



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2014 –

**« DIALOGUE SOCIAL AUTOUR DES QUESTIONS
DE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL : LE CAS DES
RISQUES PSYCHOSOCIAUX »**

– Groupe n° 15 –

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| – Harold ASTRE (DH) | – Sandrine DELTOMBE (DS) |
| – Houaria BEGHERSA (D3S) | – Chloé FABRE (DH) |
| – Violette CASSAR (D3S) | – Sophie JEANJEAN (IASS) |
| – Thierry COLLIN (DS) | – Nadia POTTIER (D3S) |
| – Louise De KERCKHOVE | – Graziella ROSE (AAH) |

Sous la direction de :

- Paula CRISTOFALO
- Mathias WAELLI

S o m m a i r e

Introduction	5
Méthodologie de l'étude monographique au CHU.....	7
1) Étape préparatoire de la recherche.....	7
2) Le choix de la méthodologie.....	7
3) Élaboration du guide d'entretien.....	7
4) Le choix des enquêtés et du terrain d'enquête.....	8
5) Le déroulement et les conditions de la recherche	8
6) Les apports et les limites de la démarche	9
I.Contexte de l'étude monographique.....	10
A.Contexte général.....	10
B.Contexte local.....	11
II.Les perceptions et représentations de la santé mentale au travail comme révélateur de l'état du dialogue social au CHU.....	14
A.Dialogue social autour de la question des RPS	14
1) Les RPS : une notion aux multiples contours	14
2) Le dialogue social, un levier d'amélioration de la prise en charge des RPS ?.....	16
B.Cartographie : RPS révélateur du fonctionnement du dialogue social.....	17
1) État des lieux du dialogue social.....	17
2) Les logiques à l'œuvre : processus de légitimation et de dénonciation au sein du CHU	22
3) La constellation du dialogue social	24
Conclusion	25
Préconisations.....	26
Bibliographie.....	28
Liste des annexes.....	30

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, par leurs conseils et leur disponibilité, ont apporté leur contribution aux recherches et à la production de ce rapport.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à Paula Cristofalo et Mathias Waelli pour leur accompagnement, leurs précieux conseils et leurs lectures attentives prodigués au cours de cet exercice.

A tous les professionnels hospitaliers qui, par leur témoignage ont contribué à la production de ce travail, pour leur disponibilité et leur soutien.

Enfin, nous remercions les responsables de filières, les enseignants, les collègues élèves de l'EHESP qui ont accepté de nous accorder du temps et d'agrémenter notre réflexion.

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
CESE	Conseil Économique et Social
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFTC	Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CGT	Confédération Général du Travail
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CTE	Comité Technique d'Établissement
DG	Direction Générale
DGA	Direction Générale Adjointe
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Direction des Soins
EHESP	École des hautes études en santé publique
ETP	Équivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
FO	Force Ouvrière
HAS	Haute Autorité de Santé
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
IDE	Infirmier Diplômé d'État
NPA	Nouveau Parti Anticapitaliste
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OS	Organisation syndicale
RH	Ressources Humaines
RPS	Risques Psychosociaux
SUD	Union Syndicale Solidaire
T2A	Tarifification à l'Activité

Introduction

"[Les établissements de santé] ont été condamnés à une certaine forme d'inintelligibilité," constate le directeur général adjoint d'un grand CHU à propos du dialogue social au sein des hôpitaux. La confusion est déjà contenue dans la polysémie d'une expression dont le CESE souligne qu' « elle est aujourd'hui couramment utilisée mais rarement définie avec précision, les différents acteurs pouvant dès lors lui donner des significations éminemment variables ». Dans la mesure où elle ne désigne pas une forme identifiée, ni un niveau précis de dialogue, chacun peut y mettre le contenu qu'il souhaite, avec tous les risques de malentendus que cela induit quant au degré d'implication des interlocuteurs dans la décision. Pour sa part, l'OIT définit ainsi la notion de dialogue social : « [il] inclut tous types de négociation, de consultation ou simplement d'échange d'informations entre les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs selon des modalités diverses, sur des questions relatives à la politique économique et sociale présentant un intérêt commun. [...] L'objectif principal du dialogue social en tant que tel est d'encourager la formation d'un consensus entre les principaux acteurs du monde du travail ainsi que leur participation démocratique »¹.

Déclinée pour répondre à la réalité des établissements publics de santé, la définition généraliste de l'OIT nous amène à entendre le dialogue social au sein des hôpitaux comme une relation bipartite entre agents et direction ou syndicats et direction.

La confusion contenue dans la polysémie du terme invite à une démarche de terrain, pour observer localement ce que recouvre la notion de dialogue social dans un établissement public de santé. De façon à saisir la manière dont se caractérise le dialogue social dans un établissement de santé, nous avons choisi de suivre l'exemple de la prise en charge des RPS dans un CHU². La prise en charge des RPS nous est apparu être un révélateur de la manière dont le dialogue social est conduit dans un hôpital. L'injonction à la prise en charge des RPS, élément structurant des discussions autour des conditions de travail, est susceptible d'être un prétexte à l'avancée ou au blocage du dialogue social.

Pour saisir la manière dont le dialogue social s'établit autour de la question des RPS dans un établissement de santé, nous avons réalisé une étude monographique au sein d'un CHU de grande taille. Notre base de travail a été constituée principalement du contenu d'entretiens

1Définition de l'OIT disponible sur le site internet de l'organisation (<http://www.ilo.org/public/french/dialogue> dernière consultation le 12 mai 2014)

2Afin de respecter l'anonymat, l'établissement étudié sera nommé « le CHU » au cours de notre analyse
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2014

approfondis menés auprès des différents acteurs concernés par la question des RPS dans l'établissement.

Quels sont les mécanismes de construction du dialogue social autour de l'injonction à la prise en charge des RPS au sein du CHU ?

Après avoir présenté le contexte, notre méthode et notre approche du terrain (qui pose dès le départ des interrogations de fond sur l'objet étudié) (I) nous avons analysé les perceptions et représentations sur les RPS (II) et tenté de mettre en évidence les mécanismes de construction du dialogue social au sein du CHU (II)

Méthodologie de l'étude monographique au CHU

1) *Étape préparatoire de la recherche*

Dans le cadre de discussions préalables à notre entrée sur le terrain, nous avons identifié cinq éléments de réflexion concernant la construction du dialogue social en y intégrant le sujet des RPS : les liens entre la qualité du dialogue social et l'injonction à la prise en charge des RPS, le dialogue social autour de la santé mentale au travail, le rôle, les missions, les logiques des acteurs et l'amélioration ou la dégradation du dialogue social.

Cet exercice de repérage se révèle être un indicateur pour classifier des thématiques propices à la conduite de l'enquête et pour se projeter en qualité de futurs dirigeants hospitaliers dans la formulation de préconisations. La première étape de réflexion permet, en partant des expériences de chacun, d'appréhender le fonctionnement du terrain d'enquête et de réfléchir aux choix de la méthode. Elle nous a permis de construire collectivement un protocole de recherche, tout en adaptant les guides d'entretien aux profils des acteurs concernés.

2) *Le choix de la méthodologie*

En raison de la nature idéologique de l'objet et du temps imparti, nous avons fait le choix d'une approche monographique sur la situation du CHU. La méthode croise l'investigation par entretiens semi directifs auprès des acteurs concernés par le sujet et le recueil de documents. Les entretiens nous permettent de travailler à la fois sur la singularité, de rassembler et comparer des opinions, des analyses, des faits et des propositions sur ces thématiques sensibles. Les entretiens possèdent aussi une dimension performative (AUSTIN, 1970). Ils invitent les enquêtés à prendre du recul sur leur propres pratiques, à les interpréter, à leur donner du sens.

3) *Élaboration du guide d'entretien*

Un guide d'entretien a été réalisé au cours de la phase initiale de réflexion. Il décline deux thématiques induites par la problématique (contextualisation, le dialogue social et la santé mentale au travail). Ces deux thématiques sont déclinées de la façon suivante :

- Ressources de l'interlocuteur et identification de son environnement,
- Concepts et représentations du dialogue social et de la santé mentale au travail,
- Liens entre le dialogue social et la santé mentale au travail,
- Les attentes en matière du dialogue social,
- Les moyens dédiés à la conduite du dialogue social,

- Le diagnostic et évolution du dialogue social sur le CHU,
- Les propositions et pistes d'amélioration éventuelles des interviewés,
- Test implicite de la problématique,
- Intérêt de l'interlocuteur et recherche de nouvelles ressources.

L'entretien ne suit pas nécessairement l'ordre prévu des questions. L'enquêté reste libre de structurer lui-même sa pensée. Dans le cadre d'un entretien semi directif, l'enquêteur se réserve aussi une marge de manœuvre pour s'adapter aux réalités du terrain (BE AUD, WEBER, 2003).

Le guide d'entretien est composé principalement de questions ouvertes et centrées sur la description de situation concrètes. Il contient aussi, de manière plus modeste, des questions fermées destinées à obtenir des informations plus précises.

4) Le choix des enquêtés et du terrain d'enquête

Afin de mener à bien notre étude, huit entretiens ont été réalisés. Une première série d'entretiens a été programmée par les animateurs et complétée selon la volonté du groupe.

Les populations professionnelles interviewées représentent un échantillonnage de onze personnes occupants des fonctions diverses : des permanents syndicaux issus de quatre organisations syndicales (CGT, FO, CFDT, CFTC), trois membres de l'équipe de direction (DGA, DRH, CGS) et le psychologue du personnel. Dans un souci de respect de l'anonymat, chaque professionnel est identifié par des lettres suivant l'ordre alphabétique.

5) Le déroulement et les conditions de la recherche

i. La durée et le lieu de l'entretien

La durée moyenne d'un entretien est de 1h30. Nous avons choisi de réaliser les entretiens à l'écart des flux d'activités et des espaces publics, afin de favoriser les échanges et d'éviter les interruptions. Chaque entretien a été réalisé par des binômes de deux élèves (deux entretiens ont été réalisés par trois personnes).

ii. Le positionnement durant les entretiens

Le principe de l'entretien semi directif consiste à favoriser la liberté d'expression et l'émission de controverses. L'enquêteur, doit alors éviter d'orienter les réponses et faciliter l'enchaînement logique des questions (BEAUD, WEBER, 2003). En revanche, l'objet de la recherche mérite toujours d'être contrôlé car il est sujet à diverses interprétations. En raison de la sensibilité de l'objet d'enquête, il a fallu veiller à instaurer un climat de confiance.

iii. La retranscription des données

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des enquêtés. De façon à préserver l'authenticité des propos, les entretiens ont été intégralement transcrits mot à mot. De même, les transcriptions contiennent des éléments de descriptions tels que des attitudes corporelles, des silences et des hésitations.

iv. Saisie sur une grille d'analyse unique

La grille d'analyse reprend donc les différentes thématiques abordées dans le guide d'entretien. Elle prend en considération le contexte général et local, les indicateurs, les obstacles, les appréciations qualitatives et quantitatives, les leviers d'amélioration.

6) Les apports et les limites de la démarche

i. Les apports de l'entretien semi directif

L'intérêt de l'entretien semi directif est à la fois de cadrer la discussion sur une thématique et d'offrir aux enquêtés la possibilité d'ouvrir sur des éléments nouveaux, qui n'avaient pas été prévus par les enquêteurs. Notre objet d'étude étant polysémique, le dispositif d'entretien semi directif s'est montré particulièrement utile pour préciser ce que chacun entendait par les notions de RPS, dialogue social ou santé mentale au travail. Toutes les thématiques de l'entretien ont été abordées.

ii. Les limites

La recherche ne prétend pas être exhaustive ni représentative au-delà du lieu d'enquête. Elle aurait pu être enrichie par l'interview d'autres acteurs (président de la C.M.E., psychologue du travail et médecin de prévention et de santé au travail, encadrement, etc) et par une observation participante au sein des instances.

La recherche s'est également vue limitée pour deux motifs : le refus du syndicat SUD de nous recevoir et le renvoi du syndicat CGT vers l'UD, ces deux OS étant les plus représentatives au CHU. Ces refus nous informent déjà sur une certaine conception du dialogue social et sur le caractère sensible du sujet étudié. La posture de futurs cadres dirigeants de l'administration hospitalière a probablement pesé dans le refus de ces organisations de nous recevoir. Cela interroge la représentation que les acteurs du dialogue social se font de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et plus largement des cadres dirigeants de l'administration hospitalière. Les entretiens ont suscité l'étonnement sinon une part de réserve sur un sujet demeurant une préoccupation majeure des pouvoirs publics, interférant aussi sur le fonctionnement et les organisations hospitalières.

I. Contexte de l'étude monographique

A. Contexte général

« *L'hôpital d'aujourd'hui, ce n'est pas l'hôpital d'il y a 20 ans* », « *l'hôpital est en plein changement* », « *L'hôpital est en mutation* », ont déclaré trois des enquêtés. Quelles réalités ces affirmations révèlent-elle ?

Inscrite dans une dynamique visant à favoriser la responsabilité et la légitimité des acteurs du dialogue social ainsi qu'à mettre en place des méthodes et des outils de négociation et de concertation adaptés aux nouveaux enjeux de gestion publique, la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social a pour objet de renforcer la place de la négociation dans la fonction publique hospitalière. En effet, initialement restreint aux questions salariales, elle a désormais vocation à aborder tous les domaines qui concernent la vie de l'agent.

Modifiant les critères de représentativité syndicale, la loi du 20 août 2008³ a mis fin à la présomption irréfutable de représentativité au niveau national. Désormais, les effectifs d'adhérents et les cotisations ainsi que la mesure de l'audience sont deux critères majeurs dans l'évaluation de la représentativité. Ce dernier critère d'audience étant la clé de voûte du nouveau dispositif, les élections professionnelles deviennent déterminantes. A six mois des élections, il s'agit d'un enjeu crucial pour les organisations syndicales comme en témoigne FO : « *Nous sommes dans une année d'élections professionnelles, nous sommes un peu en compétition.* », « *c'est chacun pour sa chapelle.* » ajoute la CFTC. Dans ce sens, la direction relève des changements de comportement de la part des syndicats à l'approche des élections.

« *On est passé à une autre phase avec la T2A* » : tel est le constat dressé par la DGA qui souligne qu'il s'agit « *d' un mode plus financier qui n'est pas venu fluidifier les choses.* ». De son côté, FO dresse un constat partagé : « *L'administration aujourd'hui n'a plus les pouvoirs* » et ajoute : « *Comment voulez-vous qu'une direction générale puisse faire fonctionner un paquebot comme celui-ci sans les moyens ?* », « *Il y a une pression au niveau de la direction car il ne faut pas dépenser de sous* ». Ces témoignages sont révélateurs des mutations qui affectent le monde hospitalier (MAS, PIERRU, SMOLSKI, TORIELLI, 2011). En effet, opérant des changements majeurs en termes de financement des établissements mais aussi

3LOI n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail

d'organisation médicale interne, le Plan Hôpital 2007 a acté la première réforme de la nouvelle gouvernance. En 2009, la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » poursuit cette entreprise en révisant les règles de la gouvernance à l'hôpital et elle met en place les ARS. L'impact de ces deux réformes en matière de conditions de travail du personnel et d'autonomie des établissements a été dénoncé à plusieurs reprises dans les entretiens conduits dans le cadre de cette étude.

Si les conditions physiques du travail constituent un objet du dialogue social depuis les années 1970, les questions de santé mentale au travail ne le sont que depuis une vingtaine d'années (BENQUET, MARICHALAR, MARTIN, 2010). Pour autant, le terme de « RPS » est relativement récent. Son utilisation a connu une forte ascension liée en particulier à l'évolution des organisations du travail depuis le milieu des années 1970. Les OS ont décrit ces évolutions au cours des entretiens : « intensification des rythmes de travail », « nouvelles formes de management et de gestion », « perte de sens » et « prise de conscience collective ».

B. Contexte local

Le CHU étudié est un établissement à dimension régionale. Il est composé de cinq établissements de soins qui regroupent 2000 lits et places. Il emploie environ 8000 agents dont 1200 médecins. Ce groupement hospitalier comporte quatre CHSCT dont un de coordination et un CTE localisé en son siège. Six organisations syndicales sont représentées au sein de l'établissement. Aux dernières élections professionnelles du 20 octobre 2011, SUD et la CGT ont recueilli plus de 60% des voix avec un taux d'abstention s'élevant à 52%. L'intersyndicale au sein du CHU n'est plus en activité et les CHSCT fonctionnent sans secrétaires depuis plusieurs mois. Par ailleurs, il est à noter que le DG ne préside aucune instance représentative du personnel.

Les prochaines élections professionnelles étant programmées le 4 décembre 2014, on voit apparaître des logiques électorales au sein du CHU : « *Nous allons avoir les élections à la fin de l'année. C'est la loi de 2008 qui a tout cassé. Et là c'est chacun pour sa chapelle (...)* » (CFTC), « *Nous sommes dans une année d'élections professionnelles, nous sommes un peu en compétition* » (FO), « *Nous avons six syndicats et il y a forcément une forte concurrence entre eux, ce qui joue beaucoup en instance. Les syndicats pensent, à tort ou à raison (sûrement à raison d'ailleurs), que pour peser électoralement, il faut qu'ils donnent aux électeurs, donc au personnel, le sentiment qu'ils sont pugnaces, voire agressifs vis-à-vis de la direction, qu'ils vont se battre. Cela donne un effet de surenchère. En fait, on voit bien qu'ils sont dans une*

politique électorale et se comportent en permanence comme s'ils étaient en campagne et ce, pour arracher des parts de marché. S'il y a un syndicat qui s'empare d'un sujet, il y en a un autre qui va éventuellement essayer de le récupérer, etc... » (DRH).

Si l'absence d'intersyndicale peut trouver là une explication, il semble réducteur de n'utiliser que cet argument pour décrire une situation multifactorielle et reposant en grande partie sur l'évolution de l'engagement militant (ION, 1992) et du rapport au politique dans les sociétés contemporaines (ROSANVALLON, 2008). Sans entrer dans une revue de littérature trop approfondie, on peut avancer que l'engagement militant s'est déplacé ces dernières années au profit de nouvelles formes de militantisme, orientées autour de « grandes causes » politiques ou humanitaires, quittant le terrain de la politique conventionnelle pour entrer dans des logiques de participation électorale non-conventionnelles et moins formalisées. Les actions collectives prennent également des formes nouvelles. A la logique traditionnelle consistant à dialoguer au sein d'instances, les représentants syndicaux ont opposé une approche fondée sur le refus d'y participer.

Au sein du CHU, les logiques qui sous-tendent l'action permettent d'interroger une forme de désengagement (ION, 1997) de l'électorat marquée par une abstention supérieure à 50% aux dernières élections professionnelles et une crise du recrutement des organisations syndicales. Les rétributions du militantisme (GAXIE, 1977) ont évolué et sous-tendent le désengagement des agents. Ce phénomène est renforcé par l'existence d'une distance entre les représentants des organisations syndicales. Cette distance, bien qu'elle n'ait pu être interrogée directement auprès des personnels, est soulignée par les syndicats eux-mêmes qui indiquent que leur rôle est autant de négocier avec la direction que de temporiser et d'effectuer un relais entre les demandes émanant du personnel et la direction. Ce phénomène parfois qualifié de « loi d'airain de l'oligarchie » (MICHELS, 1914) introduit des dissonances entre représentants et représentés qui tendent parfois à réduire la légitimité des acteurs du dialogue. Un élu FO au CHSCT indique ainsi : « *Au dernier CTE, l'administration en face nous présente un document d'organisation de travail et nous dit « je vous assure que cela a été fait en concertation avec les personnels ». J'ai répondu qu'il ne fallait peut-être pas faire trop confiance au personnel car la dernière fois on nous avait présenté des plannings de 60h et qu'il serait peut-être temps qu'on se rappelle les uns et les autres de nos responsabilités* ». On comprend dès lors les raisons qui poussent certains acteurs à favoriser le dialogue « hors instances » comme un espace de négociation et d'information privilégié pour activer les leviers de fonctionnement

du dialogue social au sein du CHU. Il apparaît ainsi, au travers des entretiens que la forme de dialogue social privilégiée se situe dans le dialogue informel, plus souple et plus en mesure d'apporter des réponses individuelles à des situations spécifiques. S'ouvre ainsi, en lien avec la définition proposée précédemment, un pan du dialogue social fondé sur des relations informelles et ponctuelles et impliquant des acteurs variés s'étendant de la médecine du travail aux experts et incluant les membres élus des instances, les personnels d'encadrement et même l'ensemble des agents du CHU. C'est ce qu'indique un élu syndical FO lorsqu'il évoque une absence de dialogue social et ajoute « *on vit un peu au jour le jour* » pour caractériser les changes qui se forment de façon ponctuelle.

La diffusion de l'information au sein du CHU s'appuie sur des leaders d'opinion (BERELSON, GODET, LAZARFELD, 1944) permettant un relais de l'information en deux niveaux (two-step flow of information), en lien avec la théorie des effets limités : « *Il y a des cadres qui sont porte-parole de leur équipe et cela joue beaucoup dans l'obtention de moyens supplémentaires* » (CFDT). Cette logique vient se situer en opposition avec le mode communicationnel de la direction, favorisant une approche « directe » auprès des agents (et s'inscrivant donc plutôt dans un modèle linéaire de relations entre deux interlocuteurs ; SHANON, WEAVER, 1975). De la logique collective à la logique individuelle, les différents niveaux de dialogue dépendent des relais d'information introduisant une modification du message initial et, potentiellement, de la nature des échanges.

Il est ressorti des différents entretiens des difficultés majeures de communication et, avec elles, le questionnement sur un particularisme du CHU. L'effet taille a été avancé à de nombreuses reprises comme un frein à la circulation de l'information. Le DRH constate ainsi que « *les services sont très très loin des directions. Ils fonctionnent parfois de manière très autonomes, comme autant de petites planètes plus ou moins satellisées mais, parfois, à bonne distance quand même du pouvoir central.* ».

Ces particularités de l'établissement ont donné lieu à des conflits qui ont structuré l'émergence d'un groupe « majoritaire » organisé autour de deux syndicats (SUD et la CGT) représentant plus de 60% des voix. Le deuxième ensemble qui s'est formé n'est pas homogène et des dissonances apparaissent tant du point de vue des prises de position que des représentations du dialogue social et de sa mise en œuvre.

II. Les perceptions et représentations de la santé mentale au travail comme révélateur de l'état du dialogue social au CHU

Une certaine confusion est constatée autour des notions de santé mentale au travail et risques psychosociaux. Dans ce cadre, il convient de rappeler qu'il n'existe pas de définition officielle de la santé mentale au travail. Pour autant, l'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ». Par ailleurs, les risques psychosociaux ne sont définis, ni juridiquement, ni statistiquement mais, le Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue social nous éclaire sur cette notion : « ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés)⁴ ».

Dans cette étude, la question de la santé mentale au travail est abordée sous l'angle des RPS afin d'analyser la construction et le fonctionnement du dialogue social au sein d'un CHU. Il s'agira de montrer la manière dont l'institution traite du dialogue social et de mettre ainsi en lumière l'importance du jeu d'acteurs.

A. Dialogue social autour de la question des RPS

1) Les RPS : une notion aux multiples contours

Il ressort des entretiens une relative difficulté pour les interlocuteurs à définir les RPS. En effet, si dans le cadre des entretiens la définition des RPS est associée à la notion de souffrance au travail, les réponses à apporter à l'injonction de la prise en charge des RPS se réduisent souvent à un constat des effets psychologiques sur les personnes. Selon la CFTC, « *les rythmes sont compliqués, générateurs de stress, d'angoisse... Cette charge mentale est hyper néfaste* ». L'approche qu'ils ont de cette thématique diverge selon la fonction qu'ils occupent au sein de l'établissement. Le caractère encore flou et « *fourre-tout* » de cette notion fait consensus : il existe autant de définitions que de personnes rencontrées. En effet, pour la direction, les RPS sont le plus souvent assimilés à des problèmes d'ordre personnel voire à

⁴<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Stress-les-risques-psychosociaux.html>

des « *profils psychologiques fragiles* » (DRH). Au contraire, pour les organisations syndicales, c'est essentiellement l'organisation du travail qui est en cause. Ainsi, la CGT affirme que "*Les RPS sont une atteinte à la santé psychique, avec des répercussions physiques. (...) Ce dont nous sommes certains actuellement c'est que le travail, dans nos établissements, a très souvent une répercussion négative sur la santé des salariés.*". FO substitue à l'expression RPS celle de troubles de l'organisation du travail (TOT), qu'elle explique « *par des réductions budgétaires, par du stress de venir au travail, par des conflits entre personnes, par une peur de l'encadrement, par une peur des représailles* ».

La CGS identifie des facteurs de risque spécifiques au monde hospitalier. A l'intensification des rythmes de travail s'ajoute une potentielle charge émotionnelle du métier de soignant qui peut favoriser l'apparition de difficultés au travail. « *Il y a du stress quand des gens meurent à l'hôpital. Quand une équipe a pris en charge un patient, (...) il y a un syndrome d'attachement et de deuil. Ce deuil était en partie comblé dans le silence dès lors que les équipes avaient 2-3 patients de moins à traiter et donc des jours où ils avaient moins de travail, moins de patients* » (CGS). Au regard de ce discours, on peut constater que les sas de décompression pour les équipes se raréfient. Les échanges se rigidifient, se standardisent, se réduisent ; les espaces collectifs et les temps de staff sont peu à peu supprimés alors qu'ils paraissent essentiels en termes de prévention des RPS. Si la psychologue du personnel constate une dégradation des conditions de travail liée à des contraintes plus globales (« *L'hôpital est en plein changement donc évidemment on ne travaille plus à l'hôpital comme il y a 5 ans ou 10 ans, plus avec les mêmes moyens (...). Ça fait évoluer les manières de travailler* »), son regard d'expert permet de dépasser le clivage des discours attendu de la direction et des représentants syndicaux. En effet, elle définit les RPS comme la résultante d'une interaction « *entre une organisation du travail et une réalité extérieure, avec des manières de faire que l'on va imposer et qui vont se désarticuler des professionnels qui sont sur le terrain et qui savent faire leur travail* ». Ainsi, pour elle, l'écart entre le travail prescrit et le travail réel constitue une source de souffrance pour les agents.

Alors que la direction considère que les RPS relèvent notamment de la médecine du travail, la psychologue du personnel appelle à davantage de communication entre direction et représentants du personnel. « *Essayer de ne pas cliver les choses. Ce qui est intéressant à ma place et à la place des médecins du travail, c'est qu'on est dégagés de ces clivages* ».

2) *Le dialogue social, un levier d'amélioration de la prise en charge des RPS ?*

Moyen de traitement collectif des questions d'intérêt commun, le dialogue social pourrait être un levier de l'amélioration de la prise en charge des RPS. Comme le souligne l'OIT, « *le dialogue social est l'outil le plus adapté pour promouvoir de meilleures conditions de vie et de travail* »⁵. Il est donc l'occasion de se saisir de l'injonction à leur prise en charge.

Les RPS sont largement traités au sein des instances dédiées que sont le CHSCT et le CTE. « *Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail* »⁶. Par ailleurs, le CTE est obligatoirement consulté sur les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement ainsi que la politique générale de formation du personnel. Le dialogue social peut également se saisir également de la question des RPS hors instances consultatives (dialogue de proximité au sein de l'établissement de santé, relations directes entre la direction et les OS).

Au CHU, le dialogue social autour de cette thématique semble cristalliser les tensions.

Les arguments développés apparaissent liées aux positions occupées par les différents acteurs. La direction avance que les RPS sont utilisés par les syndicats comme « *un outil de lutte sociale qui vient polluer le débat. (...) L'argument des RPS est mis à toutes les sauces. Les RPS, c'est l'arme atomique qui est utilisée par les OS (...) pour essayer d'empêcher les directions de mettre en œuvre les réformes (...)* ». Lors des entretiens, les OS abordent les RPS au travers de cas individuels. Ainsi, ils font appel à l'émotion plutôt que d'envisager la thématique de façon plus rationnelle. La DRH relève une attitude similaire des syndicats en instances : « *les organisations utilisent très facilement cet argument car il fait peur, personne n'a envie d'être responsable de tentatives de suicide ou de suicide, déjà humainement mais aussi sur un plan pénal (...) je pense qu'on perd de vue le vrai sujet* ».

En réponse, la direction adopte une posture défensive (« *la souffrance au travail est pour moi - je ne dis pas qu'elle n'existe pas - (...) un slogan mais aussi un instrument porté par ces organisations en étant en même temps un fonds de commerce* », DGA) qui peut aller jusqu'au blocage toute forme de dialogue en instances : « *compte tenu du positionnement des*

⁵Définition de l'OIT disponible sur le site internet de l'organisation (<http://www.ilo.org/public/french/dialogue> dernière consultation le 12 mai 2014)

⁶Site internet du Ministère de la santé, <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Synthese-CHSCT.html> dernière consultation le 12 mai 2014)

organisations syndicales », autrement dit, de « *leur façon d'appréhender le sujet* », le DRH « *ne traite pas des RPS avec eux* ». Dénoncer l'instrumentalisation des RPS par les syndicats permet à la direction d'éluder le traitement de cette question, du moins en instances. « Perversion », « manipulation », « chantage » sont les termes utilisés pour décrire la demande de prise en charge des RPS et permettent à la direction de s'en départir (il s'agit là d'une forme d'« instrumentalisation de l'instrumentalisation » par la direction).

B. Cartographie : RPS révélateur du fonctionnement du dialogue social

1) État des lieux du dialogue social

Si la plupart des acteurs concluent à l'absence de dialogue social au sein des instances - les OS parce que leurs voix ne sont pas entendues et prises en compte et la direction parce que les RPS sont utilisés comme « *outil de lutte sociale* » (DRH) - cette réflexion doit être relativisée : les instances du dialogue social sont consultatives. Elles visent à recueillir l'avis et les opinions des partenaires sociaux, avant que l'autorité hospitalière ne prenne une décision⁷. Au sein des instances consultatives, conformément aux textes, la direction n'est nullement tenue de prendre en considération les votes majoritairement émis contre un projet. En effet, la consultation implique uniquement l'information et le recueil d'avis. Elle peut donc donner lieu à une co-élaboration mais pas à une co-décision puisqu'il n'y a pas de partage de responsabilité ni de pouvoir décisionnel.

La situation de blocage des instances abordée tant par la direction que par les syndicats demeure l'obstacle le plus visible à un dialogue social constructif. En effet, suite à l'échec de la négociation autour de l'instauration des cycles de travail de 12h, il s'en est suivi une démission des secrétaires des différents CHSCT empêchant, depuis, l'instance de fonctionner. Ce blocage révèle les positions particulières de chacun des acteurs. La direction dit suivre la volonté des agents en instaurant ces cycles. Les syndicats, à qui il est reproché de ne pas défendre la position des agents alors même qu'il s'agit d'une de leur mission (« permettre l'expression des salariés ») sont unanimement opposés à l'instauration des cycles de 12h et sont mis en « porte à faux » par rapport aux agents hospitaliers. Dans cette situation de blocage faisant clairement obstacle au dialogue social, les syndicats sont contraints de défendre une position qui n'est habituellement pas la leur allant à l'encontre des souhaits de la

⁷Cas de l'instance du CHSCT : loi Auroux 82-689 du 04 août 1982 relative aux libertés des travailleurs en entreprise.

majorité des agents.

i. Les différentes natures du dialogue social

Comme le souligne le DRH, le dialogue social en instance, d'une part, « *ne reflète pas la totalité des relations avec les syndicats* » et, d'autre part, le dialogue social « *n'est pas réductible aux syndicats* ». Il doit effectivement être envisagé comme pouvant s'étendre aux relations directes avec le personnel et l'encadrement. De même, questionnée sur la définition du dialogue social, la CGT relève qu'il « *représente tous les échanges que l'on peut avoir dans les établissements, à la fois de manière ouverte avec la direction et les partenaires sociaux mais aussi, dans le cadre des instances* » et ajoute qu'« *on doit aussi permettre, dans le dialogue social, l'expression des salariés sans que cela soit forcément l'expression des organisations syndicales* ».

Au même titre que ce syndicat, les autres acteurs du dialogue social, à la fois organisations syndicales et direction, identifient trois facettes du dialogue social. La première est relative au dialogue social formel dans les instances consultatives. Les deux autres traitent du dialogue social informel, c'est-à-dire du dialogue entre directions et syndicats et du dialogue de proximité avec les agents hospitaliers. Les entretiens menés révèlent ainsi que les RPS sont principalement discutés par la direction avec les syndicats, dans le cadre de réunions informelles, d'échanges de mails ou encore du soutien direct des syndicats auprès d'un salarié, mais aussi avec les salariés, dans le cadre de relations de proximité. Comme le relève la CGT, à la différence du dialogue formel en instances, aucun texte n'oblige le dialogue social informel. Difficile à mesurer, ce dernier peut être inexistant dès lors qu'il n'est pas opposable juridiquement. A contrario, si le CHSCT ne se réunit pas une fois par trimestre, les syndicats peuvent « *interpeller l'inspection du travail, l'ARS ... la direction sera alors contrainte de le faire car il s'agit d'un délit d'entrave.* » (CGT).

ii. Les modalités du dialogue social

Par comparaison à la définition du dialogue social retenue par l'OIT, les interlocuteurs interrogés le définissent en faisant référence aux lieux dans lesquels il est susceptible de se tenir. Au cours des entretiens, ces derniers ont mentionné différentes modalités du dialogue social.

D'après *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, quatre modalités du dialogue social peuvent être

identifiées. Elles correspondent à des niveaux d'implication différents des organisations syndicales mais aussi des salariés, à savoir : l'information ascendante et descendante, la consultation, la concertation et la négociation. Ces modalités s'inscrivent dans une dynamique d'échange mutuel. A l'exception du CGS, les personnes interrogées emploie plutôt les termes d'échanges et de discussion. En revanche, aucun d'entre eux n'évoque la consultation qui constitue pourtant la vocation des instances de dialogue social que sont le CHSCT ou le CTE. Seuls, le CGS et la CGT mentionnent la concertation⁸ et, la CFDT et FO, la négociation, mais dans le cadre de relations informelles⁹.

En outre, il est soulevé à maintes reprises au cours des différents entretiens que la construction du dialogue social est entravée par des difficultés de communication entre la direction et le terrain notamment d'une difficulté à faire circuler l'information, celle-ci se caractérisant plus par un aspect descendant (de la hiérarchie vers la base) et à sens unique. Des propos tels que « *nous avons l'impression de ne pas être écoutés* » du côté du syndicat FO ou encore « *une absence totale d'écoute* », « *une valorisation insuffisante de la fonction contact avec le personnel* » émanant de la direction du CHU montrent l'importance accordée à la communication mais sa faiblesse relative au sein de l'établissement. Diverses raisons sont invoquées pour expliquer cet obstacle, notamment la taille de l'établissement qui rend de fait difficile et peu naturelle la proximité entretenue entre les différents acteurs.

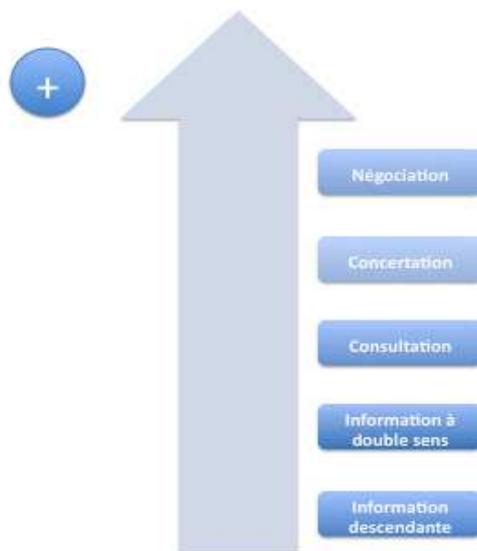
Figure 1 : Tableau récapitulatif des représentations du dialogue social

8 « Action visant à s'entendre pour agir de concert », *Pacte de confiance pour l'hôpital*, Édouard Couty

9 « Discussion entre des partenaires au dialogue social menées en vue d'aboutir à un accord sur les problèmes posés à partir d'objectifs convenu », *ibid*

	Echanges	Discussion	Information	Concertation	Négociation	Consultation
DGA	X	X	X			
DRH	X	X	X			
DS			X	X		
Psychologue du travail	X	X				
CGT	X		X	X		
CFDT	X	X	X		X	
CFTC		X				
FO		X			X	

Figure 2 : Schéma relatif aux niveaux d'implication des organisations syndicales et des salariés dans le dialogue social



iii. Les enjeux du dialogue social

La finalité du dialogue social diffère selon les interlocuteurs. Le fait que les acteurs ne partagent pas des objectifs communs constitue en lui-même un obstacle au dialogue social.

Tandis que la CGT estime que le dialogue social a vocation à « *construire ensemble l'établissement souhaité* », la CFTC indique qu'il « [permet] *d'améliorer les conditions de travail* ». La CFDT, pour sa part, l'assimile à un « *moyen de faire avancer les dossiers* ». Sur ce point, le DRH explique que le dialogue hors instances, lui permet de « *faire passer sa façon de voir les choses, la philosophie dans laquelle il veut faire évoluer les choses, les valeurs qu'il défend, ce pourquoi il a fait passer telle ou telle mesure qui n'a pas été comprise, ...* ». Selon lui, il est donc l'occasion d'informer et d'explicitier un certain nombre de sujets, ce qu'il ne parvient pas à faire au sein des instances.

Construire un dialogue social suppose que les différents acteurs qui y prennent part s'entendent sur sa définition et sa portée. Or, s'il résulte des divers entretiens réalisés une faculté des parties prenantes à le caractériser, sa définition, ses modalités et sa finalité révèlent des divergences. L'absence de consensus sur le cadre du dialogue social est à l'origine d'une dichotomie entre les aspirations et la réalité. Parallèlement, la psychologue interroge la manière dont les parties prenantes du dialogue vont « *être capable d'échanger sur ce que chacun, de sa place, avec sa paire de lunettes, repère et regarde* ». Selon elle, il faut accepter le postulat suivant : les différentes parties prenantes au dialogue social « *ne regardent pas les choses de la même façon (...)* [car elles] *n'ont pas les mêmes intérêts* ». Elle estime que c'est aussi l'intérêt du dialogue social que de confronter des points de vue divergents. Elle poursuit : « *je suis dans une logique de santé au travail comme les médecins, les directeurs et l'encadrement sont dans une logique de management, de gestionnaire.* » et en déduit que « *à priori, on va être dans du conflit, c'est à dire du désaccord.* ». Pour autant, être en désaccord et discuter, s'ils peuvent s'opposer, ne sont pas nécessairement antinomiques. Pour cela, un préalable est nécessaire : avoir conscience « *qu'on ne parle pas de la même place, qu'on ne regarde pas les mêmes choses et qu'on n'a pas les mêmes intérêts* ».

Sans pour autant en donner une définition, FO constate que le terme « social » est vidé de son sens en raison de l'absence d'écoute des syndicats par la direction et de la priorité donnée à la gestion. Sur ce point, la CGT rejette le terme de dialogue social évoquant un mot vaste et flou. Ces propos interrogent le terme même de dialogue social : observe-t-on une dénonciation de ce terme ou est-ce la signification d'une déception ?

2) *Les logiques à l'œuvre : processus de légitimation et de dénonciation au sein du CHU*

« Si on regarde les organisations représentatives, ils sont sur un mode de communication très défensif ou accusateur. C'est l'organisation qui génère ça. Ils sont très influencés par ce qu'il se passe dans les médias en fait » (CGS). Au travers de l'étude du terrain, on voit émerger différents niveaux de formalisation du dialogue social qui invitent à penser des registres de dénonciation au sein de jeux d'acteurs¹⁰ construits socialement entre les interlocuteurs du dialogue social. La pluralité de ces acteurs permet, quant à elle, de décliner les registres à différents niveaux afin de saisir les logiques à l'œuvre dans les mécanismes de construction de la légitimité au sein du CHU.

Dans le cas du CHU, plusieurs organisations syndicales ont expliqué au cours des entretiens qu'elles ne souhaitent plus siéger dans les instances car elles ne se sentaient « pas écoutées » ou que leur voix n'était pas « entendue ». Un élu FO du CHSCT indique ainsi : « le dialogue social oui, mais il faut que chacun puisse mettre une pierre à l'édifice. Mais nous n'avons pas les rennes en main, c'est là-haut ce ça se passe ». Un représentant de la CFDT indique également : « Le CHSCT ne doit pas être une chambre d'enregistrement mais un espace de débats, pour traiter véritablement les problèmes de fond, mener une démarche de réflexion, d'analyse, de concertation sur la mise en œuvre d'actions et de moyens. Nous avons rarement de réponses. Quels que soient les avis émis en instances comme celles du CTE, la direction prendra les décisions qu'elle objective. C'est une instance consultative. ». L'étude des entretiens permet de montrer les registres de dénonciation¹¹ (BOLTANSKI, 1984) et de légitimation à l'œuvre au sein du CHU. La démission des secrétaires des quatre CHSCT illustre le déplacement de la dénonciation devant un « juge » (« celui auprès de qui la

¹⁰On peut ici faire référence à Erwin GOFFMAN, *La Mise en scène de la vie quotidienne*, à l'analogie employée par l'auteur entre une scène de théâtre et les scènes de la vie quotidienne. On veillera toutefois à utiliser l'analogie avec précaution en se souvenant que « ce sont les cadres et non les interactions qui doivent avant tout nous préoccuper. » (Goffman E., 1991 : 135)

¹¹Est ici repris le concept développé par Luc BOLTANSKI au cours de ses travaux. Dans un article pour la revue *Actes de la Recherche en Sciences sociales* sur « La Dénonciation » (1984, vol. N°51 écrit avec Marie-Ange SCHLITZ et Yann DARRE), Luc BOLTANSKI décrit les « caractéristiques de chacun des actants et les différentes modalités sous lesquelles ils peuvent se présenter et, d'autre part, les différents modes de relations qui peuvent s'établir entre eux. Une dénonciation instaure (...), un système de relations entre quatre actants : 1) celui qui dénonce ; 2) celui en faveur de qui la dénonciation est accomplie ; 3) celui au détriment de qui elle s'exerce ; 4) celui auprès de qui elle est opérée. Pour simplifier la suite de l'exposé (...) on parlera, par convention, de dénonciateur, de victime, de persécuteur et de juge ».

dénonciation est opérée », BOLTANSKI, 1984) différents de celui devant lequel étaient traditionnellement portées ces thématiques. En démissionnant des CHSCT, la dénonciation est opérée auprès de l'électorat.

En s'appuyant sur les quatre acteurs de la dénonciation que sont le persécuteur, la victime, le dénonciateur et le juge, les logiques à l'œuvre au sein du CHU apparaissent. Entre direction et organisations syndicales, différents types de légitimation sont utilisés, mettant en jeu des thématiques et des argumentaires spécifiques. Les individus s'appuient sur des valeurs¹² pour permettre la justification de leur discours et la légitimation de leur dénonciation. Chacune de ces valeurs est rattachée à une logique et est utilisée de façon hétérogène en fonction de la place des acteurs au sein du *champ*¹³. Là où la direction place la « grandeur » (BOLTANSKI, THEVENOT, 1991) dans la bonne gestion de l'établissement, dans la fluidité des échanges et du dialogue, les représentants syndicaux mettent en avant des valeurs ayant trait à « l'humain »¹⁴ au « travail bien fait » (« *on travaille avec de l'humain sur de l'humain, et ça on n'en tient pas compte car on mène l'hôpital comme une usine* », CFTD ; « *Le sens humain au travail a disparu. On a presque l'impression de ne faire que du chiffre (...)* », FO). On peut par ailleurs noter la récupération des idées par fongibilité entre partis politiques et syndicats. On trouve ainsi sur le site du Nouveau Parti Anticapitaliste (NPA) des articles reprenant le discours des organisations syndicales majoritaires (SUD et la CGT) du CHU. Cette opération de récupération des discours, traditionnelle en politique, nous indique la forte teneur symbolique de la dénonciation portée par ces organisations et le potentiel revendicatif des discours.

L'usage des idées utilisant la notion de « capital humain » permet d'interroger la valeur travail dans les représentations qu'elle suscite au sein de l'organisation et dans sa portée symbolique auprès des agents. Une logique d'appréhension du monde d'ordre économique et comptable semble s'opposer à une conception fondée sur les valeurs humaines.

12BOLTANSKI utilise le terme de « grandeur » pour qualifier les valeurs dans un ouvrage écrit avec Claude THEVENOT

13On fait ici référence à la notion de champ telle que décrite par Pierre BOURDIEU, « *Espace social structuré et conflictuel, relativement autonome dans lequel les agents sociaux occupent une position définie par le volume et la structure du capital efficient dans le champ et agissent selon leur position dans le champ ; chaque champ est doté d'enjeux, de règles de fonctionnement et d'agents dotés d'un habitus spécifique* »

14Cet usage de « l'humain » au cœur de la valeur travail n'est pas sans rappeler les théories économiques du capital humain développées notamment par Gary BECKER (reprises des travaux de Théodore Schultz).

Il est possible d'observer de façon succincte les dotations en capital¹⁵ (BOURDIEU, 1979) des différents acteurs. Les représentants des organisations syndicales ne disposent pas du pouvoir décisionnel et occupent souvent des positions institutionnellement moins dominantes que les personnels de direction. Leur dotation en capital symbolique est toutefois relativement importante, liée à leurs fonctions syndicales. Il leur confère une place et un rôle dans le fonctionnement de l'hôpital. Leur « capital combattant » (COTON, 2012) leur permet également de s'approprier des formes de légitimité et d'adopter une posture de distanciation vis-à-vis de la direction. A l'inverse, les personnels de direction disposent d'un capital économique et culturel important et multiplient les formes de légitimité institutionnelle, posant ainsi un espace de conflictualité caractéristique. Au sein de ce « champ », les luttes à l'œuvre découlent de l'incapacité à nouer le dialogue sans créer de tensions à l'origine d'une distinction trop forte entre ces deux groupes. Au CHU, la scission vient en partie du fossé qui s'est progressivement formé autour de postures individuelles ayant eu un fort impact et portées par des oppositions structurelles inhérentes à tout dialogue social.

On peut également souligner la nécessité d'une légitimité charismatique (WEBER, 1921) parmi les représentants syndicaux afin de porter la voix des représentés tout en garantissant une cohésion entre les différentes organisations syndicales. Plusieurs organisations syndicales ont indiqué la force que trouvait la dynamique intersyndicale dans un meneur charismatique qui avait la capacité de fédérer autour de lui afin de conduire des projets et proposer des discours concertés (« *avant, on avait un délégué syndical CGT qui était très fédérateur* », FO). Son départ ainsi que le renouveau juridique induisant une période électorale nouvelle pour les syndicats ont favorisé l'émergence de tensions qui ont accentué la dynamique de scission entre les syndicats et structuré des oppositions entre les différentes organisations. Parlant des syndicats, un représentant FO indique ainsi : « *Ce sont de bons collègues mais entre syndicats nous ne sommes plus copain-copain. Il n'y a plus l'intersyndicale que les salariés souhaitent* ».

3) *La constellation du dialogue social*

Les processus décrits au sein du CHU permettent de cartographier le dialogue social en

¹⁵Dans son maître ouvrage de 1979 Pierre BOURDIEU décrit quatre types de capitaux : économique, culturel, social et symbolique. La composition de la dotation globale dépend des dotations pour chacun des quatre capitaux.

fonction des acteurs qui participent à sa construction. La multiplicité des acteurs et des registres discursifs invite à penser le dialogue social comme une constellation complexe et construite socialement. Elle peut être schématisée de la façon suivante :

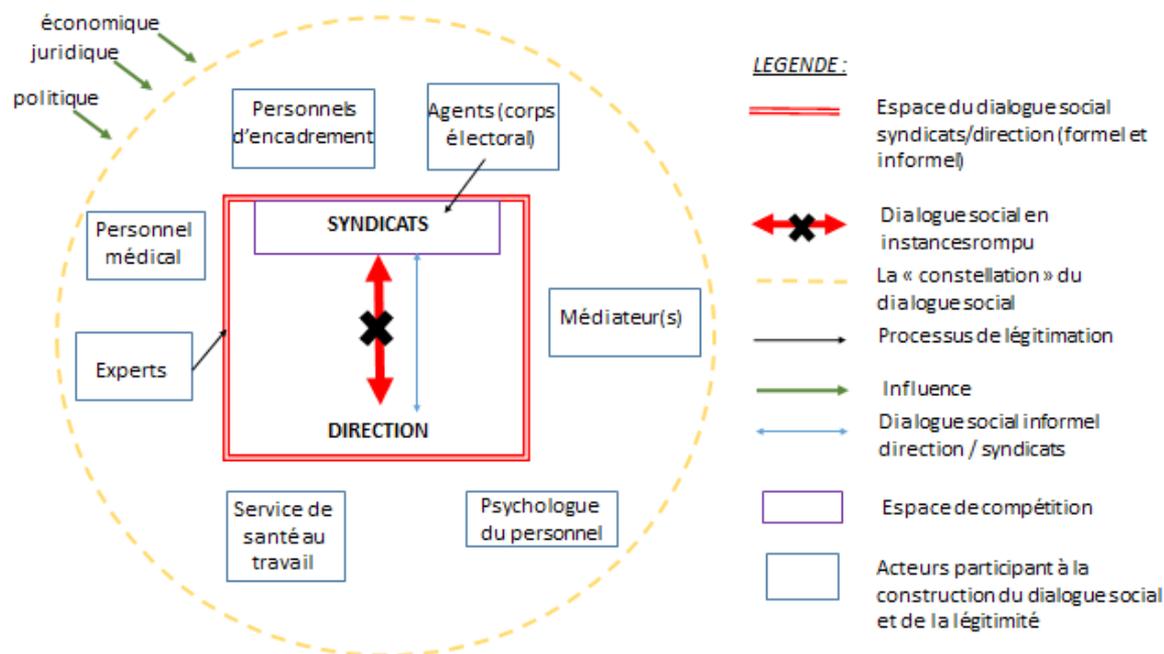


Figure 3 : Cartographie de la constellation du dialogue social au CHU

On voit apparaître au travers de ce schéma les différentes modalités du dialogue social décrites précédemment (dialogue social en instances, dialogue social informel entre direction et syndicats, dialogue social informel avec l'ensemble des acteurs participant à sa construction). Le rôle de la médiation dans les processus de concertation et de négociation mérite ici d'être souligné car il semble présenter un intérêt pour la réflexion portant sur les leviers d'amélioration du dialogue social.

Conclusion

L'analyse des mécanismes de construction du dialogue social révèle que les représentations et les perceptions relatives à l'injonction à la prise en charge des RPS sont révélatrices de l'état du dialogue au CHU. Le traitement de la question des RPS apparaît comme une source de crispation. L'analyse menée montre que les RPS peuvent constituer un élément de blocage du dialogue social particulièrement en instances dès lors qu'il est instrumentalisé par les acteurs. On peut repérer différentes problématiques locales propres à la construction du dialogue intersyndical ou aux modes de management; ou encore des problématiques plus générales

ayant trait à l'évolution de la participation syndicale ou encore à des contraintes budgétaires et réglementaires accrues. Le « non dialogue » est instrumentalisé par les différentes parties et accentue les tensions. Le blocage des instances n'empêche toutefois pas les acteurs de poursuivre leurs objectifs et un espace d'échanges informels (mails, courriers, communications téléphoniques, etc...) permet une relative continuité du dialogue social (selon des modalités plus souples mais moins contraignantes).

Nous avons ainsi pu identifier des leviers d'amélioration du dialogue social :

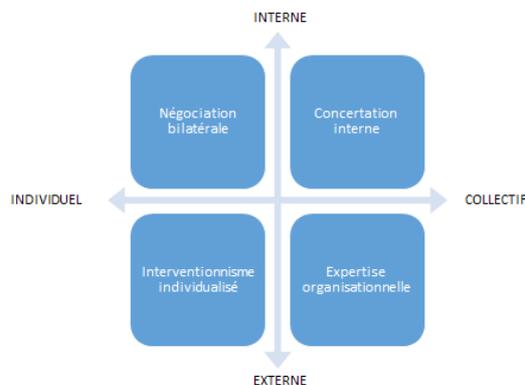
Préconisations

- **Formaliser un circuit clair de communication ascendante et descendante.**
 - En mettant en place des canaux de transmission de l'information sur les projets en cours afin de clarifier les choix de la direction et de permettre d'associer l'ensemble des personnels hospitaliers.
 - En permettant aux agents de s'exprimer et de participer à l'élaboration des projets par un processus de remontée d'informations à partir du terrain.
- Mettre en place des **formations sur le dialogue social et les RPS**, si possible communes aux agents, aux cadres et aux syndicats, et renforcer la formation des syndicats sur la thématique des RPS. Les agents sensibilisés à ces thématiques fourniront un relais efficace de l'information et devront faire l'objet d'un choix concerté permettant d'identifier les acteurs clefs du dialogue social.
- **Renforcer l'accessibilité et la visibilité des locaux syndicaux** afin de permettre aux agents de mieux connaître les OS. Cela permettrait également d'accentuer le sentiment de reconnaissance des OS. Cela peut être réalisé en :
 - Améliorant la signalétique concernant les locaux syndicaux au sein du CHU
 - Mettant à la disposition des OS des locaux qui ne les isolent pas géographiquement au sein du CHU
- Dans les situations les plus tendues et conflictuelles, il est possible d'envisager le **recours à un tiers médiateur**. Plusieurs types de médiations sont envisageables :

- La **médiation interne**, s'appuyant sur des agents hospitaliers, extérieurs aux dossiers problématiques, répondant à l'impératif de neutralité et possédant des compétences spécifiques sur les thématiques abordées
- La **médiation par recours à des interlocuteurs externes** (consultants, experts, personnels d'autres établissements, etc.) offrant un regard neuf sur les situations. Cette solution ne doit être employée qu'après épuisement des ressources internes et de façon concertée afin de garantir son efficacité.

La médiation peut avoir trait tant à des cas individuels qu'à des cas collectifs. On distingue ainsi plusieurs formes de médiation :

Figure 4 : Les différentes formes de médiation en fonction des acteurs considérés



- **Élaborer un baromètre du dialogue social.** La définition d'indicateurs partagés sur les RPS et sur d'autres sujets du dialogue social permettrait d'objectiver les débats relatifs à cette thématique. La constitution d'un langage commun faciliterait les échanges.
- Approfondir les données recueillies au cours de la monographie en s'appuyant sur :
 - Une approche du terrain permettant d'explorer d'autres thématiques structurantes du dialogue social autres que les RPS
 - La réalisation d'études monographiques sur d'autres terrain d'enquête afin de permettre une approche comparative.

Bibliographie

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail (1).

Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique.

AUSTIN, J. L., *Quand dire c'est faire*, Paris, Seuil, 1970

BEAUD, S. ; WEBER, F., *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La découverte, 2003

BECKER, G. S., *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, Chicago, University of Chicago Press, 1964

BOLTANSKI, L. ; DARRE, Y., SCHLITZ, M.-A., « La Dénonciation », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, 1984, vol. N°51

BOLTANSKY, L. ; THEVENOT, C., *De la justification : les économies de la grandeur*, Gallimard, 1991.

BOURDIEU, P., *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979.

COTON, C., « Briller sous l'épaulette Capital culturel et capital combattant dans le corps des officiers de l'armée de terre », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2012/1-2 (n° 191-192), Paris

EDWOOD, C. E., WEAVER, W., *Théorie mathématique de la communication*, M.I.T Press, 1975

GAXIE, D., "Economie des partis et rétributions du militantisme", dans *la Revue Française de Science Politique*, Vol 27, n°1, en février 1977

GOFFMAN, E., *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit, 1973

ION, J., *La fin des militants ?*, Paris, L'Atelier, 1997.

LAZARSFELD, P.F., BERELSON, B., GAUDET, H., *The People's Choice: How The Voter Makes Up His Mind in a Presidential Campaign*, New York, Columbia University Press, 1944

MAS, B. (dir.) ; PIERRU, E. (dir.) ; SMOLSKI, N. (dir.) ; TORIELLI, R.(dir.), *L'hôpital en réanimation : le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Paris, Editions du croquant, 2011

MICHELS, R., *Les Partis politiques, Essai sur les tendances oligarchiques des démocraties*, Paris, Flammarion, 1914

ROSANVALLON, P., *La Légitimité démocratique, les théories de l'intérêt général*, Seuil, 2008.

WEBER, M., *Économie et Société* (post. 1921), traduction du tome 1 par FREUND, J., Plon, 1971.

Dejours C., *Travail, usure mentale - De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Bayard éditions, 1980, Paris, nouvelles éditions augmentées en 1993 et 2000, 281 p.

Oury J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, éd. du Champ social, Nîmes, 2001

Benquet M., Marichalar P., Martin E., « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, n°79, 2010/3, p.121-143

Patenotte F. « Dossier DH et RPS », *JADH*, n°48, nov-dec 2013, p.10-23

Union syndicale Solidaires, « *Et Voilà... Petit bulletin des conditions de travail et de la santé au travail pour les équipes syndicales* », n°22, nov 2013, 8 p.

Bitaud J.-R., Dossier Ressources humaines, *Gestions hospitalières*, n°510, 2011

Dongradi J.-L., « Les risques psychosociaux. Mal du XXIe siècle ou prise de conscience d'un mal récurrent ? », *Gestions hospitalières*, n°510, 2011, p. 570-574

Aurelli P., Gautier J., Conseil économique et social, « Consolider le dialogue social », 2006.
« Renouveau du dialogue social », La documentation française, 2013

Site du Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue Social: <http://travail-emploi.gouv.fr/>

Site de l'Organisation Internationale du Travail : <http://www.ilo.org/global/lang--fr/index.htm>

Site de l'Organisation Mondiale de la santé : <http://www.who.int/fr/>

Liste des annexes

- Annexe 1 Guide d'entretien
- Annexe 2 Grille d'analyse vierge
- Annexe 3 Fiche de lecture correspondante aux références : C. POPPE, 2013, *Les acteurs hospitaliers, véritables constituants du dialogue social à l'hôpital*, revue hospitalière de France, n° 552, pages 12 et 13
- Annexe 4 Extrait de l'entretien avec le syndicat CFTC
- Annexe 6 Extrait de l'entretien avec le syndicat FO
- Annexe 7 Extrait de l'entretien avec la directrice des soins
- Annexe 8 Extrait de l'entretien avec le directeur général adjoint
- Annexe 9 Extrait de l'entretien avec la CGT
- Annexe 10 Extrait de l'entretien avec le directeur des ressources humaines
- Annexe 11 Extrait de l'entretien avec le syndicat CFDT
- Annexe 12 Extrait de l'entretien avec la psychologue du personnel

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Dans le cadre du module interprofessionnel de santé publique à l'EHESP, nous sommes amenés à réaliser un travail de recherche sur la thématique du dialogue social autour des questions de santé mentale au travail en prenant en considération le cas des risques psychosociaux. La méthode de recherche choisie est l'entretien semi-directif et s'adresse à différents acteurs exerçant au sein de votre établissement de santé. Afin de vérifier la problématique nous avons besoin de recueillir votre avis et vos opinions sur cette thématique. La durée de l'entretien ne peut excéder 1h30. Avec votre accord, nous allons enregistrer cet échange qui sera conduit à partir d'un guide. L'objectif de l'enregistrement est de faciliter la retranscription. Nous nous engageons à préserver l'anonymat des lieux et des personnes interviewées. Seuls, quelques extraits de l'entretien pourront être utilisés dans un contexte défini mais la confidentialité restera garantie. Les premières questions concernent des informations sur votre positionnement. Dans un second temps, nous aborderons des questions ouvertes hiérarchisées par thématiques et auxquelles vous aurez la liberté de répondre.

Votre exercice, vos expériences et le contexte institutionnel

Objectif : identifier et situer l'interlocuteur en qualité de ressource et son environnement

- Qui êtes-vous ?
- Que faites-vous ?
- Dans quelles instances siégez-vous ?
- Depuis combien de temps ?
- Temps de détachement dédié à l'activité syndicale ?

Dialogue social et questions de santé mentale

Objectifs : définir les concepts et les représentations, identifier les faits et les opinions des acteurs impliqués dans la conduite du dialogue social et dans la prévention des risques psychosociaux

- Que pouvez-vous nous dire sur le sujet des RPS et notamment en matière de santé mentale au travail ?
- Selon vous, qu'est-ce que le dialogue social ?
- Quels sont les objectifs du dialogue social ?
- Quel est votre opinion sur les sujets abordés dans le cadre du dialogue social ? Et pourquoi ?
- En quoi le dialogue social traite les RPS (santé mentale au travail) différemment des autres sujets et pourquoi ?

- Quand et de quelle manière considérez-vous qu'il y a dialogue social ?
- Quels sont vos attentes en matière de dialogue social ?
- Selon vous, quels liens faites-vous entre dialogue social, RPS et santé mentale au travail ?
- Quels sont les moyens utilisés dans la conduite du dialogue social ?
- Selon vous, le dialogue social fonctionne-t-il au sein de l'établissement et pourquoi ?
- Quelles sont vos propositions ou suggestions éventuelles à la conduite du dialogue social ?
- Comment qualifiez-vous l'évolution du dialogue social depuis ces dernières années au sein de votre établissement ?

ANNEXE 2
Grille d'analyse des entretiens

Thèmes abordés dans la collecte des données	Entretiens							
	A	B	C	D	E	F	G	H
<i>Nombre de personnes interviewées</i>								
Fonction : membre de la Direction, partenaires sociaux, autres								
Compréhension du sujet de rendez-vous								
Eléments de contexte								
Général								
Local								
Mise en œuvre du dialogue social								
Définition du dialogue social								
Indicateurs								
Obstacles								
Avec qui								
Pourquoi								
Où								
Comment								
D'un point de vue quantitatif								
D'un point de vue qualitatif								
Intérêt du dialogue social								
Pistes d'amélioration dans le dialogue social								
<i>Leviers</i>								
<i>Attentes</i>								
<i>Autres</i>								
<i>Perspectives / Projets</i>								
Mise en œuvre du dialogue social autour des RPS								
Définition de la santé mentale au travail								
Définition des risques psychosociaux								
Indicateurs								
Obstacles								
Avec qui								
Pourquoi								
Où								
Comment								
D'un point de vue quantitatif								
D'un point de vue qualitatif								
Intérêt du dialogue social autour des risques psychosociaux								
Pistes d'amélioration du dialogue social par rapport au RPS								
<i>Leviers</i>								
<i>Attentes</i>								
<i>Autres</i>								
<i>Perspectives / Projets</i>								

ANNEXE 3

Poppe Clothilde, « Les acteurs hospitaliers, véritables constituants du dialogue social à l'hôpital », Revue hospitalière de France, n°552, mai-juin 2013, p 12-14.

Le Conseil des ministres a adopté le 13 mars 2013 un projet de loi constitutionnelle visant à inscrire la démocratie sociale dans la constitution afin de renforcer la prise en compte du dialogue social dans la fonction publique.

Historique du dialogue social dans la FP :

- Préambule de la constitution de 1946 : droit syndical, droit de grève, droit à la participation.
- Loi du 13 juillet 1983 sur les droits et obligations des fonctionnaires : droit pour les organisations syndicales à la négociation salariale et droit à la participation à travers les instances de consultation.
- Loi du 31 janvier 2007 dite Larcher : négociation interprofessionnelle entre partenaires sociaux -> préalable à l'adoption de tout projet de loi touchant aux questions du travail, de l'emploi ou de la formation professionnelle.
- **Loi du 5 juillet 2010** relative à la rénovation du dialogue social dans la FP : champ de la négociation étendu, moyens syndicaux renforcés, principe majoritaire comme critère de validité des accords.

Dialogue social à l'hôpital = négociations entre les représentants des employeurs et des agents publics.

Instances de consultation au sein de l'hôpital : commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, commissions administratives paritaires, CHSCT, commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge...

Limites à la négociation :

- Les accords conclus entre les pouvoirs publics et les syndicats de fonctionnaire n'ont aucune valeur juridique.
- Coût de l'exercice du droit syndical (plusieurs dizaines de millions d'euros pour le droit syndical hospitalier).
- Culture française de la négociation (confrontation).

Conclusion

« En pratique, le dialogue social s'intègre petit à petit dans toutes les politiques sociales des établissements de santé ». Ex : discussion du bilan social avec les organisations syndicales.

De plus, la loi HPST du 21 juillet 2009 impose un échange au sein du pôle. C'est le chef de pôle qui est en charge de la régulation du dialogue social à l'échelon du pôle.

La prise en compte du dialogue social varie d'un établissement à l'autre, selon la volonté des acteurs décisionnels (directeurs d'établissement et chefs de pôle).

« Le dialogue social se limite encore trop souvent à une information, voire une consultation rendue impérative par les textes ».

ANNEXE 4

Extrait de l'entretien CFTC - Durée 1h52

C'est important de s'exprimer ?

Oui et là, on en meurt... Le sujet c'était les risques psychosociaux et en lien avec ça, je dirais qu'on est maltraitants. La direction est maltraitante avec les collègues. On leur a demandé un effort très important en fin d'année, avec des retours dans les unités de soins sur des jours de repos pour remplacer les collègues malades. Et maintenant, elles demandent à les récupérer et on leur dit non. C'est aussi de la maltraitance et c'est aussi quelque chose qui peut amener sur des risques psychosociaux.

On a beaucoup travaillé en intersyndicale. Beaucoup jusqu'en 2008.

Et en 2008 ?

C'est la loi de 2008 qui a tout cassé. Et là, c'est chacun pour sa chapelle.

Vous avez divergé sur quels points en particulier ?

C'est la loi pure et dure de la représentativité, des élections, chacun essayant de marquer son territoire de manière plus ou moins brutale. Maintenant les copains, on les appelle plus.

Ça revient avec ce que vous disiez tout à l'heure sur l'aspect financier, et sur le long terme et le court terme ? Oui, mais c'est dans l'immédiat que « moi, je veux récupérer mes jours de CET ».

Quel hôpital pour demain ? Quelles conditions de soins ? Dans une unité de soins, si on est 3 au lieu de 4 dans quelle chambre, je ne vais pas aller ? Qui n'aura pas son repas ? Qui n'aura pas ses soins ? Mais les soignants ne sont pas du tout dans cet optique-là de faire moins de choses puisqu'on est moins. Donc on va tout faire, y compris le ménage. Mais au bout du bout, en termes de risques psychosociaux, ce n'est pas bon. C'est une grande fatigue, ça dure plusieurs jours. C'est des gens qui dépriment parce que le travail bien fait, y'en n'a plus. C'est du travail à la chaîne. C'est les toilettes que j'enfile sans communication avec les personnes parce que je n'ai pas le temps. Il faut que je fasse vite parce qu'il y a les autres. Je ne suis plus avec la personne que je soigne, je suis à côté. On en arrive à des choses aberrantes. Il vaut mieux que je fasse plutôt que vous parce que je n'ai pas le temps. On le laisse plus à l'autre, le peu d'autonomie qu'il a. On ne l'encourage pas à l'autonomie, sauf pour lui dire « vous allez vous débrouiller tout seul aujourd'hui ». On ne peut pas être au four, au moulin et à sortir le pain.

Nous aimerions avoir votre définition des risques psychosociaux. Qu'est-ce que vous y mettez dedans ? A la fois de manière théorique, par rapport à votre travail syndical mais aussi concrètement.

C'est surtout la pression au travail. Elle a des répercussions très différentes selon les personnes mais ça peut aller de la maladie ordinaire à des choses beaucoup plus grave ; dépression, développement de cancer.

Concernant la pression au travail, j'ai un peu l'impression d'être revenue 100 ans en arrière. Les copains qui se sont battus dans les années 1800 pour essayer d'améliorer toute cette pression, ils arrivaient à marcher quand même à leur rythme. Là, j'ai vraiment l'impression d'une régression de l'adaptation du travail à l'homme. C'est l'homme qui doit s'adapter au travail comme au début du siècle dernier, plutôt que le contraire.

Vous évoquez le dialogue social en inter syndicale mais pour vous, qu'est-ce qui intervient dans le dialogue social ? Qu'est-ce que c'est pour vous au quotidien ?

Le dialogue social au quotidien doit permettre d'améliorer les conditions de travail des agents

Le problème c'est que sans l'intersyndicale, on a du mal à faire avancer les choses. On a eu beaucoup de réunions sur le projet social, j'avoue que je ne sais pas où en est le dossier, car nous ne sommes plus conviés. On n'en voit pas l'aboutissement. En monnaie sonnante et trébuchante, les collègues ne voient rien.

Vous avez commencé à travailler quand dessus ?

Il y a longtemps, mais là, ça fait 3 ans qu'on en entend plus parler.

Et comment vous pouvez le faire remonter ça ?

...(à propos d'un membre de la direction) La dernière fois que je l'ai vu pour parler des parkings, il m'a répondu : « vous vous rendez compte ? On me demande de faire fonctionner une automobile qui n'a plus de roues, plus de moteur et vous, vous me parlez de la longueur des poils de lapin qui pendent au rétroviseur ».

Si vous aviez des conseils à donner pour notre prise de fonction ?

Prendre soin des opérateurs sur le terrain. Si vous faîte un secteur différent toutes les semaines, vous verrez les difficultés : « on n'a pas de gants à usage unique » ; des petites choses qui perturbent la vie du quotidien. Charge à vous après de voir ce qu'on peut faire. Car aujourd'hui si ça remonte par les cadres, ce n'est pas forcément entendu. Quand j'entends : « le directeur des soins est venu dans l'unité, il vient nous surveiller », je réponds : il n'y vient pas assez souvent ! Peut-être que le contact direct permettra une reconnaissance implicite des collègues et un mieux-être, même si les conditions restent difficiles.

Pourquoi est-ce que les choses fonctionnent dans les petits structures et pas dans les grandes ? Parce que la distance est moins grande. Mais c'est sûr que le DRH qui passe dans le service et qui voit le contractuel avec qui il a signé une fin de contrat, il ne doit pas être à l'aise.

ANNEXE 5

Mardi 29 avril 2014 - 2 partenaires sociaux - 3 enquêteurs - durée : 2H05

Situation du dialogue social

Syndicat (1) : ...on parle des cas en CHSCT ou directement avec la direction, pas forcément en instance.

Nous avons l'impression de ne pas être entendus. C'est pour ça que le dialogue social est coupé en ce moment.

Syndicat (2) : je vais nuancer un peu le propos. Ce n'est pas tant que nous ne sommes pas entendus mais c'est plutôt que l'administration aujourd'hui n'a plus les pouvoirs. Il y a un tel management, pur et dur, qu'il y a des salariés en burn-out, des équipes fragilisées, divisées. Il y a une perte de la dimension collective car les conditions de travail sont si difficiles que les gens sont devenus individuels. Les gens sont prêts à se crêper le chignon dans certaines équipes.

Syndicat (1) : le point de départ de tout ça c'est le budget. Il est tellement restreint, on ferme des lits, on diminue le personnel et les gens dans les équipes sont à cran, c'est ce qui favorise l'explosion des risques psychosociaux. Nous, nous parlons des TOT : Troubles de l'Organisation du Travail. C'est interne à notre syndicat.

Concernant la santé mentale au travail

Syndicat (2) : un jour, un DRH nous a dit : « je veux recruter des gens qui soient sains »

Syndicat (1) : ...cela voulait dire « sains d'esprit ».

Syndicat (2) : comme j'ai 34 ans d'ancienneté, je lui ai répondu : quand je suis rentré, j'ai connu des gens qui étaient très sains, dont aujourd'hui je déplore l'état psychologique, à cause des conditions de travail. On a vu des gens qui avant avaient un mental, aimaient leur travail et aujourd'hui ils sont épuisés. Nous ne sommes pas des médecins pour le dire mais quand ça se voit qu'ils sont atteints psychologiquement.

A propos du dialogue social en instances

Syndicat (2) : concernant le dialogue social. Le mot « social » est vidé de son sens car on s'aperçoit sur le terrain qu'on n'est pas écouté, que seule compte la gestion. Dernièrement les instances CHSCT et CTE ont toutes été bloquées. Toutes les organisations syndicales ont quitté toutes les instances.

C'est notre syndicat qui a commencé à taper un coup de poing sur la table en novembre 2013 lors des discussions entre syndicats. On ne peut pas continuer avec une administration en instance, où tout ce qu'elle nous présente est hors réglementation. Par exemple, le travail en 12h qui se généralise, ici c'est du 12h30. C'est interdit.

Syndicat (1) : dans les réorganisations de services, dans les mutualisations, en instances on nous présente les plannings du personnel, où on se rend compte que les congés sont imposés, que certains ne peuvent pas avoir 2 jours de congés d'affilé, que des cycles de travail sont hors réglementation. On ne doit dépasser 12 semaines par cycle de travail et on voit des cycles de 18 ou 20. Sur l'organisation de la réanimation médicale, ils avaient donné un cycle en 19 semaines. Comme ils savent que nous sommes dans la réglementation, en instance, ils nous avaient présentés 2 plannings : un de 12 et un de 7. Mais nous savons

compter. De plus, nous avons vu qu'il y avait 3 périodes où les gens faisaient 60 heures de travail. Nous avons dit que c'était hors réglementation. Vous imaginez si quelqu'un se plante au bout de la 60ème heure de nuit. Nous ne pouvons pas cautionner ça. L'administration nous dit avoir corrigé ça et en CHSCT, je vois 6 périodes de 60h, donc là, ça a fait un tollé.

Syndicat (1) : pour les 12h30, c'était pour avoir un chevauchement entre l'équipe du matin et l'équipe du soir et qu'il fallait une demi-heure de transmissions. En sachant qu'il y a une coupure le midi, c'est pour cela qu'il y avait une amplitude de 12h30. Mais ils sont revenus là-dessus et ont remis des amplitudes à 12h.

Est-ce que le personnel est demandeur ?

Syndicat (1) : il a fallu qu'on protège les gens contre leurs propres bêtises. Le personnel était demandeur pour faire des semaines de 60h pour avoir 9 jours de repos consécutifs. On leur a dit que nous ne pouvons pas cautionner ça. On est hors réglementation.

Où en êtes-vous à ce jour ?

Syndicat (2) : les instances reprennent. En début de séance, on nous demande s'il y a des candidats pour le secrétariat et il n'y en a pas.

Est-ce une volonté intersyndicale ?

Syndicat (2) : oui et je ne me suis caché de le dire, nous en avons été l'instigateur. Nous en avons marre de voir les organisations syndicales gueuler d'un côté et d'un autre côté, aller dans les instances. Nous avons fait un trac pour expliquer que notre organisation quittait les instances, alors le personnel demandait pourquoi les autres ne suivaient pas. Nous nous sommes expliqués plusieurs fois entre syndicats mais ce n'était pas évident. Ce sont de bons collègues mais entre syndicat, nous ne sommes plus copain – copain. Il n'y a plus l'intersyndicale que les salariés souhaiteraient.

Syndicat (1) : nous sommes dans une année d'élections professionnelles, nous sommes un peu en compétition.

Qu'est-ce que cela signifie en matière de dialogue social ? Que chacun s'adresse directement à la direction ? Que chacun porte sa revendication.

Syndicat (1) : oui, nous prenons rendez-vous avec la direction sur des sujets qui nous tiennent à cœur soit avec le DRH, soit avec le DGA. Et nous ne sommes pas les seuls.

Est-ce que cela signifie qu'il n'y a plus de dialogue dans les instances ?

Syndicat (2) : pour moi qui suis titulaire au CTE, le CTE ne sert franchement à rien.

Etes-vous optimistes ou pessimistes pour l'avenir ?

Syndicat (1) : pour le dialogue social, on vit un peu au jour le jour.

Syndicat (2) : pour le dialogue social, moi je suis pessimiste, tant que les choses ne bougeront pas de là-haut.

Syndicat (1) : pour les risques psychosociaux, ça ne va pas aller en s'améliorant.

ANNEXE 6

Extrait de l'entretien avec la directrice des soins

Pouvez-vous nous en dire plus sur les RPS ? Comment en parle-t-on ici au CHU ?

C'est un dossier qui est piloté par la DRH, dans lequel on est évidemment investi à la fois dans les axes qui sont définis dans la communication, dans les instances, puisque c'est dans le cadre du dialogue social que sont évoqués les questions des risques psychosociaux en CHSCT, en CTE donc du coup par la même on peut être interpellés dans des situations. Notre établissement travaille aussi sur la sensibilisation et la formation des cadres à la prévention des risques psychosociaux. Plus concrètement aussi, nous intervenons dans les services de soins ou parce qu'on est interpellés dans des situations vécues dans des unités dont on a la responsabilité. C'est parfois de la gestion de conflits ou de tensions.

Alors pour vous justement, quelle serait la définition des RPS ?

J'ai envie de vous dire que quand je veux définir pour communiquer, je m'appuie sur des références. Là je n'ai pas préparé cet entretien, je n'ai pas envie de vous donner ma définition. Ce que je peux vous dire comme ça spontanément c'est qu'il est important de délimiter le sujet. S'entendre sur les termes c'est le premier point. Et puis ensuite on essaye de nommer ce qui est dans la représentation de nos interlocuteurs sous le terme risque psychosocial. Tout le monde en parle, pas forcément en bien mais tout le monde en parle. J'ai envie de vous dire ce n'est pas tabou. Par contre, notre préoccupation majeure est de recadrer le sujet parce que on dit tout et n'importe quoi dans les risques psychosociaux.

Donc il y a vraiment un dialogue social qui s'est construit autour de cette thématique ?

Oula, je n'ai pas dit ça. J'ai dit : c'est un sujet dont tout le monde parle. Mais sur ce sujet là il y a des moments forts dans les instances, c'est évoqué dans les situations de crise. Je vais vous donner des choses graves comme exemples : un suicide d'un professionnel. Une demande de CHSCT forcément, il y a une démarche d'enquête pratiquement maintenant d'engagée pour vérifier qu'effectivement le suicide n'a pas de lien avec le travail. Et si la direction n'en prend pas l'initiative c'est les syndicats qui vont le demander. Mais je vais vous dire, pour les RPS ou pour autre chose je ne suis pas sûre que dans le cadre du dialogue social on soit dans une démarche de partenariat. Pourquoi ? Parce que je dirais les organisations syndicales n'ont pas envie d'être dans un dialogue partenaire.

Est-ce que les RPS contribuent à fluidifier le dialogue social ou est-ce qu'ils sont instrumentalisés ?

De mon point de vue, c'est très instrumentalisé. C'est-à-dire qu'en fait, on apporte une réponse à chaud, dans le moment. Je ne suis pas sûre que ça nous permette d'agir, justement, sur le fond. Dans mon environnement, tout le monde sait qu'il faut en parler. Mais delà à faire évoluer les pratiques, responsabiliser tous les acteurs, il reste encore beaucoup de chemin à faire. Pour nous, je pense, qu'au niveau d'une équipe de direction, c'est acquis. Au niveau de mes cadres, je ne sais pas si c'est encore acquis. Ils ont besoin de

formation, de réflexion. Nous, on engage, à notre niveau, c'est bien modeste mais c'est quand même important, des outils comme les démarches de retour d'expérience. Quand il y a un moment vécu difficilement, on invite les cadres concernés à en parler à la communauté des cadres, quand ils ont pris suffisamment de recul pour pouvoir dépasser le stade de l'émotion.

On en est encore aux prémices là ?

Je crois. Je ne crois pas qu'on soit dans la maîtrise de ce risque aujourd'hui. Loin de là. Il faut sans doute démystifier d'une certaine manière, faire de la pédagogie sûrement, donc communiquer. Une fois que les différents acteurs seraient d'accord sur les termes, qu'on définisse un plan d'action. Je mesure qu'on n'est pas, au niveau collectif, dans la maîtrise du sujet. Si tant est qu'il y ait quelques acteurs individuels déjà en bonne maîtrise du sujet.

Vous ressentez une certaine résistance de la part de certains acteurs ?

Je pense que tout le monde n'est pas très à l'aise pour en parler. Si on regarde les organisations représentatives, elles sont sur un mode de communication très défensif ou accusateur. C'est l'organisation qui génère ça. Ils sont très influencés par ce qu'il se passe dans les médias en fait. Peut-être qu'ils sont instrumentalisés parce que c'est aujourd'hui un cheval de bataille. Quand je parlais de ces tendances...

Vous voyez une corrélation entre la dégradation des conditions de travail et la souffrance au travail ?

Oui. Je pense qu'il y a une capacité de ressourcement qui n'est plus la même. Le fait qu'on rationalise les organisations fait qu'effectivement, ces temps de latence qui étaient en fait des temps de ressourcement ne sont pas intégrés et donc si les professionnels n'ont plus la possibilité de se ressourcer à l'extérieur, s'ils ont en plus des problèmes en rentrant chez eux... C'est un engrenage.

ANNEXE 7

Entretien DGA (1h45 à 3)

Passé militant, depuis moins d'un an dans sa 1^{ère} grosse structure après 5 ans hors hospitalier.

« Pour moi le DS c'est le dialogue au sein de l'entité. Je ne réduis pas le DS au dialogue syndical ; c'est d'ailleurs parfois antinomique. Il y a un dialogue aussi avec l'ensemble des agents de l'établissement, l'ensemble c'est les catégories professionnelles. On ne dialogue pas de la même manière avec le corps médical, qu'avec le service technique. On tend à limiter le DS au dialogue syndical mais le dialogue syndical fait partie du DS. Le DS au sein des grosses structures hospitalières est en souffrance. Il n'y a pas de DS au sens où je l'entends : les échanges se réduisent uniquement à l'information descendante de la DG vers les services, pour faire passer des messages. Il y a des événements « social » qui sont incontournables, c'est-à-dire le DS avec l'encadrement. Il n'y a pas de circulation d'informations, en tout cas pas formalisée. La proximité n'est pas naturelle dans une structure telle que le CHU.

L'envie ou son absence fait partie du problème. [... C'est] un système de financement [... qui] a quant même cet inconvénient qui est de mettre le système sous pression en termes de compétitivité, qui ne génère pas des pratiques « humaines »...

Ca m'a frappé de voir à quel point les relations s'étaient durcies. CHSCT, CTE... Chacun arrive avec une posture et on ne s'écoute pas. (Il y a un) durcissement du dialogue syndical avec une radicalisation qui fait que tout système de relation de collaboration avec les syndicats est éliminé. [...] Mais sur le terrain on assiste encore à des discussions, avec une distinction « cas individuels », sur lequel le dialogue est réel, c'est le dialogue « off ». Dès que l'on est en instance, l'alignement se fait systématiquement sur la position la plus dure. (SUD et CGT représentent) ensemble environ 60%. [...] En fait à aucun moment la possibilité de propositions en interne, et derrière un socle, qui est la souffrance au travail.

La souffrance au travail est pour moi -je ne dis pas qu'elle n'existe pas-, un instrument porté par ces organisations, une sorte de fonds de commerce. Le travail génère de la souffrance.

Actuellement je pense que nous ne sommes pas en capacité de donner un sens autre que sur le plan financier. Ce que l'on constate, c'est qu'elle (la souffrance au travail) est de plus en plus psychologique. La moindre contrainte portée par un groupe, portée par un cadre, [...] et tout ce qui conduirait à réduire l'exercice d'une liberté individuelle au nom du groupe est considéré comme du harcèlement. En cela je dirais qu'on a une déviance. Derrière je pense que le seul moyen d'y parvenir, c'est la proximité ; et l'accompagnement prioritaire de proximité c'est le cadre. Les politiques d'évaluation sont de moins en moins centrées sur l'individu. [...] On a été condamné à une certaine forme d'inintelligence. Trop de procédures, c'est la certitude de l'inintelligence totale de la structure.

La définition que j'ai de la souffrance au travail ne rentre pas dans une case. La façon de gérer ce qui est intitulé de manière un peu ésotérique « souffrance au travail » ce gère dans la proximité, et je dirais à un moment donné que les indicateurs, c'est toujours l'absence. C'est effectivement le congé maladie pour..., etc..... C'est un indicateur clé.

Il n'y a pas d'autonomie du fonctionnement

La raison de la radicalisation est la même qu'en politique, face à l'incertitude. C'est une position nationale. [...] (Il faut) faire en sorte qu'on puisse avoir le maximum de gens qui votent aux élections professionnelles. Pour le dialogue syndical un sujet récurrent ce sont les cycles de travail. Du fait de la taille de la structure on est sur des positions beaucoup plus dures. (On a parfois même) le syndicat contre les agents. [...] J'ai essayé de reprendre un contact direct avec tous les syndicats hors instances. [De manière générale, à une exception près, je dirais que j'arrive à discuter avec les organisations syndicales. Deux heures de discussions avec SUD à coups de « souffrance, souffrance, souffrance, vous avez vu la souffrance que vous incarnez ». Le dialogue syndical est bloqué. Ils ne veulent pas discuter. J'essaie de glisser de l'absence de dialogue syndical vers un dialogue social. On est bouffé par le dialogue syndical. [...] Ce qui me frappe, c'est la perte de confiance réciproque entre les syndicats et la direction.]

Je vais vous dire que la grande illusion de l'intersyndicale c'est de la foutaise. Il faut savoir aussi qu'entre syndicats vous avez une position de terrorisme.

Il faut protéger le cadre.

L'hygiène c'est normé, la sécurité aussi, les conditions de travail c'est sans fin.

Dès lors je pense que la priorité à l'hôpital passe par la reconstruction d'un socle de valeurs partagées.

Là je dirais que c'est le point fort de l'établissement (le dialogue social avec les médecins).

ANNEXE 8

Elève : Pour vous, qu'est-ce que le dialogue social ?

CGT : Pour la CGT, le dialogue social représente tous les échanges que l'on peut avoir dans les établissements, à la fois de manière ouverte avec la direction et les partenaires sociaux mais aussi dans le cadre des instances. Certes, il n'y a pas que l'institutionnel. Au delà des instances, puisque l'on ne règle pas tout dans les instances, est ce qu'il est facile d'obtenir des rendez-vous avec la direction, les partenaires sociaux, les salariés ? En fait, il y a deux questions :

Est ce qu'il y a dialogue social ? Autrement dit, est ce que le dialogue social est possible ?

Dans l'affirmative, comment le dialogue social se passe-t-il ? Comment est-il organisé ?

Je n'aime pas trop le terme de « dialogue social » : cela veut tout et rien dire. On peut très bien afficher un très bon dialogue social au regard d'un certain nombre d'enquêtes et d'audits sous forme de questionnaires anonymes, etc ... Il va en ressortir que l'on a un excellent dialogue social mais c'est un mot tellement vaste et flou que cela ne signifie pas que nous avons un dialogue constructif. Sans utiliser ce terme de « dialogue social », ce qui nous importe c'est de pouvoir être partenaires sociaux dans les établissements avec un dialogue constructif dans lequel nous pourrions nous rencontrer de façon ouverte et de pouvoir, avec les salariés, puisque ce sont eux qui vivent leur travail au quotidien.

Elève : Selon vous, quels sont les indicateurs objectifs qui permettent de dire qu'il y a un dialogue social ?

CGT : Pour faire un diagnostic je commence par les instances. Néanmoins, il faut être méfiant : ce n'est pas parce que des instances fonctionnent correctement qu'il y a un excellent dialogue social. Si l'on a cela (un fonctionnement statutaire des instances), c'est qu'il y a déjà une volonté affichée de la direction de communiquer, de manière transparente, aux salariés. Après, le diagnostic passe par le contact que l'on peut avoir avec les organisations syndicales.

C'est aussi, dans des situations critiques ou particulières (accidents, conflits, ..), est-ce que le CHSCT extraordinaire qui a été demandé a pu être déclenché dans les délais ? C'est également les CR de réunions informelles, c'est à dire non statutaires : des choses qui ont pu être construites ensemble et voir les améliorations/changements qui ont pu advenir suite à ce type d'échange avec la direction. Est ce que les organisations syndicales disposent du temps qui leur est alloué ? Très souvent, les organisations syndicales ne peuvent pas bénéficier du temps parce qu'on ne détache pas les salariés. Si on ne laisse pas la place et le temps aux organisations syndicales de salariés, l'échange et le travail ne peuvent pas exister puisque cela se passe sur le temps de travail.

Elève : Est ce que vous distinguez dialogue social de dialogue syndical ? Et dans quelle mesure ?

CGT : Oui. Dans le dialogue social, il y a le dialogue syndical mais pas seulement. On doit aussi permettre, dans le dialogue social, l'expression des salariés sans que cela soit forcément l'expression des organisations syndicales même si, pour la CGT, les organisations syndicales doivent être facilitateur de ce dialogue des salariés.

Elève : Est ce que la santé mentale est un thème porté par la CGT ?

CGT : nous nous sommes rendus compte qu'il y a eu une transformation du travail qui s'est opérée au fur et à mesure des années au regard des contraintes financières, des cadences imposées ... Ce sont ces nouvelles organisations du travail, que l'on peut appeler dans le privé le « lead management », qui ont une répercussion de plus en plus importante sur la santé des salariés. En CHSCT, on insiste tout particulièrement sur les organisations du travail.

Elève : Existe-t-il d'autres leviers de dialogue que le CHSCT ?

CGT : Le CHSCT est une instance très importante mais, ce que la CGT recherche c'est que les salariés expriment eux même leurs difficultés et soient force de propositions. Certes, il y aura un dialogue en CHSCT, mais pas seulement : nous souhaitons amener les salariés à s'exprimer, notamment dans le cadre de la CHSCT (nous les invitons d'ailleurs à y participer).

Elève : Pensez-vous que la question de la santé mentale, notamment le cas des RPS, doit être traitée par le dialogue social ?

CGT : Oui mais pas seulement. Les RPS sont une atteinte à la santé psychique, avec des répercussions physiques.

Elève : Sur les questions de santé mentale, vous évoquez l'organisation du travail comme ayant des répercussions sur la santé mentale. Mais, est-ce que vous identifiez d'autres thématiques ayant des conséquences sur la santé mentale des salariés ?

CGT : Pour la CGT (qui a travaillé sur cette question avec des chercheurs et des sociologues du travail), l'organisation du travail comprend aussi le manque de reconnaissance, le quotidien du salarié de sa prise de poste à son départ...Et tout cela a un impact sur la santé psychique du salarié.

Elève : Il me semble que vous faites une distinction entre les RPS et la santé mentale, vous le distinguez ?

CGT : Oui, je pense que les RPS sont une partie de la santé mentale.

Elève : On a parlé des leviers d'amélioration pour qu'il y ait un syndicalisme effectif mais, selon vous, quels leviers d'action pour améliorer le dialogue social, en faire un dialogue constructif ?

CGT : Cela va au-delà des établissements. Des moyens doivent être donnés aux établissements, des moyens à la hauteur des nécessités de leur fonctionnement. Si nous sommes dans ces difficultés et que nous manquons de moyens, c'est parce que les directions des établissements sont toujours dans des situations de contrat de retour à l'équilibre, etc...

ANNEXE 9

Durée : 1h15

I : Les RPS, (...) c'est un sujet véritable sujet de fond (...) c'est aussi un sujet qui est exploité (...). Il a été récupéré par les OS comme outil de lutte qui vient polluer le débat dans la mesure où, actuellement, la façon de présenter le sujet de la part OS est la suivante : les conditions de travail se durcissent, on exige toujours davantage des travailleurs pour des raisons de productivité et cela conduit les individus au surmenage, au burn out et, éventuellement, au suicide ou, en tout cas, à la tentative de suicide. (...) aujourd'hui, l'argument des RPS est mis à toutes les sauces. Les RPS, c'est l'arme atomique qui est utilisée par les OS lorsqu'ils veulent combattre les modifications d'organisations, les restructurations qui tendent vers une optimisation des moyens.(...) Les OS utilisent très facilement cet argument car il fait peur : personne n'a envi d'être responsable de TS ou de suicides, déjà humainement mais aussi sur un plan pénal. (...)

E : (...) le fait que l'intérêt pour les RPS soit récent et que les OS s'en servent comme une arme, est-ce que c'est lié aux réorganisations qui seraient de plus en plus nombreuses ou est-ce qu'il y a un fond de vérité ?

I : En fait, c'est multifactoriel. A partir du moment où un sujet est médiatisé, on en parle davantage. (...) Ce qui est quand même vrai c'est que l'hôpital d'aujourd'hui ce n'est pas l'hôpital d'il y a 20 ans et que le rythme de travail s'est accentué. Effectivement, il y a aujourd'hui plus de productivité, on demande davantage aux individus. (...) C'est ce qu'on traduit sous le terme policé « d'optimisation » : faire autant avec les mêmes effectifs ou faire davantage avec moins d'effectifs. (...)

E : (...) par rapport au dialogue social, (...) comment cela se passe-t-il avec les syndicats ? Que mettez-vous dans le terme « dialogue social » ? Quel est votre travail en amont avec les syndicats ? Est ce qu'il existe ? Quelles sont vos relations ?

I : C'est compliqué parce que les syndicats ont différents positionnements. Quand ils sont en représentation officielle et collective, (...), les syndicats sont dans une position d'opposition. (...) Si l'on s'en tient à cela, on pourrait considérer que le dialogue n'existe pas, (...). Cela ne reflète pas la totalité des relations avec les syndicats. (...). Le dialogue social n'est pas réductible aux syndicats. Il faudrait (...) l'étendre à des relations directes avec le personnel et l'encadrement. (...).

E : Vous avez combien d'effectifs ?

I : Il y a 1500 personnels médicaux et 6500 personnels non médicaux. (...) En fait, les services (...) fonctionnent parfois de manière très autonomes, comme autant de petites planètes plus ou moins satellisées mais, parfois, à bonne distance quand même du pouvoir central. (...) La communication est compliquée et complexe (...) C'est pour cela qu'il faut se rapprocher du terrain mais c'est très compliqué à cause de l'effet volume. (...) J'ai en moyenne 30 CHSCT par an. (...)

E : Dans les CHSCT, avez-vous l'opportunité de traiter des RPS d'une manière plus large, c'est à dire détaché de problématiques spécifiques liées à un projet de restructuration, d'optimisation ... ? Dans le

cadre de la révision annuelle du DU, avez-vous l'occasion de faire une cartographie des RPS au niveau de l'établissement ?

I : Compte tenu du positionnement des OS, je ne traite pas des RPS avec eux. (...) Ceux avec qui j'en discute de façon plus efficace ça va être les médecins du travail (...). Il y a eu des formations sur les RPS (...) Un financement a d'ailleurs permis de financer des formations sur 2/3 ans (...) Elles étaient principalement destinées aux cadres mais les syndicats y ont également été conviés. (...). En ce qui concerne la connaissance de l'état d'esprit du personnel, j'ai un projet (...) un baromètre social. (...) Mon problème c'est que je voudrais changer l'approche des baromètres sociaux classiques qui sont trop autocentrés sur la structure. (...) Il faut élargir le champ de l'étude (...).

E : Le DU et à la cartographie des risques font-ils partis de vos outils de travail ?

I : (...) Le DU existe (...). Il a le mérite de recenser les risques, de les prioriser et, éventuellement, de dégager des plans d'action. (...) C'est un outil de travail utile mais ce n'est pas mon outil de travail. (...)

E : Selon vous, quels sont les leviers pour améliorer le dialogue social en matière de santé mentale ?

I : Nous avons 6 syndicats et il y a forcément une forte concurrence entre eux, ce qui joue beaucoup en instance. Les syndicats pensent, à tort ou à raison (sûrement à raison d'ailleurs), que pour peser électoralement, il faut qu'ils donnent aux électeurs, (...) le sentiment qu'ils sont pugnaces, voire agressifs vis à vis de la direction, qu'ils vont se battre. (...) En fait, on voit bien qu'ils sont dans une politique électorale et se comporte en permanence comme s'ils étaient en campagne (...)

E : (...) Dans le cadre des instances, y-a-t-il des marges d'amélioration du dialogue social ?

I : Pas dans le positionnement institutionnel à mon avis (...) Le DH d'aujourd'hui doit à la fois être extrêmement efficace au niveau financier et politiquement correct (...) La préoccupation du DH est donc de tenir son budget. Évidemment, ce n'est pas la priorité des syndicats. (...) A partir de là, il est difficile de trouver un terrain d'entente avec les OS. (...) Vous ne pouvez travailler avec les syndicats que sur des sujets ciblés, précis et qui ne mettent pas en cause les équilibres généraux. (...)

E : Ca veut dire que ça sert à rien ?

I : Non, ça ne sert pas à rien car, malgré tout, on discute, on se confronte. (...) En fait, le dialogue social est permanent (...) En fait, le dialogue social peut prendre une multitude de formes différentes (...).

E : C'est vous qui faites les OdJ des CHSCT ?

I : (...) Normalement, c'est élaboré en commun entre le secrétaire et le président mais tous les secrétaires ont démissionné le 31 décembre (...). Là, ils avaient atteint un point de blocage par la multitude des CHSCT et par la taille des OdJ (avec jusqu'à 40 questions à l'OdJ). (...)

ANNEXE 10

EXTRAITS ENTRETIEN CFDT

Présentations des partenaires sociaux : 3 personnes présentes

Pourquoi avez-vous choisi la CFDT ? Pour quel engagement syndical ?

S : C'est une question de cohérence avec mes propres valeurs, également dans les méthodes de défense, dans la construction positive, le discernement dans la défense, ne pas s'opposer à tout. Je ne suis pas révolutionnaire mais j'adhère au mouvement syndical.

E : Comment définissez-vous la notion de dialogue social ? Une différence entre dialogue social et dialogue syndical ?

S : C'est difficile car il y en a très peu avec la direction. Le dialogue social est fait pour faire avancer les dossiers. Le projet social est du dialogue social. Le dialogue syndical correspond mieux à des réclamations, des doléances, des propositions, l'échange avec telle ou telle direction. Un dialogue bilatéral. Le dialogue social devrait être plus collectif. Le dialogue syndical peut être à plusieurs, avec les adhérents, ou avec plusieurs autres organisations mais il y a beaucoup d'opposition de leur part. On se rend compte quand même que la direction a peu de solution à proposer. Toutefois, la direction veut promouvoir le dialogue social. On a l'impression que ça n'avance pas ou pas suffisamment vite.

E : Quel lien entre dialogue social et RPS ?

S : Les gens ont besoin d'être entendu. Il y a un lien entre les deux mais nous sommes moins touchés car nous allons dire lorsque ça pose problème, notamment sur la santé mentale. On exprime et on est informé de ce qui se passe. Mais nous ne sommes pas toujours informés des restructurations et des projets dans l'établissement. La diffusion de l'information dans un CHU est complexe et ce n'est pas une grande qualité de la fonction publique. Si on nous explique ce qui se passe, on comprend mieux les enjeux qui se trouvent derrière et on accepte mieux le changement. Si on est acteur du changement, les RPS diminuent. Le sentiment d'être acteur du changement est important, même si au bout, il n'y a pas une grande réussite. Au moins, on aura essayé de faire avancer les choses. Se créer un réseau permet de ne pas s'isoler et de ne pas être sujet au RPS (exemple : gèle de la note durant un congé maternité = soutien du syndicat pour négocier auprès de la direction, problématique d'avancée d'échelon avec une explication précise et compréhensive). Il manque des gens pour faire du lien, pour communiquer l'information et soutenir (exemple : quand on est à 80% on ne peut prétendre demander tous les mercredis en repos). C'est parfois difficile pour nous de dire au personnel qu'il exagère : au niveau du collectif, l'équité est mise à mal. Pareillement, nous ne sommes pas favorables au 12 heures de travail et, pour autant, nous accompagnons les personnels dans la mise en œuvre puisque c'est une de leur volonté et motivation. On a un devoir de prévention de la santé des agents car il faut aussi leur démontrer que les études scientifiques démontrent que ces horaires sont néfastes au long court pour la santé. Alors, on prend des décisions en conseil syndical, ce n'est pas populaire mais c'est concerté (exemple : ne pas déranger les personnels sur leur ½ heure de repas, les personnels prennent donc leur pause en fins de service ou après des transmissions, il y a même des gens qui ne prennent pas cette ½ heure). C'est

en faisant du terrain, que l'on fait des adhérents.

E : Les freins et les leviers à la qualité du dialogue social ?

S : certains syndicats ont une manière de construire leur dossier d'une autre façon que la nôtre : nous ne disons pas qu'ils ne sont pas constructifs. Le gros problème est une direction qui s'engage à mettre en place des actions et qu'elle ne le fait pas. On se demande si le dialogue a été pertinent ou si notre message est bien passé. On nous répond parfois qu'on avait mal compris la démarche stratégique. Se moque-t-on de nous ? Nous sommes nouvelles et jeunes, nous ne sommes pas très politiques. C'est un frein au dialogue social car les domaines budgétaires, de politiques de santé nous échappent. Nous apprenons sur le tas et nous n'avons pas eu de formation (exemple : le compte financier de l'hôpital). Nous aimerions savoir lire un budget ou un bilan social ou les rapports de la médecine du travail (formation). On a droit à 5 jours de formation au CHSCT par mandat. On ne sait même pas comment fonctionne un CHSCT. Chaque syndicat a son organisme de formation et il n'y a pas de solidarité pédagogique entre les OS. Les anciennes syndiquées nous expliquent mais ça en reste là. Le syndicalisme, c'est un autre métier. Nous n'avons pas de personnes ressources sur l'hôpital pour nous apprendre et ceux qui pourrait hésitent parce qu'ils ne veulent pas avoir une étiquette syndicale sur le front. C'est très dur pour nous car nous n'avons pas la culture financière derrière nous. Budget, recettes, dépenses sont des domaines qui nous sont inconnus. En RH, on arrive à trouver les informations.

E : facteurs d'amélioration pour le dialogue social ?

S : La formation des partenaires sociaux (un budget de 1000 euros, ce qui est peu), pour être formé au secrétariat d'une section syndicale, je consommait tout le budget, donc je n'ai pas fait. Il faudrait que la direction descende sur terrain davantage. La direction n'a pas la volonté de cacher quoi que ce soit car on a accès aux chiffres, mais on ne sait pas les lire. C'est un peu comme les politiques qui sont dans leurs bulles et qui ne savent pas ce qui se passe sur le terrain. C'est un peu pareil à l'hôpital. Le problème se pose pour les détachements à temps partiel que l'on ne peut pas valider pour raison de continuité de service, la direction ne peut pas les remplacer (absentéisme des services impactant sur l'activité syndicale). Nous sommes très peu pour diffuser des tracts pour un aussi grand CHU. La direction se déplace dans les services uniquement lorsqu'il y a dépôt d'un droit d'alerte.

E : Pensez-vous que le dialogue social serait amélioré si les personnels mettaient un visage sur la direction ?

S : je pense que non. Mais il est vrai que cela fait du bien de voir le directeur arriver quand ça ne va pas. Cela permet à l'équipe de s'exprimer. Lors de conflits, voir arriver le directeur, ça remet les choses en place. C'est une marque de considération. Sur le CHU, on est à 7 ou 8 suicides / an, pas forcément lié au travail, mais qui peut contribuer au malaise personnel. On ne lit pas de la même manière un arbre des causes que la direction. On a réussi à faire un travail constructif avec la direction, depuis 2 ans, sur la problématique suicide, avec un dossier mais impossible de diffuser (enquête dans la cadre d'un CHSCT). Nous n'étions pas toujours d'accord mais la direction nous a laissé produire notre document. Elle nous a aiguillées sur certains

points (document transmis à l'inspecteur du travail). Ce qui est décourageant, ce sont les sujets soumis au CHSCT qui n'avancent pas et pour lesquels on n'obtient pas satisfaction. Nous ne voulons pas que les instances telles que le CHSCT deviennent les espaces déguisés du dialogue social.

ANNEXE 11

Extrait de l'entretien avec la psychologue du personnel

Pouvez-vous nous parler des risques psychosociaux dans un CHU comme celui-ci ?

Ma manière à moi d'aborder ce que vous nommez risques psychosociaux, que moi j'appellerais souffrance au travail, c'est vraiment de l'aborder sous l'angle du : on part des conditions du travail et on va vers la personne. Le risque ou l'écueil dans les entreprises ou les institutions c'est toujours d'aller individualiser et de dire « là c'est M. Untel qui est fragile ou qui ne va pas bien ». Moi je ne rencontre pas de gens fragiles.

Comment définiriez-vous le risque psychosocial, la santé mentale au travail ?

C'est à un moment ce qui va se désintriquer entre une organisation du travail, une réalité extérieure avec des manières de faire que l'on va imposer et qui vont se désarticuler des professionnels qui sont sur le terrain et qui savent faire leur travail. C'est vraiment l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. C'est-à-dire que si on ne va regarder que le travail prescrit, on passe à côté de tout. Ce qui est essentiel, c'est de bien regarder ce qui se joue du côté des collectifs et de l'organisation du travail, ce que ça génère pour les individus. Il me semble essentiel de bien faire le chemin dans ce sens là et pas dans l'autre sens.

Concrètement, quelles sont les actions mises en place ?

On réfléchit aux indicateurs. Il n'y a pas que l'absentéisme (arrêt, accident du travail). Il y a le présentéisme, il faut aller regarder tous les gens qui tiennent et comment ils tiennent. Il y a aussi tout ceux qui se radicalisent. C'est les situations de maltraitance. Elles ne tiennent pas à des personnes qui sont maltraitantes en tant que telles. Moi je vais regarder aussi les procédures disciplinaires. Et la difficulté, si on fait l'économie de regarder ce qui s'est passé du côté du travail c'est qu'on va individualiser. Je vais toujours interroger plusieurs choses : le contenu du travail, la relation au travail, la relation à l'encadrement, la relation aux collègues. Je vais travailler sur toutes ces dimensions pour voir où ça s'est dégradé.

Est-ce que les cadres sont aussi soumis à ces RPS ?

Je pense que c'est actuellement et depuis un certain nombre d'années très difficile pour les cadres. Je pense qu'ils sont dans les postures les plus délicates parce qu'ils sont un peu pivot, entre les équipes et les injonctions institutionnelles fortes qui peuvent être complètement désarticulées de l'intérêt de leurs équipes. Ça, les organisations syndicales ont du mal à l'entendre. Je suis particulièrement inquiète pour cette catégorie professionnelle.

Est-ce que vous pensez que le thème des RPS peut être instrumentalisé par certains ?

Oui. Les RPS, la souffrance au travail, c'est un vrai marché. Il y a des tas de cabinets de consultants qui abordent les choses... Il y a du coaching, tout existe.

Concernant le dialogue social, est-ce que vous pensez qu'il peut être un outil pour les RPS ? Comment il s'organise autour de cette thématique ?

Je pense que c'est essentiel. Comment autour d'une table collectivement, les directions, l'encadrement, les organisations syndicales et puis les interlocuteurs que sont les médecins du travail, le psychologue, l'ergonome ; comment on maille tout ça ?

Selon vous, il fonctionne relativement bien ce dialogue social ? Il est abouti ?

C'est en construction perpétuelle. Le risque c'est qu'on reste dans un face à face direction/organisations syndicales qui n'est pas très productif. Ma manière d'aborder la question du dialogue social, c'est de se dire qu'il faut qu'on accepte le postulat qu'on ne regarde pas les choses de la même façon. Alors, les directions n'ont pas toutes les solutions, n'ont pas tant que ça de marges de manœuvre. Les organisations syndicales, je pense, perçoivent beaucoup de choses, ont des propositions à faire intéressantes.

Est-ce que, parfois, dans le cas d'un suicide, on n'est pas dans une situation qui relève plus de l'affrontement que véritablement du dialogue pour essayer de trouver des solutions ?

Je pense qu'il faut vraiment sortir de l'écueil : le suicide est en lien avec le travail/le suicide est en lien avec la vie personnelle. Et au-delà, il y a la question de ceux qui restent, les collègues, l'équipe. Ça peut avoir vraiment des effets dramatiques au niveau psychique sur les collègues que de venir dire « c'est de la faute du travail », parce qu'un suicide ça fait exploser la culpabilité au niveau individuel et collectif. Il y a des directeurs ou des cadres qui disent « c'est son choix, ça appartient à chacun de faire le choix de se suicider ».

Est-ce qu'il n'y a pas aussi une vision plus individuelle du travail de la part des agents ?

C'est parce qu'on a cassé, réduit, supprimé les collectifs de travail, que les gens individualisent leur rapport au travail. On individualise les statuts et les contrats. On génère donc de la mise en concurrence. Evidemment qu'on n'est pas solidaire entre nous. C'est de la responsabilité des dirigeants et de l'encadrement.

Quelles sont les perspectives ?

J'aurais tendance à être un petit peu inquiète et à ne pas être très optimiste sur la direction où l'on va actuellement. Si à un moment donné on ne se met pas autour d'une table et qu'on ne se dit pas « qu'est-ce qu'on en fait de tout ça ? », ça va être assez inquiétant. Je pense qu'il faudrait qu'on se saisisse d'espaces autres que le CHSCT uniquement par exemple. Il est essentiel, il est précieux, c'est un espace nécessaire mais on pourrait peut-être en imaginer un autre.

DIALOGUE SOCIAL AUTOUR DES QUESTIONS DE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL : LE CAS DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

- Harold ASTRE (DH)
- Houaria BEGHERSA (D3S)
- Violette CASSAR (D3S)
- Thierry COLLIN (DS)
- Louise De KERCKHOVE (AAH)
- Sandrine DELTOMBE (DS)
- Chloé FABRE (DH)
- Sophie JEANJEAN (IASS)
- Nadia POTTIER (D3S)
- Graziella ROSE (AAH)

Résumé :

Quels sont les mécanismes de construction du dialogue social autour de la question de la santé mentale au travail au sein d'un CHU ? A partir d'une monographie menée dans un grand CHU de province, cette étude propose de s'interroger sur la nature du dialogue social et la façon dont il est mis en œuvre en s'appuyant sur une série d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de responsables syndicaux, de représentants de la direction et de certains personnels concernés (coordinateur général des soins et psychologue du personnel).

Les composantes du travail (organisationnelles, relationnelles...) sont à la fois des facteurs de risques psychosociaux et des sujets récurrents du dialogue social. Ainsi traiter du dialogue social sous le prisme des RPS peut nous éclairer sur la manière dont il fonctionne au sein d'un CHU. L'exploration de la thématique des RPS fait apparaître la dimension conflictuelle du dialogue social et permet d'en décrire les mécanismes. Entre logiques de légitimation et de dénonciation, le dialogue social recouvre des réalités hétérogènes et cette étude invite à penser l'étendue du champ du dialogue social. En analysant les représentations et les prises de position des agents hospitaliers, un panorama du CHU a été réalisé, ouvrant vers des leviers d'inflexion organisationnels et méthodologiques pour permettre une meilleure compréhension de ces thématiques à l'hôpital.

Mots clés : dialogue social, santé mentale au travail, risques psychosociaux, établissement public de santé, acteurs institutionnels.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs