-commission.
- [32] Toutes les situations signalées à la mission démontrent une absence de détection précoce, une gestion quasi inexistante de la situation en intrahospitalier, un repli sur soi de la personne, une mise à l'écart, un isolement, un épuisement et un enkystement des situations.
- [33] Le développement d'une "cellule d'écoute et de conciliation" est préconisé dans le cadre des missions dévolues à la sous-commission dont les règles de traitement des situations individuelles doivent être formalisées.

➤ **Les RPS et le management sont indissociables**

- [34] Parler de risques psychosociaux conduit inévitablement à parler de management et du rôle des managers. Le manager peut être à l'origine de RPS ou une cible potentielle puisqu'il est l'interface entre son équipe et son propre encadrement, mais c'est également un détecteur et un préventeur des risques psychosociaux pour les membres de son équipe. Si la prévention a été insuffisante, le manager peut également jouer un rôle d'acteur afin d'aider les membres de son équipe en détresse.
- [35] Tous les acteurs hospitaliers s'accordent sur l'importance du management médical concernant les RPS. Professionnaliser la nomination des chefs de service et des chefs de pôle sur la base de fiches de poste précisant les profils, les compétences attendues notamment sur le plan du management et en formalisant les modalités de sélection au sein de chaque établissement est aujourd'hui indispensable.
- [36] Les formations managériales ne doivent pas se résumer à la gestion financière. Il importe de donner des connaissances en management d'une équipe, prévenir et gérer les tensions et les conflits, manager des projets, accompagner les transformations et piloter le changement...
- [37] Le développement de la formation à l'exercice en équipe, aux RPS et au management tant en formation initiale qu'en formation continue et l'accompagnement des praticiens en responsabilité notamment avec les techniques les plus adaptées dans le cadre du développement professionnel continu.
- [38] De même, la mise en place d'une charte du management au sein des établissements de santé est essentielle afin de faire évoluer durablement les pratiques managériales, elle suppose de travailler non seulement sur les valeurs, mais aussi sur les comportements associés.

[39] Pour réinvestir sur la proximité du management et sans remettre en cause l'organisation polaire, la mission préconise la valorisation du rôle du collectif et la réaffirmation des compétences déléguées au responsable de service, de département ou d'unité fonctionnelle qui doit disposer de marges d'adaptation et de décision pour une meilleure efficacité et une cohésion d'équipe, facteur déterminant de prévention des RPS.

[40] Le développement de ce collectif, la favorisation de l'implication de l'équipe médicale et la prévention notamment des conflits au travail, requièrent l'instauration d'espaces de dialogue sur le travail, de régulation et de discussion autour des réunions de service.

[41] Pour favoriser le dialogue avec les praticiens et dépister les situations de mal-être, quelques établissements ont mis en œuvre des entretiens formalisés avec les PH à leur nomination, à distance et à mi-parcours sur base d'une fiche de poste. La mission encourage à ce que ces initiatives soient désormais généralisées à l'ensemble du personnel médical hospitalier au sein des établissements de santé.

➤ **Une meilleure efficacité des structures de dialogue**

[42] Promue en tant que structure forte du dialogue social au niveau du GHT, la conférence territoriale de dialogue social pourrait notamment traiter, dans une vision territoriale, des méthodes et bonnes pratiques de dialogue social, d'organisation et de conditions de travail, et des programmes pluriannuels de santé au travail.

[43] Il paraît aujourd'hui nécessaire d'associer davantage les praticiens hospitaliers, au dialogue sur des sujets comme l'organisation du travail, l'organisation et la gestion des temps, la santé au travail.

[44] La mission préconise la désignation au sein de chaque conférence territoriale de dialogue social, d'un représentant des praticiens hospitaliers et des personnels enseignants et hospitaliers du territoire siégeant en CRP, désigné par la CRP. Ce qui permettra d'assurer un lien en matière de dialogue social entre les conférences territoriales de dialogue social et la commission régionale paritaire dont les missions évolueraient vers une structure régionale de dialogue social.

[45] S'agissant des instances de dialogue national, la mission s'interroge sur leur multiplicité et de la coexistence de deux dispositifs inopérants à ce jour et propose de créer une commission spécialisée au sein du futur conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé qui reprendrait les missions dévolues au comité consultatif national et qui pourrait être le lieu de capitalisation des travaux menés par les CRP, d'observation des pratiques de dialogue social sur le terrain pour mesurer les progrès accomplis, favoriser le déploiement des pratiques jugées les plus pertinentes et les plus efficaces.

➤ **Une simplification des actes de gestion**

[46] Un certain nombre d'actes et agissements par exemple de harcèlement moral ou sexuel sont générateurs de RPS, de conflits "durs" au sein des établissements. Au-delà du fait qu'ils sont susceptibles de poursuites et de sanctions pénales, ils constituent, bien souvent, des fautes disciplinaires qui doivent être poursuivies et punies.

[47] Des entretiens réalisés par la mission, il ressort qu'aucune difficulté d'ordre juridique et réglementaire n'entrave le fonctionnement des instances prévues à cet effet pour les praticiens hospitaliers.

- [48] La voie du champ disciplinaire est rarement engagée tant pour les PH que les HU alors même qu'elle permettrait dans certains cas une instruction du dossier avec le respect des parties et de leur droit à défense. En tout état de cause, il y a lieu de procéder à une enquête administrative préalable à d'éventuelles poursuites disciplinaires en cas de suspicion de faits graves.
- [49] S'agissant des hospitalo-universitaires, la juridiction s'est peu réunie ces dernières années suscitant des interrogations tant sur la volonté d'en assurer un fonctionnement régulier que sur l'absence d'"exemples" en direction des agents qui, de façon caractérisée et, dans certains cas, systématique, manquent à leurs obligations déontologiques.
- [50] Les entretiens menés par la mission mettent en relief une mise en œuvre au niveau interministériel qui alourdit et freine considérablement la procédure disciplinaire.
- [51] Afin de responsabiliser les acteurs locaux, la mission recommande un assouplissement de la réglementation en matière de saisine de la juridiction afin qu'elle puisse être opérée conjointement par les présidents d'université et les directeurs généraux de CHU.
- [52] La mobilité d'un ou de plusieurs praticiens peut aussi s'avérer être la meilleure solution dans l'intérêt du service et dans l'intérêt des personnes concernées, vision qui a été exprimée par de nombreux témoignages d'hospitalo-universitaires et de représentants des conférences.
- [53] Elle doit pouvoir être organisée, sans qu'il y ait la moindre confusion avec une sanction disciplinaire, pour éviter que perdure une situation de souffrance. Une position de service extraordinaire pour les HU est ainsi proposée par la mission.

➤ **Les GHT : une opportunité à saisir**

- [54] La mission considère que le nouvel espace qu'est le GHT représente une véritable opportunité tant pour les praticiens que les directions hospitalières de répondre aux aspirations des praticiens sous la condition d'un engagement à une gestion coordonnée des ressources médicales sur le territoire, voire d'une direction unique des affaires médicales.
- [55] Cette perspective doit nécessairement donner lieu à une gestion des emplois et des compétences et donc des parcours et des carrières et sortir du cadre de la simple gestion statutaire des praticiens. Ainsi, le défi de la conduite des restructurations et du pilotage des reconversions suppose de mobiliser des savoir-faire de plus en plus pointus, qui ne sont pas homogènes au sein d'un territoire.
- [56] La médecine du travail est assez peu actrice au regard des témoignages recueillis par la mission, au-delà de quelques initiatives exemplaires car, culturellement, les professionnels médicaux ignorent les médecins du travail souvent par manque de reconnaissance et de confiance et s'exonèrent des règles de suivi même obligatoires.
- [57] L'état des lieux et les orientations nouvelles, introduites par la "Loi Travail" conduisent la mission à proposer une mutualisation des équipes à l'échelle des GHT et à inciter à la constitution d'équipes pluridisciplinaires en coopération avec les CHU afin de mettre en œuvre une démarche de santé au travail coordonnée et attractive pour les professionnels.

"J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité".

Avant dernière phrase du serment d'Hippocrate

DARES

analyses



L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux

Les risques psychosociaux auxquels sont exposés certains salariés sont susceptibles de dégrader leur santé physique et mentale. L'enquête Sumer de 2010 permet de repérer les situations de travail qui accroissent ces risques, comme la tension au travail (*job strain*) ou le manque de reconnaissance.

Les salariés qui exercent des fonctions d'exécutants sont davantage exposés aux risques psychosociaux que les autres. Le *job strain* concerne plus les femmes en raison d'une plus faible autonomie dans le travail et de marges de manœuvre réduites. Les hommes qui exercent des fonctions occupées majoritairement par des femmes sont plus touchés par le manque de reconnaissance de leur travail. La fonction publique hospitalière s'avère particulièrement concernée par les risques psychosociaux.

Les modes d'organisation du travail, comme les contraintes de rythme, influencent le risque d'exposition aux facteurs psychosociaux. Ces derniers sont fortement liés à l'impossibilité de faire correctement son travail par manque d'information, de coopération et de moyens. Travailler en contact direct avec le public est en revanche un facteur protecteur, à condition qu'il n'y ait pas de tension avec le public.

Les salariés les plus exposés au *job strain* ou au manque de reconnaissance se déclarent en moins bonne santé que les autres et sont plus souvent concernés par des symptômes dépressifs et anxieux. Les risques psychosociaux augmentent aussi le risque d'accident du travail et d'absentéisme, notamment pour les hommes qui déclarent un manque de reconnaissance.

Depuis une trentaine d'années, le travail a connu des mutations importantes dans ses modes d'organisation et de management. Ces évolutions ont eu notamment pour conséquence un accroissement des formes de travail flexible (contrats à durée déterminée, temps partiel), une intensification ainsi qu'une complexification du travail et une individualisation croissante de la gestion des ressources humaines. Ces changements ont contribué à l'émergence de risques psychosociaux en milieu professionnel. Ils sont, par nature, liés à la perception que le

salarié a de son activité de travail. Selon le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, ils peuvent être définis comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » [1]. Le suivi statistique de ces risques repose sur l'analyse de six dimensions : les exigences du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et les relations de travail, les conflits de valeurs et l'insécurité économique.

Dans l'enquête Sumer 2010, deux outils permettent d'appréhender les risques psychosociaux et de recueillir le plus fidèlement possible la perception que le salarié a de son travail à partir d'un auto-questionnaire (1) (encadré 1). Le modèle de Karasek permet d'évaluer pour chaque salarié l'intensité de la demande psychologique à laquelle il est soumis, la latitude décisionnelle dont il dispose et le soutien social qu'il reçoit sur son lieu de travail. L'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (situation de « *job strain* » ou de tension au travail) représente un risque pour la santé physique ou psychique ; cette situation est aggravée en cas de faible soutien social. Il y a tension lorsque les exigences du travail sont importantes et les marges de manœuvre disponibles pour y faire face insuffisantes. La seconde approche, développée par Siegrist, repose sur les efforts professionnels consentis par le salarié (liés aux contraintes physiques ou temporelles, aux responsabilités, etc.) et « la reconnaissance » (2) attendue en retour (en termes d'estime perçue, de perspectives de promotion, de sécurité de l'emploi et de satisfaction par rapport au salaire). Cette étude s'intéresse ainsi aux facteurs associés aux risques psychosociaux en milieu professionnel, tels qu'ils sont décrits par les salariés interrogés dans le cadre de l'enquête Sumer 2010, afin d'améliorer leur prévention.

(1) Cet auto-questionnaire intitulé « votre opinion sur votre situation de travail » est rempli par le salarié lui-même, sans médiation du médecin du travail.

(2) Dans son modèle, Siegrist parle d'équilibre entre les efforts du salarié et les récompenses attendues (encadré 1). Il nous semble plus opportun ici d'utiliser le terme de « reconnaissance ».

Tableau 1

Les risques psychosociaux selon les caractéristiques du salarié et de l'établissement

	« Actifs » forte demande psychologique et forte latitude décisionnelle	« Passifs » faible demande psychologique et faible latitude décisionnelle	« Détendus » faible demande psychologique et forte latitude décisionnelle	« Tendus » forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle	Ensemble	Manque de reconnaissance
Ensemble	22	26	29	23	100	49
Sexe						
Hommes	24	28	27	21	100	49
Femmes	20	22	32	26	100	49
Catégorie sociale						
Cadres et professions intellectuelles supérieures	51	27	7	15	100	46
Professions intermédiaires	28	30	20	22	100	51
Employés administratifs	15	21	34	30	100	55
Employés de commerce et de service	11	22	41	26	100	47
Ouvriers qualifiés	16	30	33	21	100	50
Ouvriers non qualifiés, ouvriers agricoles	8	20	45	27	100	47
Secteur d'activité						
Agriculture (secteur privé)	10	39	40	11	100	28
Construction (secteur privé)	24	37	24	15	100	33
Industrie (secteur privé)	23	23	29	25	100	57
Tertiaire (secteur privé)	22	24	30	24	100	49
Fonction publique hospitalière	29	22	19	30	100	52
Fonction publique de l'État	22	26	27	25	100	55
Fonction publique territoriale	19	27	33	21	100	50

Champ : salariés France métropolitaine et Réunion.

Source : Dares-DGT-DGAFP, enquête Sumer 2010.

Les fonctions d'exécutants, plus concernées par le *job strain* et le manque de reconnaissance

Les salariés sont inégalement exposés au *job strain* (ou tension au travail) selon leur catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, les employés administratifs, les ouvriers non qualifiés et les employés de commerce et de service sont plus souvent en situation d'être « tendus » : ils cumulent une forte demande psychologique avec une faible latitude décisionnelle. A l'inverse, les métiers de cadres, notamment les ingénieurs et les cadres techniques de l'industrie, sont soumis à une forte exigence au travail, donc au stress, mais bénéficient davantage de marges de manœuvre pour y répondre. Ils sont donc surreprésentés dans le groupe des « actifs » (tableau 1, encadré 1).

Une approche en termes de familles professionnelles permet une appréhension plus fine des conditions de travail. Le *job strain* touche particulièrement les employés de la banque et des assurances, les ouvriers non qualifiés de l'électricité et de l'électronique ainsi que ceux des industries de process (tableau 2).

Le manque de reconnaissance touche principalement les métiers des industries de process, les métiers d'ouvriers de la mécanique et du travail des métaux, du textile et du cuir, du bois, des industries graphiques et les métiers des transports, de la logistique, du tourisme (à l'exception des cadres) (3). Ces salariés sont plus nombreux que la moyenne à considérer que « vu tous leurs efforts, ils ne reçoivent pas le respect et l'estime qu'ils méritent à leur travail », que leur travail n'est pas

Tableau 2

Les 10 métiers les plus exposés au « *job strain* » et au manque de reconnaissance

En %

FAP	Libellé	Part des salariés en situation de tension au travail	Part des salariés déclarant un manque de reconnaissance au travail
C01	Ouvriers non qualifiés de l'électricité et de l'électronique	39	70
D02	Ouvriers qualifiés travaillant par enlèvement de métal, ouvriers qualifiés de la mécanique, des industries graphiques		64
DNQ	Ouvriers qualifiés travaillant par formage de métal, OQ du travail du bois et de l'ameublement	33	
E02	Ouvriers non qualifiés des industries de process	38	63
E12	Ouvriers qualifiés des industries de process		62
E22	TAM des industries de process		60
J12	Ouvriers qualifiés de la manutention		59
J52	Agents administratifs et commerciaux des transports et du tourisme	29	60
L22	Employés administratifs d'entreprise		61
M01	Employés, opérateurs, techniciens de l'informatique	30	
P02	Employés administratifs de la fonction publique	29	
Q12	Techniciens de la banque et des assurances	35	61
Q02	Employés de la banque et des assurances	41	60
R02	Caisiers, employés de libre service	31	
S22	Employés et agents de maîtrise de l'hôtellerie et de la restauration	36	
Ensemble tous métiers		23	49

Note : les parties sont grisées lorsque l'exposition aux facteurs de risque ne fait pas partie des 10 métiers les plus exposés.

Champ : salariés de France métropolitaine et la Réunion.

Source : Dares-DGT-DGAFP, enquêtes Sumer 2010.

« apprécié à sa juste valeur » par leurs supérieurs ou leurs collègues, qu'on les « traite injustement dans leur travail », ou encore que leurs perspectives de promotion sont faibles.

Certains métiers cumulent plusieurs facteurs de risques. Ainsi, les ouvriers non qualifiés de l'électricité et de l'électronique sont particulièrement exposés au *job strain* (39 % ont un score supérieur au score médian) et au manque de reconnaissance

(3) Pour certains métiers, la formulation des questions dans l'enquête Sumer sur la reconnaissance au travail n'a pas de sens. Pour ne citer qu'un exemple, les aides à domicile ou aides ménagères, rencontrent des difficultés à répondre aux questions relatives aux perspectives de promotion car ces métiers n'en offrent pas nécessairement.

(70 % ont un score supérieur au score médian). Ce phénomène de double exposition concerne également les techniciens et les employés de la banque et de l'assurance (respectivement 41 % pour le *job strain* et 60 % pour la faible reconnaissance).

La fonction publique hospitalière, un secteur particulièrement à risque

L'exposition aux facteurs psychosociaux dépend aussi fortement du secteur d'activité du salarié (tableau 1). Dans la fonction publique hospitalière par exemple, les agents sont plus nombreux que la moyenne à déclarer un manque de reconnaissance professionnelle. Les salariés y sont particulièrement exposés au *job strain* : la demande psychologique y serait beaucoup plus marquée que dans l'ensemble du secteur privé [2]. Ces salariés apparaissent également plus tendus : ils sont plus nombreux à penser qu'on leur demande d'effectuer une quantité de travail excessive. Parmi eux, les aides-soignantes et les infirmières sont particulièrement concernées [3;4]. Ces résultats peuvent s'expliquer par des modifications organisationnelles fortes dans la fonction publique hospitalière [5]. Liées à la recherche d'un équilibre financier, ces transformations auraient eu des répercussions importantes sur les modes de travail des personnels soignants.

Dans le secteur privé, les salariés de l'industrie sont les plus exposés au *job strain* : 25 % sont dans le groupe des « tendus » et 57 % ont un score de manque de reconnaissance supérieur au score médian. À l'inverse, 37 % de ceux qui travaillent dans la construction appartiennent au groupe des « passifs » (demande psychologique et latitude décisionnelle relativement faibles, encadré 1) et ils sont beaucoup moins nombreux à déclarer que leur travail n'est pas reconnu.

Femmes et hommes ne sont pas exposés de la même manière

Les inégalités observées en matière d'exposition sont aussi des inégalités entre hommes et femmes. En 2010, 26 % des femmes et 21 % des hommes sont dans une situation de *job strain* (4). Cette différence est surtout due à un écart significatif concernant le manque d'autonomie et les marges de manœuvre, qui touchent davantage les femmes que les hommes (encadré 1). Si les femmes et les hommes (5) déplorent de façon similaire la faiblesse de la sécurité de l'emploi et de leurs perspectives de promotion, les hommes signalent plus souvent que les femmes un manque d'estime pour leur travail (tableau 3).

Les différences entre sexes sont particulièrement marquées selon les fonctions principales exercées. La proportion de femmes qui indiquent être en situation de *job strain* est supérieure à celle des hommes pour l'ensemble des fonctions, à l'exception du secrétariat (tableau 4). Les écarts entre les deux sexes sont particulièrement marqués pour la production (12 points) et pour l'installation, la réparation, la maintenance (9 points). Par ailleurs, les hommes affectés à des postes d'exécutants occupés majoritairement par des femmes font état plus fréquemment d'un manque de reconnaissance : c'est le cas notamment pour le nettoyage, le gardiennage, l'entretien ménager ou le secrétariat, et l'accueil. Selon une autre étude, les femmes seraient beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer des comportements à caractère sexiste en milieu professionnel lorsque l'emploi est plutôt à dominante masculine [6]. Ces résultats donnent à voir les représentations genrées de certaines professions qui peuvent participer de l'accroissement des risques professionnels en général et psychosociaux en particulier [7].

Tableau 3
Les dimensions du modèle de Karasek et Siegrist selon le sexe

	Hommes	Femmes	Ensemble
Forte demande psychologique.....	45	46	45
Faible latitude décisionnelle.....	47 *	58 *	52
Faible soutien social.....	43	42	43
Tension au travail ou « <i>Job strain</i> »	21 *	26 *	23
Faible estime.....	46 *	44 *	45
Forte instabilité de l'emploi	41	41	41
Faible perspective de promotion	42	42	42
Manque de reconnaissance	49	49	49

* Indique une différence hommes-femmes statistiquement significative.

Champ : salariés de France métropolitaine et la Réunion.

Source : Dares-DGT-DGAF, enquêtes Sumer 2010.

Tableau 4
Les risques psychosociaux selon la fonction principale

En %

Fonction principale exercée	Salariés exposés au manque de reconnaissance			Salariés exposés au « <i>job strain</i> »		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Production, fabrication, chantier...	47	54	49	21	33	23
Installation, réparation, maintenance.....	51	57	51	17	26	18
Nettoyage, gardiennage, entretien ménager.....	48	44	45	18	23	22
Manutention, magasinage, logistique.....	55	56	55	28	29	28
Secrétariat, saisie, accueil	57	51	52	32	29	29
Gestion, comptabilité.....	46	49	48	22	27	25
Commerce, vente, technico-commercial.....	49	47	48	21	27	25
Études, recherche et développement, méthodes.....	49	54	51	15	16	16
Autres.....	52	49	50	20	25	22

Champ : salariés de France métropolitaine et la Réunion.

Source : Dares-DGT-DGAF, enquêtes Sumer 2010.

(4) Par construction, le *job strain* concerne environ un quart de l'ensemble des salariés, puisqu'il est la combinaison d'une demande psychologique supérieure à la médiane et d'une latitude décisionnelle inférieure à la médiane. Pour plus de détails, voir encadré 1.

(5) La moitié de la population étudiée concernée par construction, du fait de la définition même de la médiane.

Des risques renforcés par les contraintes de rythme et les tensions avec le public

Les modes d'organisation du travail jouent fortement sur la probabilité de se trouver dans une situation de tension au travail (tableau 5), en 2010 comme en 2003 [8]. Les salariés exposés à au moins trois contraintes de rythme, ceux qui travaillent au-delà des horaires officiels ou encore ceux qui sont exposés à des pénibilités physiques (6) sont davantage soumis au risque de *job strain* (tableau 5).

L'organisation du travail a également un impact sur le sentiment de ne pas être reconnu dans son travail. Cela concerne principalement les salariés contraints dans leur rythme de travail, qui doivent se dépêcher ou encore qui doivent constamment interrompre une tâche pour une autre non prévue (tableau 5).

74 % des salariés travaillent en contact direct avec le public, de vive voix ou par téléphone. Parmi eux, 10 % signalent vivre des tensions avec le public ; dans ce cas, le risque de *job strain* est plus important (tableau 5), notamment pour les femmes (tableau 6). Le fait de travailler avec du public sans vivre de tension apparaît, au contraire, comme un facteur protecteur.

Ne pas pouvoir faire correctement son travail, facteur de risques psychosociaux

Les risques psychosociaux au travail peuvent également résulter d'une inadéquation entre les objectifs fixés aux salariés et les moyens dont ils disposent pour faire un travail de qualité. Les salariés qui déclarent ne pas avoir assez de moyens matériels, d'informations ou de coopération avec leurs collègues pour « faire correctement leur travail » (7) ont une probabilité plus forte d'être tendus (tableau 5). Les efforts produits pour atteindre les objectifs malgré le manque de moyens favorisent aussi la perception d'un manque de reconnaissance de leur travail. Ce lien entre le fait d'avoir les moyens de faire correctement son travail et la qualité de vie au travail figure dans l'Accord National Interprofessionnel de 2013 sur la qualité de vie au travail sous le terme de « faire du bon travail ».

Fixation des objectifs et évaluation du travail des salariés, des effets contrastés

Le risque de tension au travail et de manque de reconnaissance est plus élevé pour les 34 % des salariés qui ont des « objectifs chiffrés précis à atteindre » (8) (tableau 5). Il est possible que les objectifs chiffrés augmentent la pression ressentie par les salariés. Ces objectifs sont peut-être aussi

Tableau 5
Probabilité d'être exposé au *job strain* et au manque de reconnaissance

Contraintes organisationnelles (2)	Être dans le cadran « tendu » (« <i>job strain</i> ») Odds-ratio (1)	Déclarer un manque de reconnaissance Odds-ratio (1)
Travailler en équipe 3x8, 4x8, 2x12.....	NS	0,87
Travailler le dimanche ou jours fériés (plus de 10 fois/an).....	NS	NS
Travailler de nuit (plus de 50 fois/an).....	NS	NS
Avoir plusieurs périodes de travail dans la journée ou la nuit (si 3 h d'interruption).....	NS	NS
Travail au delà des horaires officiels prévus sans compensation (toujours ou souvent).....	1,32	1,27
Avoir moins de 48 h consécutives de repos / semaine.....	NS	NS
Avoir au moins 3 contraintes de rythme de travail.....	2,03	1,22
Devoir souvent interrompre son travail.....	(3)	1,16
Être obligé de se dépêcher pour faire son travail.....	(3)	1,46
Devoir emporter du travail à la maison.....	(3)	NS
Peut changer l'ordre des tâches à accomplir.....	0,7	NS
Peut régler personnellement un incident dans le travail.....		
Oui, la plupart du temps.....	NS	NS
Oui mais dans des cas bien précis, prévus d'avance.....	NS	1,15
Non (faire appel à d'autres).....	ref.	ref.
Ne pas disposer d'informations claires et suffisantes pour faire correctement son travail.....	2,02	2,4
Ne pas avoir la possibilité de coopérer (échanges d'informations, entraide,...) pour faire correctement son travail.....	1,42	1,72
Ne pas disposer de moyens matériels adaptés et suffisants pour faire correctement son travail.....	1,74	2,18
Avoir des salariés sous ses ordres.....	0,61	0,67
Salarié en contact avec le public (de vive voix, par téléphone).....		
Travailler avec du public et subir des tensions.....	1,31	1,27
Travailler avec le public sans tension.....	0,95	ns
Ne pas travailler avec le public.....	ref.	ref.
Devoir atteindre des objectifs chiffrés, précis.....	1,23	1,16
Évaluation des salariés par la hiérarchie.....		
Évaluation avec critère précis et mesurable.....	NS	0,78
Pas d'évaluation.....	NS	NS
Évaluation sans critère précis et mesurable.....	ref.	ref.
Exposition biomécanique (4).....	1,12	NS
Exposition physique (4).....	1,1	1,16
Être exposé à au moins un agent biologique.....	NS	NS
Être exposé à au moins un produit chimique.....	NS	NS
Être dans le cadran tendu (« <i>job strain</i> »).....	-	2,91

* L'analyse a été faite en contrôlant par le sexe, la tranche d'âge, la nationalité, la catégorie socio-professionnelle, le secteur d'activité du salarié, la fonction principale exercée, l'ancienneté dans l'établissement et la taille de l'établissement. Lecture: La probabilité de déclarer être en *job strain* (ou en manque de reconnaissance) est analysée à l'aide d'un modèle de type logit qui inclut toutes les variables présentes dans le tableau. « Toutes choses égales par ailleurs », une femme a une probabilité de 21 % de plus à celle des hommes d'être exposés au *job strain*.

(1) Odds-ratio significatif à 5 %.

(2) Certains indicateurs d'organisation du travail recueillis dans le questionnaire rempli par le médecin du travail sont directement liés aux dimensions du modèle de Karasek. Ces indicateurs renvoient à la demande psychologique (par exemple « être obligé de se dépêcher dans son travail ») ou à la latitude décisionnelle (« ne pas pouvoir changer l'ordre des tâches ») ; ils sont par nature très fortement corrélés avec les variables de Karasek. On ne les a donc pas inclus dans l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » du *job strain*.

(3) Ces variables ne sont pas utilisées dans l'analyse du *job strain* car elles sont directement liées aux dimensions du modèle de Karasek.

(4) Les expositions physiques et biomécaniques renvoient à la pénibilité physique, voir note (6) de bas de page.

Champ : salariés France métropolitaine et Réunion.

Source : Dares-DGT-DGAF, enquête Sumer 2010.

mis en place dans les entreprises soumises à une concurrence sévère ou à des exigences fortes en termes de rentabilité ou de productivité [9].

L'entretien d'évaluation individuel et annuel des salariés par leur hiérarchie concerne 56 % des salariés. Dans plus des trois quarts des cas, cette évaluation repose sur des critères jugés « précis et mesurables ». Lorsque les entretiens sont menés rigoureusement et s'ils ne sont pas liés à des objectifs chiffrés, l'évaluation individualisée est un

(6) La pénibilité physique renvoie ici à deux mesures : « l'exposition physique » définie par au moins 20 h d'exposition à des nuisances sonores, à des contraintes thermiques ou à des radiations et « l'exposition biomécanique » définie par 20 h d'exposition à la manutention manuelle de charges, à des contraintes posturales et articulaires, à des vibrations ou à la conduite.

(7) Cela fait référence à trois principaux indicateurs : avoir des informations claires et suffisantes, avoir la possibilité de coopérer (échanges d'informations, entraide...) et avoir les moyens matériels adaptés et suffisants.

(8) Il s'agit là de cibles quantitatives que le salarié doit atteindre à un rythme régulier, qu'il soit quotidien, hebdomadaire, mensuel, trimestriel ou annuel et ce, notamment en matière de volume de production, de qualité ou de rentabilité.

facteur protecteur du manque de reconnaissance (tableau 5). La discussion engagée entre le salarié et son supérieur hiérarchique sur les moyens et les conditions de travail permettrait donc de renforcer certaines ressources (autonomie, soutien), sans pour autant agir sur l'intensité du travail.

Une « santé perçue » moins bonne pour les salariés soumis à des risques psychosociaux

Interrogés sur la façon dont ils perçoivent leur état de santé, les salariés les plus exposés aux risques psychosociaux signalent une santé mentale et physique dégradée, faisant de ces risques un enjeu majeur de santé au travail et plus largement de santé publique. En dépit de sa simplicité, cet indicateur de « santé perçue » (9) constitue un prédicteur robuste de l'incapacité fonctionnelle, de la morbidité et de la mortalité [10]. Les femmes (20 %) sont plus nombreuses que les hommes (16 %) à considérer que leur état de santé est altéré (10).

Le fait d'être en situation de *job strain* augmente de façon significative la probabilité de déclarer une santé altérée (11), pour les hommes comme

Tableau 6

Proportion de salariés exposés au « *job strain* » ou au manque de récompense selon le type de rapport avec le public

	Manque de récompense			Tension ou « <i>job strain</i> »		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Le salarié travaille en tension avec le public.....	63	65	64	28	40	34
Le salarié travaille sans tension avec le public.....	47	47	53	18	24	21
Ne travaille pas avec le public.....	51	51	49	23	27	25

Champ : salariés de France métropolitaine et la Réunion.
Source : Dares-DGT-DGAF, enquêtes Sumer 2010.

pour les femmes (tableau 7). Il en va de même pour le manque de reconnaissance qui multiplie par trois la probabilité de signaler un état de santé général moyen, mauvais ou très mauvais.

L'enquête Sumer 2010 permet d'établir des corrélations entre expositions aux risques psychosociaux et santé mentale grâce à l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (12). Être exposé au *job strain* ou au manque de reconnaissance augmente le risque de présenter des symptômes dépressifs et anxieux, quel que soit le sexe (tableau 7).

Tableau 7

Associations entre facteurs psychosociaux au travail et santé mentale et physique pour les deux sexes

	Santé perçue (mauvaise à très mauvaise)		Santé mentale				Accidents du travail	
	Hommes (odds-ratio*)	Femmes (odds-ratio*)	Symptômes dépressifs		Symptômes anxieux		Hommes (odds-ratio*)	Femmes (odds-ratio*)
			Hommes (coefficient**)	Femmes (coefficient**)	Hommes (coefficient**)	Femmes (coefficient**)		
Faible latitude décisionnelle.....	1,81	1,82	1,24	1,32	0,58	0,77	ns	ns
Forte demande psychologique.....	2,22	2,61	1,48	1,5	1,97	2,14	1,38	1,82
Faible soutien social.....	2,43	2,53	1,86	1,91	1,33	1,54	1,47	1,39
Tension au travail « <i>Job strain</i> ».....	2,51	2,74	1,92	1,91	1,88	2,04	1,33	1,68
Manque d'estime.....	2,87	3,09	2,13	2,19	1,92	2,2	1,66	1,61
Insécurité de l'emploi.....	2,41	2,05	1,67	1,42	1,66	1,68	1,39	1,34
Faibles perspectives de promotion.....	2,43	2,61	1,79	1,68	1,67	1,81	1,42	1,42
Manque de reconnaissance.....	3,06	3,02	2,08	1,94	1,91	2,06	1,62	1,73

Note : résultats issus de régressions logistiques pondérées, chaque facteur étant étudié séparément avec ajustements sur les covariables : l'âge, la profession, le secteur d'activité et les autres expositions professionnelles.

* : odds-ratio significatif à 5 %.

** : coefficients des facteurs psychosociaux dans une régression linéaire multiple où la variable expliquée est le score de santé mentale.

Lecture : « toutes choses égales par ailleurs », les hommes en *job strain* ont 2,51 fois plus de risques d'avoir une mauvaise perception de leur santé.

Champ : salariés de France métropolitaine et la Réunion.

Source : Dares-DGT-DGAF, enquêtes Sumer 2010.

(9) La santé perçue est mesurée à l'aide de cinq modalités de réponse : très bon, bon, moyen, mauvais et très mauvais à la question « comment est votre état de santé général ». Pour plus de comparabilité avec les autres études et comme certaines classes contenaient très peu d'effectifs, il a été décidé de fusionner les réponses « moyen, mauvais et très mauvais » afin de ne former qu'une modalité « moyen ou mauvais », de la même manière les catégories « très bon » et « bon » ont été fusionnées afin de ne former qu'une modalité « bon ou très bon ». La variable santé perçue a donc été étudiée comme une variable binaire.

(10) La santé est dite « altérée » pour les personnes qui répondent « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » à la question « comment est votre état de santé général ? ».

(11) Une précaution doit être prise. Il s'agit d'une étude transversale, ce qui peut conduire à un phénomène de causalité inverse. En effet, les salariés en mauvaise santé pourraient évaluer leurs conditions de travail plus négativement que les autres. Ce phénomène doit être pris en compte dans l'interprétation de ce résultat et des suivants.

(12) L'échelle du HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). Cette échelle permet l'évaluation de la présence et de la sévérité des symptômes anxieux (sous-échelle HAD-A : 7 questions) et des symptômes dépressifs (sous-échelle HAD-D : 7 questions). Chaque sous-échelle permet d'obtenir un score allant de 0 à 21 : afin de garder l'ensemble de l'information sur ces deux échelles, les deux scores ont été étudiés de manière quantitative.

Absentéisme et manque de reconnaissance, un lien plus marqué pour les hommes

En 2010, 7 % des hommes et 4 % des femmes ont déclaré un accident du travail dans les 12 mois précédant l'enquête. La probabilité d'avoir connu un accident du travail est plus élevée parmi les salariés exposés au *job strain* ou au manque de reconnaissance, pour les deux sexes avec une intensité relativement similaire (tableau 7).

En revanche, la relation entre absentéisme et risques psychosociaux n'est pas tout à fait identique pour les femmes et pour les hommes. 32 % des hommes et 38 % des femmes ont déclaré avoir au moins une absence pour maladie (hors maternité) dans l'année écoulée. Les salariés exposés aux facteurs psychosociaux déclarent plus souvent des absences pour maladie, et en nombre plus important (tableau 8). Le risque de déclarer trois arrêts de travail dans l'année est plus que doublé pour les hommes et les femmes qui subissent des tensions. Ce risque est multiplié par 3 pour les femmes et par 4 pour les hommes qui déclarent manquer de reconnaissance.

Ce résultat vient confirmer un rapport au travail différent entre hommes et femmes, dû notamment aux rôles sociaux qui leurs sont attribués.

Tableau 8
Associations entre facteurs psychosociaux au travail et absence pour les deux sexes

	Nombre d'épisodes d'absence (vs pas d'absence)					
	1	2	3 et plus	1	2	3 et plus
	Hommes (odds-ratio*)			Femmes (odds-ratio*)		
Faible latitude décisionnelle.....	1,26	1,64	2,26	1,24	1,61	1,97
Forte demande psychologique.....	1,17	1,42	ns	1,28	1,45	2,18
Faible soutien social.....	1,27	1,58	2,41	1,37	1,72	2,35
Tension au travail « Job strain ».....	1,34	1,81	2,38	1,38	1,66	2,47
Manque d'estime.....	1,41	1,87	3,47	1,51	1,89	2,64
Insécurité de l'emploi.....	1,29	1,81	2,33	1,28	1,54	2,37
Faibles perspectives de promotion.....	1,41	1,98	3,51	1,45	1,76	2,81
Manque de reconnaissance.....	1,43	2,04	4,28	1,51	1,89	3,17

Note : résultats issus de régressions logistiques pondérées, chaque facteur étant étudié séparément avec ajustements sur les covariables : l'âge, la profession, le secteur d'activité et les autres expositions professionnelles.

* : odds-ratio significatif à 5 %.

Lecture : « toutes choses égales par ailleurs », le risque de déclarer trois absences dans l'année est multiplié par 2,38 pour les hommes et 2,47 pour les femmes en tension au travail.

Champ : salariés de France métropolitaine et la Réunion.

Source : Dares-DGT-DGAF, enquêtes Sumer 2010.

Données des graphiques
et tableaux
accessibles au format excel



Sarah Memmi et Nicolas Sandret (Dares),
Michel Niezborala (Direction Midi-Pyrénées),
Thomas Lesuffleur et Isabelle Niedhammer (Inserm)

DARES ANALYSES
Publié par le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social
D'après la Direction des recherches, des études et des statistiques (Dares), 39-43, rue André Chénier, 75592 Paris cedex 13
<http://darestravail.insee.fr/>
Auteurs : Érudite, Recherche, Statistique de la Dares
Directrice de la publication : Françoise Bouygard
Rédactrice en chef : Anne Delahaye
Secrétariat de la rédaction : Marie Avenel, Thomas Cayot
Maquette : Guy Barbut, Thierry Duret, Bruno Pezzali
Conception graphique et mise en page : Bureau du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social
Réponses à la demande : dares.communication@travail.gouv.fr
Attention : aux avertissements de la Dares : <http://darestravail.insee.fr/dares-etudes-et-statistiques/avis-a-l-attention/>
Article : <http://darestravail.insee.fr/dares-etudes-et-statistiques/avis-a-l-attention/>
Date de parution : 31/12/14
N° de commission paritaire : 312/AD, ISSN : 2109-4128 et ISSN 2267-4750

Pour en savoir plus

- [1] Gollac M., Bodier M. (2011), Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser, rapport du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Disponible sur : <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/index.cfm>
- [2] Davie E., (2014), Les risques psychosociaux dans la fonction publique, rapport, p. 34.
- [3] Cohen C., Gilles M., Kauffman P. (2013-2014), « Les risques professionnels dans la fonction publique hospitalière à partir de l'enquête Sumer », ENSAI.
- [4] Lorient M. (2003), « La construction de la fatigue sociale au travail : l'exemple du burn-out des infirmières hospitalières », *Travail et Emploi* n° 94, avril.
- [5] Gheoghegan M. D. et Moatty F. (2014) « L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes », *Connaissance de l'emploi*, n° 109.
- [6] Algava E., à paraître, « Les comportements sexistes au travail : les apports de l'enquête Conditions de travail 2013 », *Dares Analyses*.
- [7] Vogel L. (2003), La santé des femmes au travail en Europe : des inégalités non reconnues, Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité, 387 p.
- [8] Guignon N., Niedhammer I., Sandret N. (2008), « Les facteurs psychosociaux au travail - Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *Premières Synthèses*, Dares.
- [9] Coutrot T., Sandret N. (2015), « Pilotage du travail et risques psychosociaux », *Dares Analyses*, n°03, janvier.
- [10] Kaplan G. A., Goldberg D. E., Everson S. A., Cohen R. D., Salonen R., Tuomilehto J. et al. (1996), "Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischaemic heart disease risk factor study", *International Journal of Epidemiology*, 25(2):259-65, April.
- [11] Lesuffleur T., Chastang J.-F., Sandret N., Niedhammer I. (2014), "Psychosocial factors at work and sickness absence: results from the French national SUMER survey", *American Journal of Industrial Medicine*, 57(6):695-708, June.
- [12] Niedhammer I., Chastang J.-F., Gendrey L., David S., Degioanni S. (2006), « Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle, et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER », *Santé Publique*, 3 :413-427.
- [13] Niedhammer I., Siegrist J., Landre M. F., Goldberg M., Leclerc A. (2000), « Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance Model », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* ; 48(5) :419-37, octobre.
- [14] Lesuffleur T., Chastang J.-F., Sandret N., Niedhammer I. (2015), « Psychosocial factors at work and occupational injury: results from the French national SUMER survey », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57:262-269.
- [15] Lesuffleur T., Chastang J.-F., Cavet M., Niedhammer I., (2015), « Facteurs psychosociaux au travail et santé perçue dans l'enquête nationale SUMER », *Santé Publique*, 27:177-186.
- [16] Niedhammer I., Lesuffleur T., Algava E., Chastang J.-F. (2015), « Classic and emergent psychosocial work factors and mental health », *Occupational Medicine*, 65:126-134.

Les modèles de Karasek et de Siegrist : deux approches privilégiées pour décrire les risques psychosociaux

La mesure du « job strain »

Les facteurs psychosociaux au travail sont décrits ici à partir d'un outil internationalement utilisé, le questionnaire de Karasek, du nom de son principal initiateur, un sociologue nord-américain. Ce questionnaire évalue trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social.

Il comporte 26 questions : neuf pour la demande psychologique (quantité, intensité et morcellement), neuf pour la latitude décisionnelle (autonomie, marge de manœuvre et développement des compétences), huit pour le soutien social (soutien professionnel et émotionnel). Les réponses proposées sont : « pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord », ce qui permet de les coter de 1 à 4 et de calculer un score pour chacune des trois dimensions. On calcule ensuite la valeur de la médiane de chacun des scores, c'est-à-dire la valeur qui partage l'ensemble de la population enquêtée en deux parties égales. Le « job strain » est défini comme une situation où la demande psychologique est supérieure à la médiane et la latitude décisionnelle inférieure à la médiane, ce qui constitue une situation à risque pour la santé.

L'axe « demande psychologique » regroupe trois sous-axes :

Quantité - rapidité

- Q10 - Mon travail me demande de travailler très vite
- Q12 - On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive
- Q13 - Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail

Complexité - intensité

- Q14 - Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes
- Q11 - Mon travail me demande de travailler intensément
- Q15 - Mon travail demande de longues périodes de concentration intense

Morcellement, prévisibilité

- Q16 - Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard
- Q17 - Mon travail est très bousculé
- Q18 - Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

Le score de demande psychologique est donné par la formule : $Q10+Q11+Q12+(5-Q13)+Q14+Q15+Q16+Q17+Q18$

L'axe « latitude décisionnelle » regroupe trois sous-axes :

Latitude ou marges de manœuvre

- Q4 - Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même
- Q6 - Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail
- Q8 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

Utilisation actuelle des compétences

- Q2 - Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives
- Q5 - Mon travail demande un haut niveau de compétence
- Q7 - Dans mon travail, j'ai des activités variées

Développement des compétences

- Q1 - Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles
- Q3 - Mon travail me demande d'être créatif
- Q9 - J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

Le score de latitude décisionnelle est donné par la formule : $4*Q4+4*(5-Q6)+4*(Q8)+2*(5-Q2)+2*(Q5)+2*(Q7)+2*(Q1)+2*(Q3)+2*(Q9)$

L'axe « soutien social » distingue le soutien professionnel ou émotionnel, en provenance des supérieurs ou des collègues :

Le soutien professionnel

- par les supérieurs :

- Q22 - Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés
- Q21 - Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

- par les collègues :

- Q23 - Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents
- Q26 - Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

Le soutien émotionnel

- par les supérieurs

- Q20 - Mon supérieur prête attention à ce que je dis
- Q19 - Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés

- par les collègues

- Q25 - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux
- Q24 - Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

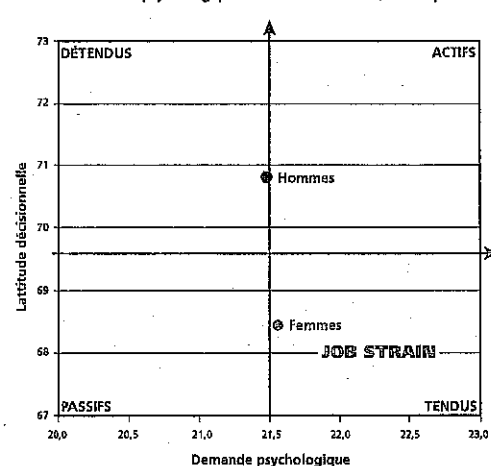
Le score de soutien social est donné par la formule :

$$Q19+Q20+Q21+Q22+Q23+Q24+Q25+Q26$$

Le « job strain » ou tension au travail est la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique. En pratique, si le score de demande psychologique est supérieur à 21,5 et le score de latitude décisionnelle inférieur à 69,8, le salarié est « tendu », et donc considéré en situation de « job strain ». Les salariés dits « actifs » sont ceux qui combinent une forte demande psychologique et une forte latitude décisionnelle. Les salariés dits « passifs » combinent une faible demande et une faible latitude. Les salariés dits « détendus » ont une faible demande et une forte latitude.

Graphique A

Score de demande psychologique et de latitude décisionnelle par sexe



Lecture : le graphique est structuré par deux axes représentant les valeurs médianes de la demande psychologique d'une part, de la latitude décisionnelle d'autre part.

Champ : salariés France métropolitaine et Réunion.

Source : Dares-DGT-DGAPP, enquête Sumer 2010.

Encadré 1 (suite et fin)

Une étude a évalué les qualités psychométriques de cette version française du questionnaire et l'a validée d'un point de vue statistique [12]. L'enquête Sumer permet donc de disposer d'une base de données pertinente sur les facteurs psychosociaux en France, permettant des comparaisons au niveau international.

Une étude transversale comme Sumer ne peut pas répondre à la question de savoir si « des difficultés psychologiques » altèrent la perception de certains salariés sur leurs charges psychologiques et sur leurs marges de manœuvre au travail. Par contre, des études longitudinales apportent des réponses à cette question. Si on entend par « difficultés psychologiques » des traits de personnalité, des études épidémiologiques ont montré qu'en prenant compte des facteurs relatifs à la personnalité, les associations entre facteurs psychosociaux au travail et indicateurs de santé étaient inchangés. Des études prospectives ont montré les effets prédictifs du *job strain* sur le développement d'une symptomatologie anxio-dépressive sur les risques cardio-vasculaires et les troubles musculo-squelettiques.

La mesure du manque de reconnaissance

Le modèle efforts/récompenses développé par Siegrist permet d'élargir l'évaluation des facteurs psychosociaux au travail en couvrant d'autres dimensions du contexte socio-économique du travail. Le modèle postule que les efforts réalisés au travail s'inscrivent dans un contrat de réciprocité sociale dans lequel des récompenses sont obtenues en retour. Il propose donc de s'intéresser au déséquilibre entre deux composantes de l'environnement psychosocial du travail : les efforts et les récompenses.

La notion d'efforts est proche du concept de demande psychologique développé par Karasek (contraintes de temps, interruption, responsabilités, charges physiques). Afin d'éviter la redondance avec les questions du Karasek, cette partie du questionnaire de Siegrist n'a pas été intégrée dans Sumer sur décision du comité scientifique. Seule la partie reconnaissance a été utilisée dans cette étude.

La dimension reconnaissance (11 questions : cinq questions pour l'estime, deux questions pour la sécurité de l'emploi et quatre questions pour les perspectives de promotion) a été mesurée en utilisant la version française validée de cette échelle [13]. Le salarié situé au dessus de la médiane du facteur récompense et de ses sous-dimensions est considéré comme percevant une faible récompense ou un manque de reconnaissance.

Estime

- Q27 - Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs
- Q28 - Je reçois le respect que je mérite de mes collègues
- Q29 - Au travail je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles
- Q30 - On me traite injustement dans mon travail
- Q35 - Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail

Sécurité de l'emploi

- Q31 - Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans la situation de travail
- Q33 - Ma sécurité d'emploi est menacée

Perspective de promotion

- Q32 - Mes perspectives de promotion sont faibles
- Q34 - Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation
- Q36 - Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes
- Q37 - Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant

Encadré 2

Méthodologie de l'enquête Sumer 2010

L'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France. Elle s'est déroulée en France métropolitaine et à la Réunion de janvier 2009 à avril 2010 : 47 983 salariés ont répondu, interrogés par 2 400 médecins du travail ou de prévention. 97 % d'entre eux ont accepté de répondre à l'auto-questionnaire. Ces salariés sont représentatifs de près de 22 millions de salariés et le champ de l'édition de 2010 couvre 92 % des salariés. Ne sont pas couverts les enseignants de l'Éducation nationale ainsi que les agents des ministères sociaux et de celui de la Justice.

L'enquête a été lancée et gérée conjointement par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) et la Direction générale du travail (DGT) et en son sein l'inspection médicale du travail. La Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a également participé au financement de l'enquête, dans le cadre d'un élargissement aux trois versants de la fonction publique.

Cette enquête présente le double intérêt de reposer d'une part sur l'expertise professionnelle du médecin du travail qui peut administrer un questionnaire parfois très technique, et d'autre part sur le grand nombre de salariés enquêtés, ce qui permet de quantifier des expositions à des risques relativement rares. En outre, le salarié remplit, seul dans la salle d'attente, un auto-questionnaire qui porte sur son vécu du travail et permet d'évaluer les facteurs psychosociaux rencontrés sur le poste de travail.

Interview d'André Gervasoni, secrétaire du CHSCT du Centre Hospitalier

*** Pourquoi le CHSCT s'est-il associé à la démarche de diagnostic et de prévention des RPS au centre hospitalier ?**

Depuis plusieurs années déjà le CHSCT avait sollicité un financement CLACT pour se faire aider dans l'élaboration d'un plan de prévention des RPS. L'appel d'offres du Ministère de la Santé en 2012 a donc suscité notre intérêt et nous avons soutenu le Directeur de l'établissement lorsqu'il a présenté le projet du CH de St Cyr.

*** Le diagnostic qui a été posé a-t-il permis de faire émerger des risques non identifiés chez certaines catégories de personnel ?**

L'enquête et le diagnostic réalisés ont confirmé certains résultats d'enquêtes précédentes. Sur les métiers considérés comme les plus à risques à l'hôpital, les personnels au quotidien avec les patients. Ils ont aussi mis en évidence des souffrances au travail pour des catégories de personnels moins attendues : administratifs, cadres ou médecins.

*** En quoi votre plan peut-il servir de modèle pour les autres hôpitaux psychiatriques français ?**

Le plan de prévention des risques psycho-sociaux prévoit des actions destinées à améliorer le bien-être au travail dans un établissement de santé de plus de 700 personnes dans les domaines entre autres de la communication

entre les personnels, du management et du lien social. Mais il a aussi vocation à s'intéresser à la spécificité de la psychiatrie. L'accent sera mis par exemple sur la prise en compte des situations de violence ou sur l'accompagnement du soin relationnel, spécificités propres à l'exercice en clinique psychiatrique. Ce plan pourrait donc servir de modèle pour les autres établissements psychiatriques dans le domaine des RPS.

*** Maintenant que le plan de prévention est voté, comment comptez-vous assurer le suivi de sa mise en application ?**

Les actions prioritaires étant définies, il reste maintenant à les préciser dans leur contenu et les mettre en œuvre. Le CHSCT entend faire en sorte que ce plan s'applique dans la durée :

- En participant au Comité de suivi des actions pour les prochaines années. Plusieurs membres du CHSCT en font partie
- En intégrant dans le travail pérenne du CHSCT la question des risques psycho-sociaux. Lors des visites régulières des sites de travail et dans les réunions d'instances, les liens seront à faire avec les actions du plan. Nous demandons d'ores et déjà des points réguliers sur des critères objectivables tels que l'absentéisme, le turn-over dans les équipes ou le repérage des situations de violences patients-soignants mais aussi celles entre les personnels. Cela permettra à terme d'évaluer les effets attendus des actions du plan et éventuellement de les réorienter pour une meilleure efficacité.