



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Novembre 2018**

L'impact des risques psycho-sociaux sur le parcours du fonctionnaire hospitalier

La place de la prévention des RPS dans la GRH en milieu hospitalier

MAUPETIT Yannick

Remerciements

Je tiens à associer à la production de ce mémoire professionnel l'ensemble des personnels du Centre hospitalier de Vierzon, notamment les personnels non-médicaux avec qui j'ai pu m'entretenir au cours de mes recherches.

J'aimerais remercier plus personnellement M. Foucard, directeur du centre, pour son accueil et sa volonté de me permettre une immersion la plus complète possible durant ce stage.

Je souhaite remercier particulièrement :

M. Potoczek, directeur des ressources humaines et maître de stage, pour ses conseils avisés et son éclairage constant sur les différents enjeux qui animent les établissements publics de santé aujourd'hui.

L'équipe de la direction des ressources humaines pour son accueil, le degré d'intégration qu'ils m'ont permis d'atteindre, leur professionnalisme et leur bonne humeur.

Mme Roche, cadre supérieur de santé faisant fonction de directrice des soins, pour nos échanges toujours enrichissants et sa volonté de transmettre son expérience.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 1 |
| 1 La prévention des risques psycho-sociaux : un enjeu majeur dans la gestion des ressources humaines en milieu hospitalier | 5 |
| 1.1 Approche théorique des RPS et leurs liens avec les TMS | 5 |
| 1.1.1 Les enjeux liés aux RPS : une approche systémique | 5 |
| 1.1.2 Une articulation logique parfois diffuse entre risque, trouble et manifestation | 9 |
| 1.2 L'émergence d'un modèle adapté à la fonction publique hospitalière dans la prévention des RPS | 10 |
| 1.2.1 Des outils de prévention intégrés à une logique globale | 10 |
| 1.2.2 Une démarche impliquant tous les acteurs hospitaliers | 12 |
| 2 État des lieux de l'effort de prévention des RPS au CH de Vierzon : une action largement centrée autour de la prévention tertiaire | 15 |
| 2.1 État des lieux en matière de prévention des RPS au CH de Vierzon..... | 15 |
| 2.1.1 Les lacunes du CHV en matière de prévention des RPS..... | 16 |
| 2.1.2 Un phénomène traité de manière « ad hoc », définissant une méthodologie d'investigation autour d'entretiens semi-dirigés et de l'observation des pratiques | 17 |
| 2.2 Analyse de l'approche de la prévention des RPS au CH de Vierzon : des actions curatives | 18 |
| 2.2.1 Une gestion a posteriori des personnels touchés par des troubles psycho-sociaux..... | 18 |
| 2.2.2 Des procédures d'évolution de carrière ne tenant que peu compte des contingences individuelles et socio-économiques de l'agent..... | 19 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3 | Des préconisations à mettre en place dans le développement des préventions primaire et secondaire | 25 |
| 3.1 | Au plan institutionnel, développer une réflexion globale et spécifique autour des RPS et des moyens de les prévenir | 25 |
| 3.1.1 | L'analyse des différents facteurs de risques..... | 25 |
| 3.1.2 | L'identification de leurs manifestations | 29 |
| 3.1.3 | L'action sur leurs conséquences pour l'agent et le service | 29 |
| 3.2 | Au plan individuel, être en mesure de détecter les fragilités des agents et leurs facteurs individuels propres | 30 |
| 3.2.1 | L'évaluation individuelle, moment d'échanges propice à la détection des facteurs individuels de risque..... | 30 |
| 3.2.2 | Etre en mesure d'identifier les causes du mal-être afin de mobiliser les différents acteurs..... | 30 |
| | Conclusion..... | 33 |
| | Bibliographie..... | 35 |
| | Liste des annexes | 37 |

Liste des sigles utilisés

- **TMS** : troubles musculo-squelettiques
- **CHV** : Centre hospitalier de Vierzon
- **RPS** : risques psycho-sociaux
- **TPT** : temps partiel thérapeutique
- **CHSCT** : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- **CMD** : comité départemental médical
- **CAP** : commission administrative paritaire
- **CCP** : commission consultative paritaire
- **SSPI** : salle de surveillance post-opérationnelle
- **USCMC** : unité de soins continus médico-chirurgicaux
- **SMUR** : service médical d'urgence et de réanimation
- **UHTCD** : unité d'hospitalisation de très courte durée
- **USLD** : unité de soins de longue durée
- **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **QVT** : qualité de vie au travail
- **DUERP** : document unique d'évaluation des risques professionnels
- **Registre SST** : registre de santé et de sécurité au travail
- **PT** : plein traitement
- **PAPRIPACT** : programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
- **CMO** : congé maladie ordinaire
- **CLM** : congé longue maladie
- **CAT** : congé pour accident du travail
- **CMP** : congé pour maladie professionnelle
- **AAH** : attaché d'administration hospitalière

Introduction

La question de la prévention des RPS constitue une problématique importante dans la fonction publique hospitalière et dans la gestion des ressources humaines. En effet, le développement et la prise en compte accrue des problèmes de santé liés aux risques psycho-sociaux et plus particulièrement dans leur manifestation la plus récurrente, celle des troubles musculo-squelettiques, ont pour conséquence de directement poser la question de la pénibilité du travail en milieu hospitalier, spécifiquement pour les personnels non-médicaux.

L'établissement dans lequel j'ai effectué le stage long nécessaire à la validation de la formation d'AAH est très concerné par les conséquences des RPS. J'ai ainsi pu en prendre conscience lors de la première partie du stage, dite d'observation et d'immersion, durant laquelle j'ai eu l'occasion d'échanger avec les personnels qui souffrent ou ont peur de souffrir de l'exposition aux RPS. J'ai ainsi pu profiter de cette occasion pour analyser plus en détail cette problématique d'actualité, très présente dans la fonction publique hospitalière, en en consacrant ce mémoire professionnel.

Les professionnels de santé sont de fait largement exposés au RPS. L'AAH en poste dans la gestion des ressources humaines doit prendre en compte cette problématique, centrale en ce qui concerne les conditions de travail des agents et le fonctionnement global de la structure de santé. En effet, les RPS peuvent avoir des conséquences directes par leur manifestation sous la forme de troubles. En ce qui concerne le cadre du présent mémoire professionnel, les RPS entraîne un stress chez les agents, qui a tendance à dégénérer en troubles musculo-squelettiques. Les postures répétées, les rythmes de travail, les conditions de ce dernier constituent autant de catalyseurs dans l'apparition des TMS.

L'attaché aux ressources humaines ne doit ainsi pas perdre de vue cette réalité, quotidienne dans l'exercice des agents dont il a la responsabilité. Le positionnement professionnel de l'AAH dans cette optique prend surtout la forme d'une veille ; en restant attentif aux signaux, en se faisant le relais des cadres de santé, des actions concrètes de prévention et de curation peuvent être efficacement mises en œuvre afin de parer aux conséquences néfastes des RPS et de leurs manifestations. Plus globalement, cet effort

s'inscrit dans une démarche de qualité de vie au travail, dont l'observatoire vient d'être mis en place par Mme Agnès Buzyn, ministre de la santé¹.

Les RPS ont été étudiés et théorisés dans les années 1980/1990. Ils ont pris une plus grande ampleur dans les années 2000 avec l'augmentation de la pression au travail (exigences de productivité, multiplication des « dead-lines », réductions des moyens, restructurations...). Ils touchent toutes les branches du travail salarié, qu'il soit effectué dans les secteurs public ou privé, ou encore à titre indépendant. Les RPS sont des risques professionnels, liés à l'environnement de travail au sens large ; tous les éléments environnant l'agent et qui influent sur lui peuvent se traduire par des accidents ou des maladies.

Les RPS répondent à une définition complexe. Selon le rapport Gollac², ils peuvent être définis au moyen de trois critères cumulatifs :

- un risque : exposition aux dangers du travail et dommages potentiellement engendrés par cette exposition
- de nature psychosociale : les risques se concrétisent par des troubles psychologiques et le danger est issu de l'interaction entre le psychisme et la situation sociale
- dans un cadre de travail : entendu comme un travail rémunéré dans un cadre strict (comprend également le travail dissimulé, inscrit dans un cadre strict bien qu'illégal)

Les TMS sont des pathologies aux origines diverses et souvent multifactorielles. Ils sont à l'origine de plus du tiers des indemnisations du régime général au titre des maladies professionnelles.

Classiquement, RPS et TMS ont tendance à être opposés ; depuis quelques années, ils sont traités de manière complémentaire, les seconds étant une manifestation des premiers. Ils comptent de nombreuses caractéristiques communes : multi-factorialité, complexité, résolution par une approche globale et interdisciplinaire, ensemble de risques

¹ Cette instance d'étude et de dialogue a été lancée le 2 juillet 2018 et regroupe des spécialistes.

Elle vise à répondre aux besoins du terrain à-travers trois missions principales :

- développer les connaissances utiles à la mise en place d'une démarche QVT
- conduire des recommandations opérationnelles
- impliquer largement les différents acteurs dans cette démarche, afin de mutualiser les connaissances au sein d'une production de référence et de qualité

² Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psycho-sociaux au travail, dit « Rapport Gollac », *Mesurer les facteurs psychosociaux des risques au travail pour les maîtriser*, 8 mai 2011

(individuels et environnementaux),... La principale différence entre les deux réside dans le fait que les TMS sont objectivables et mesurables. Les RPS restent basés sur le ressenti des personnes et demeurent plus subjectifs.

Un risque est donc psychosocial par son origine et non par ses conséquences. Les RPS sont, selon ce même rapport, définis comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »³. Ils sont issus de six dimensions, constituant autant de facteurs de RPS :

- se sentir débordé par son travail
- être contraint de maîtriser ses émotions en permanence
- manquer d'autonomie dans son travail
- subir des rapports sociaux de mauvaise qualité dans le cadre de son travail
- travailler dans des conditions que l'on désapprouve
- travailler dans un contexte d'insécurité socio-économique

La circulaire du 20 novembre 2014, relative à la mise en œuvre de l'accord-cadre du 22 octobre 2013, impose la prise en compte des risques psycho-sociaux dans les établissements publics de santé. Ils constituent un enjeu important, en ce qu'ils sont à l'origine d'un nombre important d'arrêts de travail, aboutissant dans certains cas à une réduction temporaire ou définitive de l'aptitude de l'agent à assurer l'exercice normal de ses fonctions.

Face à ces nouveaux défis, le levier de la prévention est celui le plus à même de répondre à l'apparition, au développement et à l'aggravation des manifestations liées aux RPS. Ces trois moments d'action correspondent à trois types de prévention définis et identifiés : les préventions primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire consiste à éliminer ou réduire les facteurs des RPS et est mise en place par l'organisation (implication de la direction, rôle du CHSCT, consultation des agents, procédures de traitement...); la prévention secondaire modère les effets des facteurs de risque psychosociaux, comme la gestion du stress. Elle intervient en complément de la prévention primaire pour en pallier l'échec ou l'insuffisance (formation et information, identification de personnes ressources...); la prévention tertiaire a pour but de restaurer l'état de santé des travailleurs. Cette dernière est souvent substituée aux

³ *Ibid*, p. 31

deux premières, n'entraînant pas véritablement la mise en place d'une prévention efficace. Ce mémoire se propose donc de répondre à la question problématique suivante :

Quels sont les enjeux de la prévention des RPS à l'heure actuelle en milieu hospitalier et comment instaurer une prévention efficace dans les établissements de santé ?

Des interrogations viennent baliser le cheminement logique qui découle de cette interrogation centrale :

- Tout d'abord, comment sont actuellement pris en compte les RPS dans l'exercice professionnel des agents hospitaliers ?
- Ensuite, quelle est la place respective donnée aux risques, aux troubles et à leurs manifestations dans la prévention des RPS en milieu hospitalier ?
- De fait, quelles sont les limites à la prévention telle qu'envisagée actuellement ?
- Enfin, quelles pistes d'amélioration peuvent être suivies dans le cadre de la mise en place d'une prévention efficace des RPS ?

Ainsi, il est nécessaire de s'interroger sur la nature des RPS (partie 1), leur définition et l'articulation entre facteur de risque, risque, trouble et manifestation, pour définir un schéma global d'articulation et d'action. Les liens qu'ils entretiennent avec les constats réalisés sur le terrain de stage sont parfois difficiles à saisir (partie 2), mais constituent une réalité pesante pour les personnels concernés. Enfin, des préconisations quant à l'amélioration des dispositifs de prévention, tant en ce qui concerne le terrain d'étude que les établissements de santé en général, pourront être formulées (partie 3)

1 La prévention des risques psycho-sociaux : un enjeu majeur dans la gestion des ressources humaines en milieu hospitalier

L'appréhension des RPS et l'articulation qui les unie avec les TMS est importante à saisir pour comprendre les constats effectués sur le lieu de stage. Cela nécessite une approche théorique (1.1), afin de pouvoir déterminer un modèle opérationnel adapté aux réalités de la fonction publique hospitalière (1.2).

1.1 Approche théorique des RPS et leurs liens avec les TMS

Les constats effectués sur le terrain de stage relèvent une grosse problématique autour des troubles musculo-squelettiques. En me renseignant sur les causes, j'ai pu mettre en avant un lien certain avec les RPS, dont il apparaît nécessaire d'éclaircir la notion en étudiant les enjeux posés (1.1.1) avant de pouvoir en appréhender un cheminement logique dans la succession cause-conséquence (1.1.2). Le but est de pouvoir modéliser un schéma de prévention efficace pour la fonction publique hospitalière.

1.1.1 Les enjeux liés aux RPS : une approche systémique

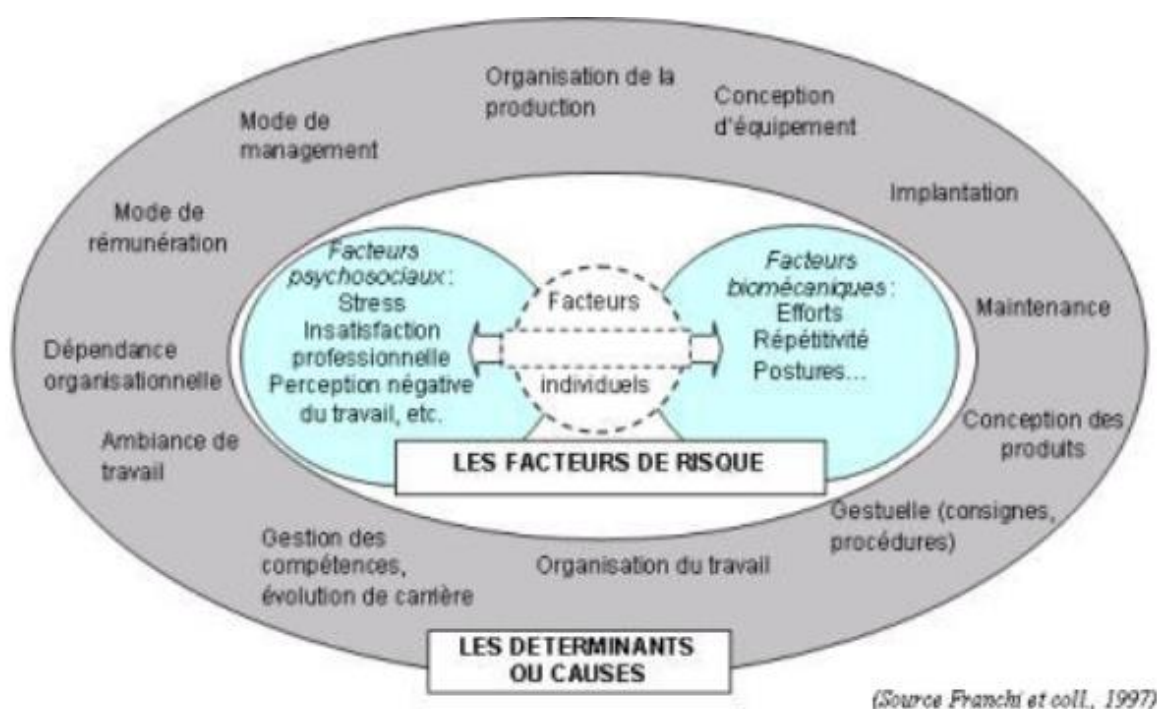
Les RPS se définissent comme un risque (la probabilité qu'un événement ait des conséquences négatives sévères) dont les causes sont psychosociales. Ils touchent de très nombreuses disciplines et sont apparentés par certains chercheurs à des risques épidémiologiques importants. Ainsi, les RPS concernent l'épidémiologie, l'ergonomie, la gestion, l'économie, la psychologie, la médecine du travail, la sociologie et le droit, de manière principale.

De fait, il est important de comprendre qu'un risque est psychosocial par son origine et non par sa manifestation. Les RPS peuvent donc se concrétiser par des pathologies physiques tout en ayant des causes psychologiques et réciproquement.

Les déterminants individuels jouent également pour beaucoup dans l'apparition de RPS chez un individu. Les caractéristiques individuelles des personnes jouent sur la probabilité d'être touché et l'intensité des dommages qui sont alors induits. Ainsi, la même organisation professionnelle peut avoir des conséquences différentes sur deux individus distincts. C'est notamment le cas lorsque l'on se penche sur les caractéristiques socio-économiques des individus ; quelqu'un ayant subi des troubles psycho-sociaux par le passé (récurrence), l'influence positive ou négative des ressources extra-professionnelles (soutien ou difficultés familiales par exemple) ou ayant une appréciation

différente des situations de travail en fonction de sa trajectoire sociale peut être plus facilement victime de RPS. Un deuxième pan important de cette analyse individuelle porte sur les caractéristiques individuelles psychologiques qui varient en fonction de l'état de santé général, de l'état de stress de la personne, etc...

Approche systémique des facteurs individuels et organisationnels liés au développement des TMS et RPS⁴



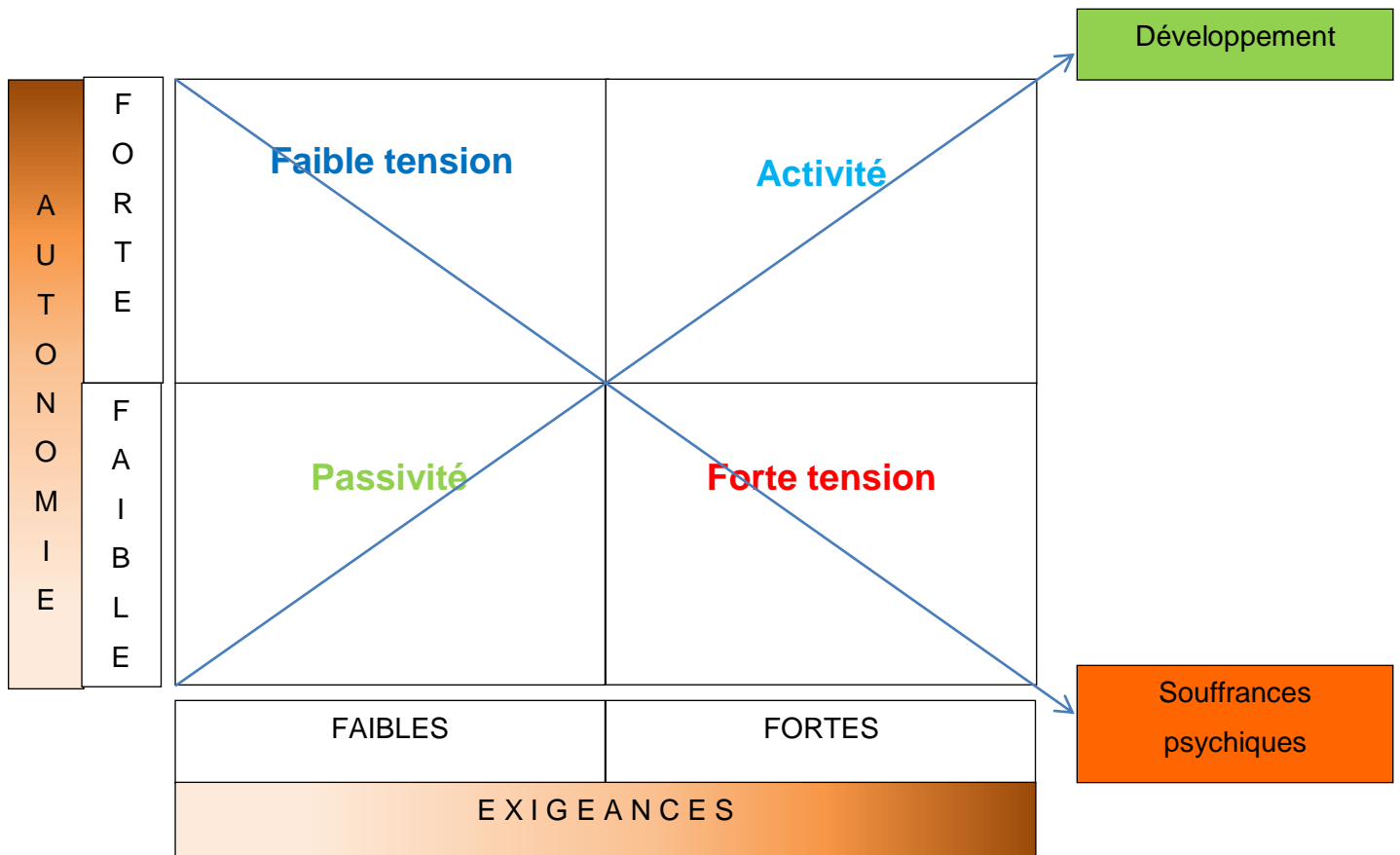
Les outils de mesure de l'exposition aux RPS prennent la forme de questionnaires ; en effet, la part de subjectivité est très importante dans le développement des RPS. Le rapport Gollac⁵ est intéressant en ce qu'il se propose de trouver une manière d'objectiver les facteurs de risques psychosociaux afin de les mesurer. Les outils de questionnaires constituent autant de pistes de réflexion. Les principaux sont constitués des :

- Job content questionnaire et de soutien social (Karasek et Theorell)

⁴ Cet aspect systémique est central dans la compréhension des RPS et de leurs enjeux. Agir sur un aspect donné dans la prévention des RPS peut ainsi avoir des conséquences néfastes sur un autre aspect. Il s'agit donc de mener une réflexion globale et poussée autour d'une chaîne de causes-conséquences connectées rationnellement (cf. infra)

⁵ cf. supra

Modèle du stress de Karasek et Theorell (1990)



Ce modèle évalue trois dimensions :

- la demande psychologique qui pèse sur l'agent
- sa latitude décisionnelle
- le soutien social au travail (émotionnel et outils mis à disposition par ses collègues et sa hiérarchie)

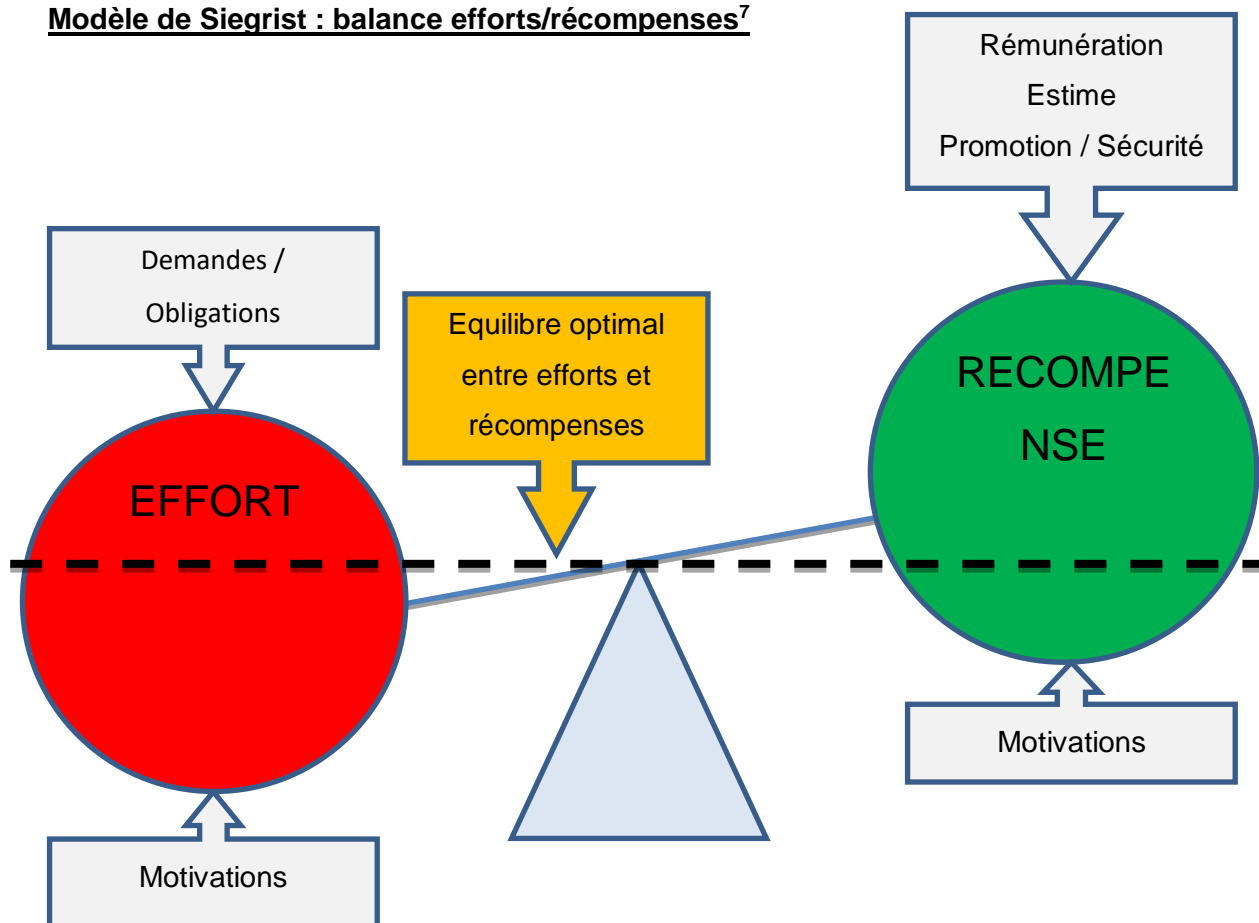
Le questionnaire de Karasek permet de vérifier ces trois dimensions, en complément de questions portant sur la reconnaissance au travail (issues des travaux de Siegrist) ; cette association permet de constituer un questionnaire orienté sur le bien-être au travail.

- Le modèle effort-récompense (Siegrist)⁶

⁶ Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A, *Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle de déséquilibre effort/récompense*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2000.

En ce qui concerne le questionnaire lui-même : Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R, *The measurement of effort-reward imbalance at work : European comparisons*, social science and medicine, 2004

Modèle de Siegrist : balance efforts/récompenses⁷



Le modèle de Siegrist décrit une situation potentiellement pathologique lorsqu'elle se caractérise par les éléments suivants : efforts élevés et faible récompense. Ces conséquences prennent la forme de maladies et de déséquilibres émotionnels. Le questionnaire de Siegrist évalue trois dimensions psychosociales :

- les efforts extrinsèques (contraintes liées au travail)
- les récompenses (salaires, promotions, sécurité)
- les efforts intrinsèques (surinvestissement dans le travail)

⁷ Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclercq A, « Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle de déséquilibre efforts/récompenses », Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2000

En ce qui concerne le questionnaire en lui-même : Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R, « The measurement of effort-reward imbalance at work : European comparisons, Social science and Medicine, 2004

- Le modèle de justice organisationnelle (Adams)
- Le COPSQ⁸
- Le WOCCQ⁹

Ainsi, fort de ces données et des outils adéquats pour mesurer les RPS, il est nécessaire de maintenant analyser l'articulation entre risque, trouble, manifestations et conséquences pour être en mesure de déterminer un modèle global de prévention des RPS en milieu hospitalier.

1.1.2 Une articulation logique parfois diffuse entre risque, trouble et manifestation

Il s'agit dans cette sous-partie de mettre en exergue la suite d'événements néfastes qui viennent toucher l'agent et le service dans lequel il évolue afin d'être en mesure de déterminer à quel niveau les actions de prévention peuvent être menées le plus efficacement. Les TMS et les RPS partagent des liens très étroits, notamment dans leur aspect multifactoriel.

Le risque décrit un état latent, renforcé ou atténué par des caractéristiques individuelles ou d'ordre socio-économique. De fait, les six facteurs de risques psychosociaux (se sentir débordé par son travail, être contraint de maîtriser ses émotions en permanence, manquer d'autonomie dans son travail, subir des rapports sociaux de mauvaise qualité dans le cadre de son travail, travailler dans des conditions que l'on désapprouve ou dans un contexte d'insécurité socio-économique) jouent comme les déclencheurs d'un risque. Celui-ci est le produit d'un ou plusieurs facteurs.

Le risque ainsi identifié se traduit par une situation dommageable qui peut à son tour dégénérer en trouble. On parle alors de trouble psycho-social, qui s'intériorise au sein du mental de l'agent ; ces troubles prennent la forme de situations de harcèlement, de stress, d'un mal-être,... Dans le cadre du CHV, ces troubles relèvent majoritairement de l'individu. Ainsi, les situations de stress et de mal-être sont les plus souvent rencontrées.

Ensuite, ces situation troublées peuvent avoir des conséquences sur la santé de l'agent et de fait sur l'organisation des services de santé dans lequel il évolue. Ces manifestations de troubles psycho-sociaux sont très destructrices et les situations individuelles complexes sont particulièrement difficiles à solutionner.

⁸ *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. Ce questionnaire évalue les facteurs de risques psychosociaux au travail

⁹ Le WOCCQ, acronyme pour *Working conditions and control questionnaire*, est un outil d'audit des risques collectifs d'exposition aux RPS

Cependant, cette articulation logique permet de mettre au point un schéma global d'identification des différentes étapes et l'enchaînement facteurs-risques-troubles-manifestations. Ce schéma permet la mise en avant des moments propices à la formalisation d'actions rationnelles de prévention.

1.2 L'émergence d'un modèle adapté à la fonction publique hospitalière dans la prévention des RPS

La mise en commun de toutes les données théoriques sur les RPS a pour objet de déterminer un modèle cohérent sur lequel pouvoir greffer des dispositifs efficaces de prévention. Surtout, il s'agit d'identifier les étapes et les outils pour supporter une prévention efficiente. Ainsi, après avoir examiné une logique de prévention des risques (1.2.1), il est nécessaire d'intégrer ces éléments dans un schéma global reprenant les moments opportuns pour mettre en place les trois préventions et les outils pour les supporter au mieux (1.2.2).

1.2.1 Des outils de prévention intégrés à une logique globale

Trois grandes formes de prévention doivent être considérées dans la mise en place d'un plan effectif de prévention des RPS : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. Ces trois formes sont complémentaires et doivent être prises de manière complémentaire au sein d'un système cohérent. De fait, au-delà d'agir à différents moments du développement du processus d'apparition des troubles liés aux RPS, elles viennent en complément les unes des autres. Ainsi, même la prévention tertiaire a un rôle à jouer ; malgré sa finalité curative, elle alimente, dans un mouvement de feed-back, les deux autres préventions en assurant un retour d'expérience via le DUERP.

La prévention primaire vise à réduire voire éliminer les facteurs de risque psycho-sociaux. Elle détermine l'existence et le degré de ces facteurs au sein de l'organisation considérée, qui met elle-même en place ce volet de prévention. Elle se traduit par :

- l'implication de la direction dans la prévention des RPS
- la formation des managers
- le rôle central du CHSCT dans la prévention primaire
- la consultation des agents
- l'existence d'un plan de prévention
- l'évaluation des risques par des dispositifs
- la mise en place de procédures de traitement
- la négociation des conditions de travail

La prévention secondaire a pour objectif de modérer les effets des facteurs de risque identifiés au préalable, telle que la gestion du stress chez les agents qui y sont les plus exposés. Elle intervient en complément ou pour pallier l'échec de la prévention primaire. Elle se concrétise par :

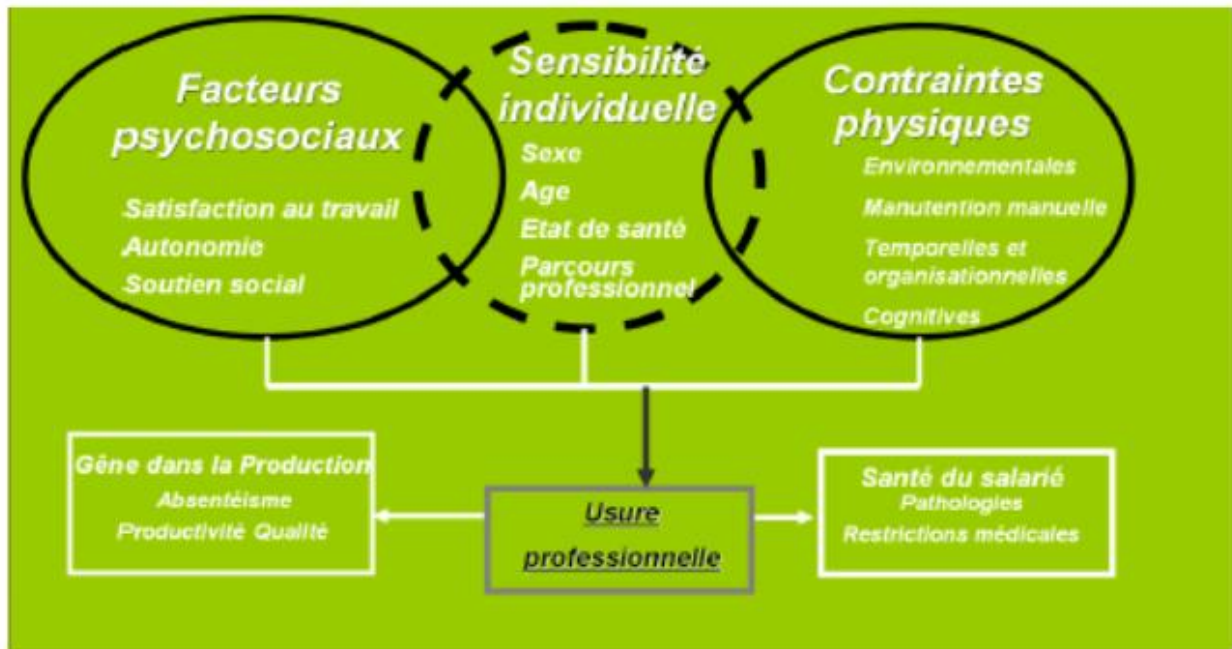
- des procédures de traitement du harcèlement, de la violence ou du stress
- une formation et information des agents sur les RPS et leurs manifestations
- l'identification de personnes ressources en la matière
- une aide confidentielle

La prévention tertiaire a pour but d'atténuer les conséquences de l'apparition de troubles d'origine psycho-sociale. Il s'agit de restaurer l'état de santé des travailleurs, principalement par le repérage des agents en difficulté psycho-sociale afin de leur proposer une aide adaptée.

La prévention tertiaire est souvent substituée aux deux autres dans les organisations, qu'elles soient issues du secteur public ou privé. Or, il s'agit souvent de prendre des mesures correctives, liées à un état de faits individuels. Là où une action structurelle devrait se mettre en place autour des préventions primaires et secondaires, c'est souvent une action conjoncturelle qui est mise en place par les organisations, faute d'un plan de prévention des RPS articulé autour des trois préventions complémentaires.

Au cours de l'étude menée au CHV, cette situation ressort en partie ; la plupart des agents présentant des troubles en lien avec des RPS sont reclassés dans des postes correspondant à leur aptitude, au détriment de toute véritable prévention notamment primaire ; bien qu'existante, cette prévention doit être rendue plus efficiente. Elle prend en effet pour le moment la forme d'un plan de prévention et d'information aux agents, mais des leviers opérationnels plus palpables pour les agents doivent être trouvés afin qu'ils puissent d'eux-mêmes pouvoir identifier les situations à risques.

Prévention conjointe des TMS et des RPS¹⁰



Ce schéma met en exergue l'aspect multifactoriel des RPS et leurs liens ténus avec les RPS ; cependant, le présent mémoire prend comme angle d'approche une relation de cause à effet entre ces deux éléments, dans un souci d'opérationnaliser les recommandations qu'il formule.

1.2.2 Une démarche impliquant tous les acteurs hospitaliers

Le schéma faisant le lien entre l'étude théorique de ce mémoire et sa partie axée sur les constats permet de constituer la matrice de réflexion, la grille de lecture du terrain d'étude constitué. De fait, ce schéma permet d'articuler les éléments développés ci-dessus :

- l'articulation facteur-risque-trouble-manifestations¹¹
- les trois types de prévention¹²
- les outils qui supportent la mise en œuvre des trois types de prévention
- les risques et les manifestations collectives et individuelles qui en découlent

¹⁰ Document d'O. L'hospital, ergonomiste au CHU de Bordeaux, diapositive dans le cadre d'une présentation, 2013

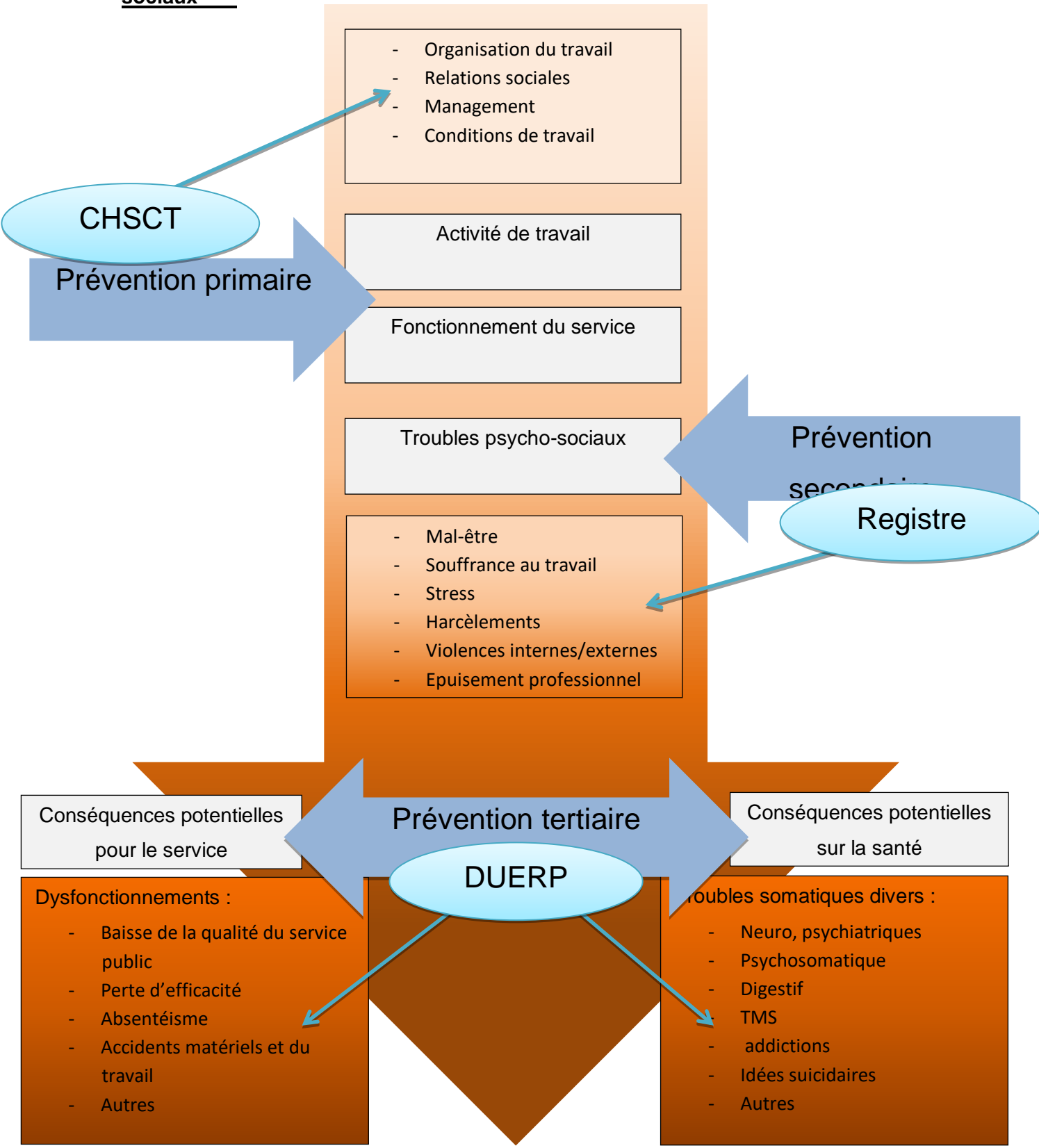
¹¹ cf. supra 1.1.2

¹² cf. supra 1.2.1

Les outils qui supportent les trois types de prévention sont ceux que j'ai identifiés comme les plus à même d'en assurer l'efficacité et le suivi. En effet, le CHSCT est une institution identifiée et à laquelle les personnels des établissements de santé sont habitués. Son rôle en matière de prévention des RPS n'en est néanmoins qu'à ses balbutiements en ce qui concerne le CHV. Le registre SST (santé et sécurité au travail) permet aux agents d'inscrire toute information qu'il juge importante concernant ses conditions de travail. Le DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) rassemble tous les risques professionnels auxquels sont exposés les agents, y compris les RPS et donne lieu à un programme de prévention chaque année.

Le schéma suivant constitue la pierre angulaire du mémoire. Elle sert de grille de lecture aux constats qui sont effectués dans la deuxième partie du devoir et de guide dans la formulation des différentes préconisations dans la troisième partie du mémoire.

Enchaînement des causes-conséquences et prévention des risques psycho-sociaux ^{13 14}



¹³ Données issues de « La prévention des RPS dans la fonction publique », les essentiels, DGAFP, 2014

¹⁴ MURPHY L.R., 1988, « Workplace interventions for stress reduction and prevention », in C.L. Cooper et R. Payne (dir.), *Causes, coping and consequences of stress at work*, New York, Wiley.

2 État des lieux de l'effort de prévention des RPS au CH de Vierzon : une action largement centrée autour de la prévention tertiaire

Le schéma global d'organisation de prévention des RPS¹⁵, issu de mes réflexions théoriques et des recherches scientifiques, doit être mis en relation avec les constats effectués sur le terrain de stage. Ainsi, un état des lieux en matière de prévention des RPS au CHV est nécessaire à mener (2.1) pour en tirer les lacunes en matière de prévention (2.2).

2.1 État des lieux en matière de prévention des RPS au CH de Vierzon

Le centre hospitalier de Vierzon¹⁶ est un hôpital de proximité implanté sur deux sites : le site « Léo Mérigot » et le site de « La Noue ». Le site Léo Mérigot propose des soins en :

- médecine (trois services M1, M2 et M3) : soixante-quatorze lits et deux places
- chirurgie (bloc opératoire, chirurgie complète et ambulatoire) : dix-sept lits et quinze places
- gynécologie-obstétrique : quinze lits et trois places
- pédiatrie : dix lits et une place
- anesthésie (SSPI et USMC) : six lits
- urgences : (SMUR, urgences et UHTCD) : quatre lits

Le site de « La Noue » accueille des personnes âgées dépendantes (USLD et EHPAD) pour une capacité totale de deux-cent-trente-neuf lits. Ce site est aussi un centre de rééducation, de réadaptation gériatrique, de gérontologie psychiatrique et de soins de suite polyvalents (quatre-vingt-douze lits et dix-sept places).

Le site de formation IFSI/IFAS (institut de formation en soins infirmiers et d'aide-soignant), accolé au site Mérigot, accueille cent-trente-cinq étudiants infirmiers de première, deuxième et troisième année, ainsi que quarante étudiants aides-soignants.

L'objet de cette sous-partie est de comprendre les constats effectués sur le terrain de stage et les dispositifs de prévention des RPS au centre hospitalier de Vierzon (2.1.1) ; cet aspect est complété par une analyse du type de prévention mis en place (2.1.1) définissant ainsi une méthode de recueil des données.

¹⁵ cf. schéma supra, *Enchaînement des causes et des conséquences et prévention des RPS*

¹⁶ Site internet du CHV, www.ch-vierzon.fr

2.1.1 Les lacunes du CHV en matière de prévention des RPS

Le centre hospitalier de Vierzon présente une prévalence importante en ce qui concerne les troubles liés aux RPS. En effet, quarante-neuf agents occupent des postes par suite d'un reclassement ; la plupart d'entre eux occupaient des postes d'aides-soignants et d'infirmier(e)s diplômés d'État. L'effectif total des agents se monte à sept-cent-soixante-dix personnels non-médicaux.

Au cours de mes observations et surtout lors des entretiens, formalisés ou non, que j'ai pu avoir les personnels du CHV, j'ai pu prendre la mesure de l'ampleur de ces troubles. Au début, il a été complexe de déterminer troubles, facteurs et manifestations, la plupart des personnes faisant l'amalgame entre TMS et RPS. Un gros travail d'analyse et de confrontation entre éléments théoriques et pratiques a ainsi été nécessaire.

Le CHV est doté des institutions nécessaires à la mise en place d'une prévention efficace des RPS. Cependant, celle-ci se fait difficilement ; les raisons résident principalement dans le contexte de l'établissement, difficile tant sur le plan de la démographie médicale que de la nécessité d'inclure une restructuration dans son offre de soins.

Cependant, le CHV a entamé une transition dans le mouvement de prévention des RPS, notamment en mettant en place une importante campagne de diffusion d'informations concernant les RPS. Cette dernière a eu lieu autour des troubles musculo-squelettiques et constitue de fait une action de prévention secondaire ; c'est d'ailleurs toute la difficulté pour les établissements de santé de mettre en place un plan complet de prévention, car celui-ci nécessite par nature de remonter très loin et de mettre en balance tous les aspects et fondements de l'organisation de l'institution considérée. Le CHSCT du CHV est impliqué dans la mise en place d'un plan de prévention des RPS, dispose d'un DUERP et registre SST ; c'est pourquoi ces outils ont été mis en avant dans le schéma de prévention global des RPS.

L'incertitude autour du devenir du CHV et de son évolution future monopolise les attentions de tout le personnel et est naturellement une priorité ; le plan de prévention fait partie de cette évolution et l'accent doit en effet être mis sur celui-ci afin d'anticiper les éventuels risques liés au facteur d'incertitude socio-économique. Au cours des entretiens que j'ai mené, cette incertitude transparait dans les réponses qui m'ont été données, notamment au cours des échanges plus informels ayant lieu en amont et en aval de l'entretien en lui-même.

Ces lacunes se traduisent dans la prise en charge des agents soumis à des troubles psycho-sociaux ; la prévention tertiaire prend alors tout son poids et cherche des solutions au profil de ces agents en difficulté, au sein d'instances formées ad hoc.

2.1.2 Un phénomène traité de manière « ad hoc », définissant une méthodologie d'investigation autour d'entretiens semi-dirigés et de l'observation des pratiques

Au cours de mes observations, j'ai pu constater un grand nombre d'arrêts maladie ayant pour raison les TMS. Le CHV, dans le cadre du traitement de ces cas, s'oriente vers des actions curatives en lien avec la médecine du travail. Le but est alors de restaurer tout ou partie de l'aptitude physique de l'agent, qui peut alors bénéficier d'un temps partiel thérapeutique, d'un poste aménagé ou encore des différents types de congés (maladie ordinaire, longue durée, longue maladie) pour recouvrer ses aptitudes.

Il n'y a pas de formalisation d'une commission officielle de reclassement au CHV. La plupart des propositions se font en interne entre les directions fonctionnelles, dans le respect de la réglementation et de ce qui a été décidé avec les syndicats. Il s'agit de mettre en place des TPT, de suivre leur déroulement, de proposer des postes aménagés qui conviennent aux agents en restriction médicale¹⁷. C'est également l'occasion d'anticiper les services susceptibles d'abriter des agents potentiellement sujets aux RPS ; c'est notamment le cas du service des archives au CHV, dont les agents présentent des caractéristiques individuelles favorables au développement de troubles d'ordre psycho-sociaux.

Le CHV est confronté à un problème de taille ; les agents en restrictions de poste pour lesquels l'aménagement ou le reclassement est difficile, voire impossible, sont de plus en plus difficiles à affecter à d'autres postes à cause du nombre d'effectifs ouverts dans les postes traditionnellement ouverts au reclassement. Ainsi, les services du standard, les personnels formés et reclassés en AMA se heurtent à des tableaux d'effectifs complets. Le reclassement dans un poste similaire à celui d'origine de l'agent est de plus en plus compliqué au CHV.

Afin de déterminer les aspects dans leur globalité de la gestion des RPS au CHV, une méthodologie d'investigation basée sur l'observation et des entretiens semi-directifs semble la plus appropriée pour cerner le degré de subjectivité dans le développement et les manifestations des RPS auprès du personnel du CHV. J'ai choisi, en collaboration avec l'adjointe des cadres en charge du reclassement des agents, un panel d'agents représentatif, issus des grades d'infirmier, d'aide-soignant, d'agent des services

¹⁷ Cf. compte-rendu de réunion en annexe 3

hospitalier et administratif pour mener ces entretiens, au nombre total de six. J'ai également eu l'occasion de m'entretenir avec le médecin du travail du centre hospitalier de Vierzon¹⁸.

La grille met l'accent sur la procédure qu'ont suivie les agents lors de leur changement d'affectation. La plupart ont bénéficié d'un mi-temps thérapeutique, avant de voir leur exercice soumis à des restrictions ou à des adaptations de poste. Au sein du service de la DRH, un agent, ancienne IDE, a pu bénéficier de ce dispositif et est maintenant en charge de la gestion du temps de travail, suite à de graves problèmes de dos dus à l'occupation de son ancien poste. Le poste qu'elle occupe actuellement est adapté à l'exercice de ses fonctions, sous la forme d'un siège de bureau adapté à sa pathologie.

Néanmoins, la prise en charge de ces troubles au CHV relève d'actions curatives ; il apparaît en effet très difficile en pratique de mettre en place un dispositif global de prévention des RPS à l'échelle d'un établissement sans en avoir identifié tous les ressorts, poste par poste, grâce aux différentes fiches de poste ; l'importance du DUERP et du PAPRIACT reste centrale dans cette optique.

2.2 Analyse de l'approche de la prévention des RPS au CH de Vierzon : des actions curatives

Ces actions relèvent de la prévention tertiaire, à objectif curatif. Il ne s'agit pas d'une prévention à proprement parler, puisqu'elle intervient après l'apparition des troubles et des manifestations des pathologies liées aux RPS.

La gestion des personnels en souffrance se fait par conséquent a posteriori au CHV (2.1.1), par la mise en place de dispositifs réglementaires d'évolution du parcours de l'agent ne tenant que peu compte de ses contingences psychiques (2.2.2).

2.2.1 Une gestion a posteriori des personnels touchés par des troubles psychosociaux

Cette gestion a lieu en aval de l'apparition des manifestations des RPS. Les cadres de santé font mention de la fragilité de certains agents dont les caractéristiques individuelles présentent des risques, lorsque celles-ci sont confrontées à un environnement de travail exigeant. Cela débouche parfois sur des situations usantes, tant pour l'agent que pour assurer le fonctionnement normal du service ; de fait, la multiplication des arrêts de travail, l'appel en dernière minute à des collègues amenés à remplacer au pied levé les

¹⁸ cf. grille des entretiens semi-directifs en annexe au mémoire

agents absents peut conduire à des frustrations, à la détérioration des conditions de travail, augmentant ainsi le risque de développement d'autres facteurs de risque psycho-sociaux.

La propension des RPS à se recouper et leur caractère protéiforme constitue un obstacle de plus à l'application d'une prévention tertiaire. Des cercles vicieux peuvent en effet se mettre en place, les facteurs de risque évoluant dans un système où une action sur un facteur particulier peut avoir des conséquences néfastes sur un autre. Il convient de proposer des solutions globales à un système de liens cohérents. Il ne s'agit pas d'agir sur un risque psycho-social déterminé, mais sur les facteurs de risque psycho-sociaux en général pour rendre une démarche de prévention efficace et cohérente. Cette démarche doit donc susciter l'adhésion de tous les acteurs du milieu hospitalier et suppose de fait une information accrue des différents participants.

Les procédures prévues par les textes réglementaires sont quant à elles destinées à assurer la continuité de la carrière de l'agent dans le respect de ses facultés physiques. Ce sont celles que le CHV met en place pour ses agents.

2.2.2 Des procédures d'évolution de carrière ne tenant que peu compte des contingences individuelles et socio-économiques de l'agent

Les procédures de reclassement et les aménagements de poste et de temps de travail peuvent être apparentées à de la prévention tertiaire des RPS, quand les troubles ayant nécessité une prise en charge sont d'origine psycho-sociale.

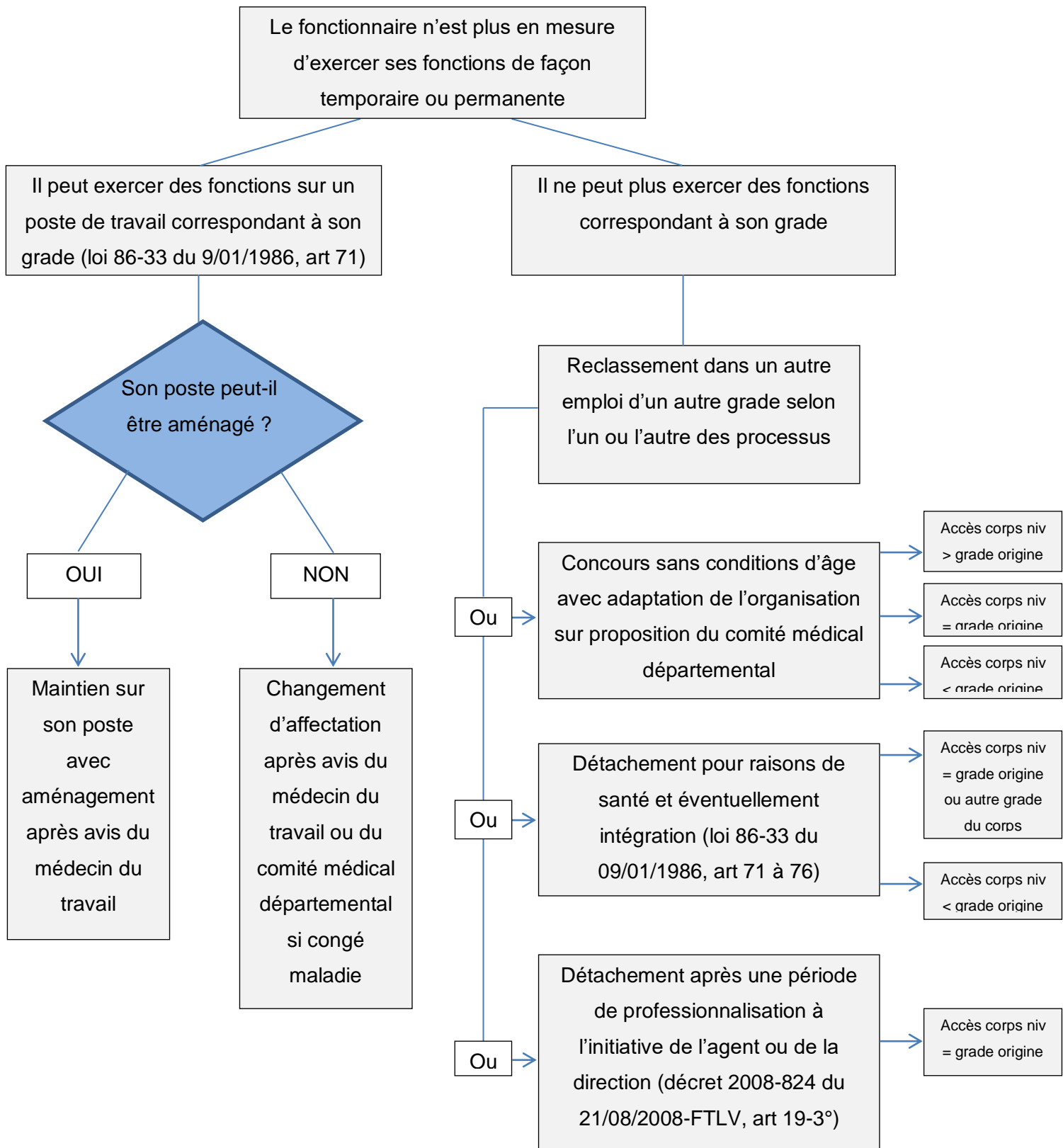
Là encore, une difficulté surgit en ce que beaucoup de pathologies des agents peuvent s'apparenter à des risques psycho-sociaux, les maladies professionnelles sont objectivement issues du cadre de travail, certaines maladies liées au stress, à des mouvements répétés, etc...

Elles ne tiennent compte dans les faits que de l'aptitude physique et psychique de l'agent, mais ne sont pas orientées vers une prévention des facteurs de risques psycho-sociaux, en ce qu'elles renforcent la récurrence des troubles en constituant le passé d'exposition aux RPS de l'agent. Or, cette récurrence induit une fragilité de la personne vis-à-vis d'une future potentielle exposition.

Les logigrammes suivants décrivent :

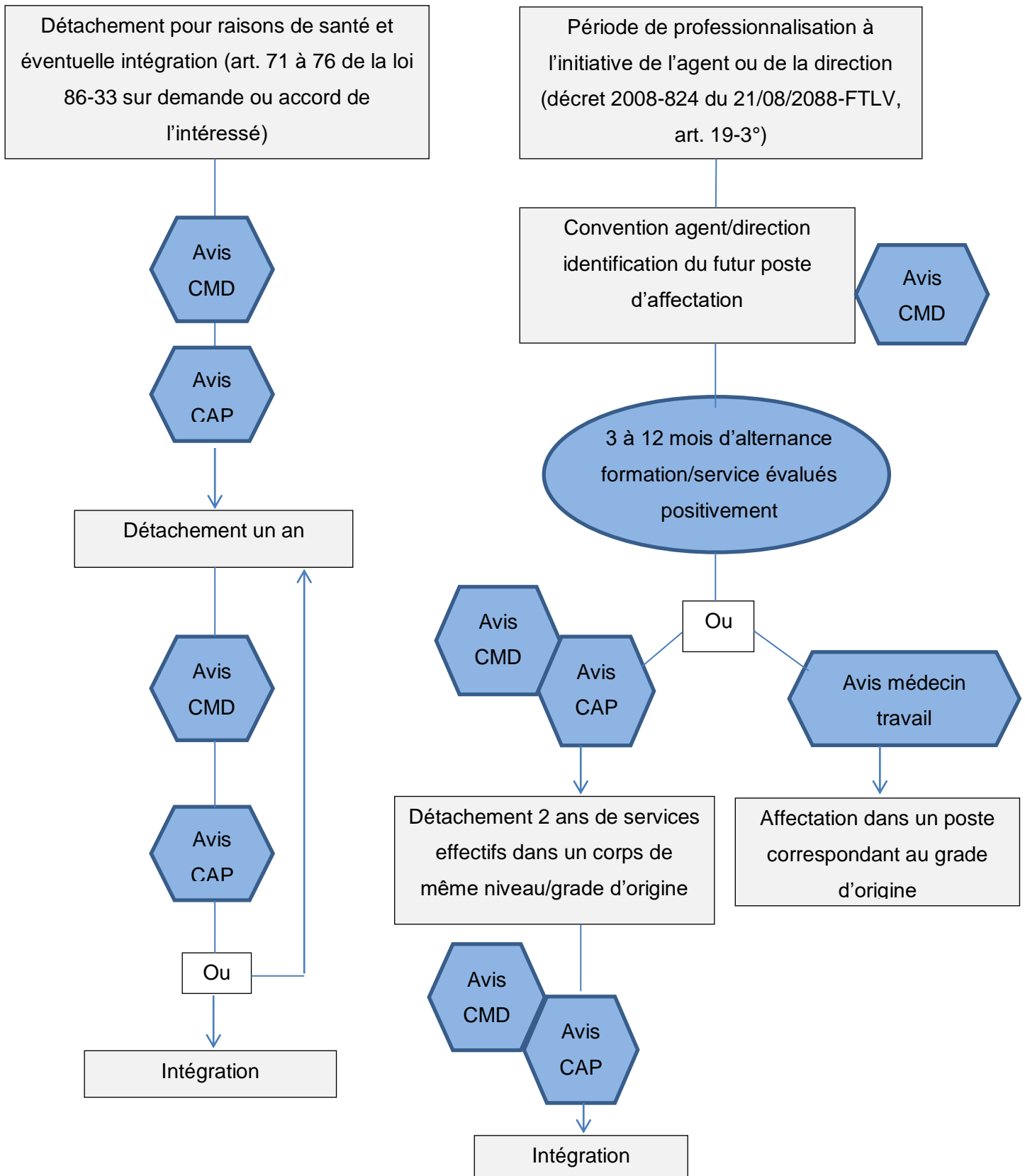
- les procédures de reclassement pour raisons de santé du fonctionnaire titulaire selon son aptitude (figure 1)
- les processus de reclassement du titulaire par détachement pour raisons de santé (figure 2)
- la procédure de reclassement de l'agent contractuel (figure 3)

- **Figure 1 : Les différents dispositifs de reclassement pour raisons de santé du titulaire selon l'aptitude du fonctionnaire et leur impact sur la situation statutaire** ¹⁹



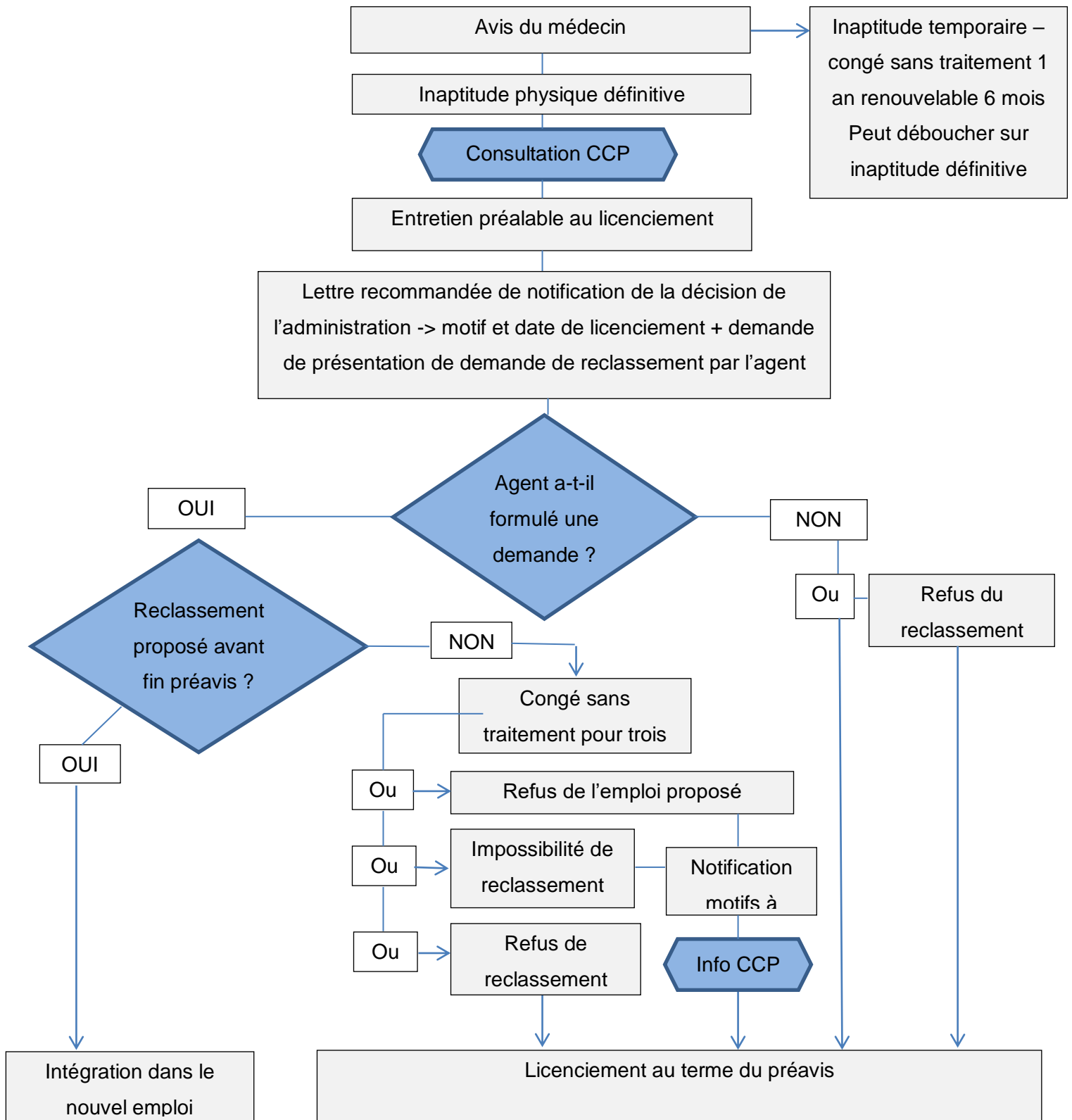
¹⁹ Manuel de GRH dans la FPH, Volume 1 « le fonctionnaire hospitalier, Presses de l'EHESP, 2017, p. 800

Figure 2 : Les processus de reclassement du titulaire par détachement pour raisons de santé ou suite à une période de professionnalisation ²⁰



²⁰ Manuel de GRH dans la FPH, Volume 1 « le fonctionnaire hospitalier, Presses de l'EHESP, 2017, p. 803

Figure 3 : La procédure de reclassement de l'agent contractuel de la fonction publique hospitalière ²¹



²¹ Obligation de reclassement des agents contractuels dans la FPH, Manuel de GRH, op. cit., p. 1167 et site internet de la fonction publique (www.fonction-publique.gouv.fr)

Le schéma clé de voûte décrit à la fin de la première partie et issu des données théoriques et scientifiques, associé aux données du terrain de stage a donc débouché sur la mise en avant d'une prépondérance de la prévention tertiaire dans la problématique de la prévention des RPS.

L'analyse de ces données a permis de mettre en exergue les points sur lesquels il est nécessaire d'améliorer les dispositifs de prévention, par le renforcement des leviers de prévention primaire et secondaire.

De manière complémentaire, il est incontournable d'articuler ces trois pans de la prévention les uns avec les autres afin de cerner leurs interactions au sein d'un système cohérent. Les actions de prévention et les dispositifs ne doivent en effet pas se recouper afin de ne pas détériorer la lisibilité de l'ensemble du système.

3 Des préconisations à mettre en place dans le développement des préventions primaire et secondaire

Le terrain d'étude du CHV a ainsi mis en avant nombre de difficultés auxquelles se heurtent les établissements publics de santé en France : difficultés dans la mise en œuvre d'un plan de prévention efficace des RPS, accent sur une prévention tertiaire inadéquat dans le cadre d'un environnement de travail stressant et réponses subies plus qu'anticipées.

De fait, pour remédier à ces défauts, une réflexion plus profonde doit être menée par le CHV, tant au plan institutionnel (3.1) qu'individuel (3.2).

3.1 Au plan institutionnel, développer une réflexion globale et spécifique autour des RPS et des moyens de les prévenir

Le CHV a une responsabilité en termes de mise en place des différentes préventions, primaire, secondaire et tertiaire. Dans cette optique, il convient d'étendre l'analyse aux caractéristiques majeures des facteurs de risque (3.1.1) pour pouvoir identifier leurs manifestations (3.1.2), avant d'agir concrètement avant leurs conséquences sur l'agent et le service (3.1.3).

3.1.1 L'analyse des différents facteurs de risques

A. Intensité du travail

Elle équivaut à la quantité de travail par unité de temps et à la qualité du travail (part de complexité dans le travail de l'agent, qui constitue parfois un facteur de risque mais aussi parfois un élément positif de la qualification de l'agent). Les conséquences mentales des efforts ou des demandes psychologiques ont des conséquences sur la santé des agents, indirectement ou directement.

Le temps de travail peut être facteur de risque, notamment en termes de nombre d'heures, de travail de nuit, posté, répondant à des horaires anti-sociaux, d'extension de la disponibilité, de présentéisme...

B. Exigences émotionnelles

Cette notion est utile pour mesurer les conséquences sur la santé du travail émotionnel ; il consiste à maîtriser et à façonner ses émotions pour maîtriser et façonner les émotions des bénéficiaires du travail. Ces formes sont spécifiques aux métiers de service et concerne donc un large spectre d'activités.

Les relations au public induisent des risques, bien qu'elles puissent être gratifiante par certains aspects. Elles constituent une cause d'imprévisibilité des situations de travail ; c'est une source de pression car elle contingence les relations entre le public et l'agent.

La standardisation des relations (caissières de supermarchés) est aussi parfois une source de pénibilité, tout comme les métiers impliquant des relations tendues avec un public hostile (centres de recouvrements, démarchage...)

Les contacts avec la souffrance sont à même de provoquer des situations psychologiques potentiellement dommageables, notamment lorsque l'agent est mis dans une situation passive, c'est-à-dire sans possibilité d'agir pour soulager cette souffrance. Ces circonstances peuvent résulter tant de la nature du métier exercé (médecin, travailleurs sociaux, IDE...) que des circonstances.

Le contact avec la souffrance et les exigences qu'il entraîne, ainsi que les possibilités d'actions efficaces face à cette souffrance, sont donc des priorités à repérer.

La nécessité de devoir cacher ses émotions est souvent liée au contact avec le public. Les formes de censure mentale sont également redoutables. Ces situations peuvent déboucher sur le développement d'une peur excessive. Parfois, l'obligation de cacher ses émotions peut être liée à l'organisation du travail, comme manifestation de compétences particulières dans les organisations élitistes ou dans les organisations matricielles par projet. Les conditions de travail en open space peuvent également être source de manque d'intimité. L'agent peut également occulter des difficultés personnelles.

C. Autonomie

Elle désigne la possibilité d'être acteur et non pas passif par rapport à son travail. Elle recoupe, selon Karasek, les marges de manœuvre dont dispose l'agent dans son travail et sa participation aux décisions concernant ce travail, ainsi que le développement des compétences. Le lien entre la latitude décisionnelle et les maladies cardio-vasculaires et maladies a été prouvé par des études. Un manque de latitude décisionnelle constitue donc un RPS -> facteur psychosocial de risque cardiovasculaire et pour la santé mentale. L'autonomie dans la tâche comporte différents degrés. L'autonomie procédurale (choix de la façon de travailler) est la plus élémentaire, son défaut amenant à de graves conséquences. Cette autonomie se traduit par la disposition d'initiative de l'agent. Une autre autonomie est l'autonomie quant aux buts du travail.

La possibilité d'anticiper est « la clarté des objectifs de travail et la possibilité de prévoir les changements et les problèmes à son travail ». Elle inclut une possibilité d'anticiper, et pas forcément de prévisibilité, car s'engager vers un objectif que l'on prévoit irréalisable est un manque d'autonomie.

Le développement et l'accroissement des compétences donnent au travailleur des marges de travail plus importantes et participent donc à de plus grandes marges de liberté. L'inverse se traduit par une dévalorisation progressive entraînant angoisses et dépression. L'épanouissement et l'enrichissement sont au contraire des facteurs de bien-être au travail.

Le travail répétitif sous cadence peut être néfaste et constituer un facteur dans le développement de pathologies importantes : fatigue, désintérêt, prise de médicaments, TMS...

Le plaisir au travail reste un élément protecteur vis-à-vis des RPS. Son absence peut caractériser une population exposée aux RPS. Les enquêtes se limitent à constater ou non le plaisir au travail.

La latitude décisionnelle peut également avoir des effets néfastes : si elle est très importante avec des effets directs sur la carrière de l'agent, elle peut conduire à l'insécurité en cas de manque de résultats, au terme d'un projet par exemple, ou entraîner une individualisation du poste et du travail de l'agent.

D. Rapports sociaux au travail

Il s'agit d'examiner la manière dont les agents sont reliés au sein d'une communauté de travail, que ce soit par des liens concrets ou bien par des échanges dans le cadre de leur travail. La reconnaissance peut être la reconnaissance de la personne du travailleur, de ses compétences, de ses efforts ou de ses performances. Elle est donc multidimensionnelle et peut être économique, organisationnelle ou symbolique. La reconnaissance au travail est largement en déficit et elle peut amener à un sentiment de défaut d'intégration au sein de l'organisation.

Il existe un lien étroit entre les notions d'intégration, de justice et de reconnaissance.

Le soutien social, l'équilibre effort-récompense et la justice organisationnelle constituent des modélisations des rapports sociaux au travail.

Le soutien social est important et traduit l'isolement d'une personne, en l'espèce dans son environnement de travail. Il peut avoir de réelles conséquences sur la santé de la personne, physique et mentale.

L'équilibre effort-récompense de Siegrist est une modélisation de la reconnaissance. Ce modèle permet la conclusion que des efforts élevés combiné à de faibles récompenses entraînent des TMS. Si les dimensions, prises indépendamment les unes par rapport aux autres, du modèle de Siegrist, n'ont pas d'impacts prouvés sur la santé, le modèle a des conséquences globales sur les TMS.

La justice organisationnelle est une théorie de l'équité développée par Adams. Elle postule que les individus développent des croyances de juste reconnaissance en échange d'un travail et comparent le rapport entre ce qu'ils donnent à l'organisation et ce qu'ils

reçoivent avec le même rapport entre personnes jugées équivalentes. Elle inclut la justice interactionnelle comme addition de la justice relationnelle et de la justice informationnelle. Les relations avec les collègues ont pour contexte le collectif de travail qui regroupe plusieurs travailleurs, une œuvre commune, un langage commun, des règles de métier, un respect durable de la règle par chacun. Ce contexte regroupe les collègues considérés principalement selon un schéma horizontal, mais recoupant aussi des collègues un petit plus éloignés.

La coopération comme facteur de protection est confortée par des observations concordantes. L'entraide est particulièrement importante. Il s'agit ainsi de mesurer les facultés de coopération et les possibilités de coopération qui leur sont offertes.

L'intégration dans un collectif est centrale, plus encore que la coopération entre collègues. L'autonomie collective, la participation sont aussi des dimensions importantes.

E. Conflits de valeurs

Cette dimension concerne les dimensions de souffrance éthique. La demande psychologique peut en effet être importante dans certaines professions ; les facteurs à l'origine de cet état de mal-être sont difficiles à cerner. Le travail permettant de donner du sens à sa vie (notamment en France), celui-ci ne doit pas constituer une source de destruction de ce sens par le biais de la souffrance éthique : conflits éthiques, qualité empêchée, sentiment d'inutilité au travail, atteinte à l'image du métier.

F. Insécurité de la situation de travail

Elle comprend deux dimensions : insécurité socio-économique et risque de changement de la tâche et des conditions de travail non-maîtrisées.

Elle est donc liée aux conditions de pérennisation du travail et son maintien dans des conditions acceptables, transmission d'une entreprise par son créateur... Le degré de sécurité socio-économique est un élément caractérisant la valeur d'un emploi. La sécurité socio-économique est prise en compte dans le modèle de Siegrist. L'insécurité socio-économique est traitée comme une dimension particulière des facteurs psychosociaux de risque au travail.

Ces facteurs de risques constituent autant de leviers d'action de prévention primaire ; il est cependant nécessaire de connaître les manifestations de ces risques pour pouvoir les prendre en charge.

3.1.2 L'identification de leurs manifestations

Les manifestations de ces risques constituent des troubles psycho-sociaux. Ils sont catalysés par les caractéristiques individuelles de chaque individu. Elles viennent compléter les effets nuisibles des facteurs collectifs de RPS, en ce qu'elles exposent plus ou moins les individus à la concrétisation de risques. Les troubles sont donc le résultat d'une somme de facteurs individuels qui se cristallisent dans un contexte de risque collectif.

Les troubles se manifestent par des états de stress, de mal-être, de souffrances, de harcèlements ou encore de violences internes ou externes à l'organisation. Il est primordial que les collègues, les cadres de santé et les personnels des établissements de santé opèrent une veille quant à l'apparition de ces symptômes de RPS.

3.1.3 L'action sur leurs conséquences pour l'agent et le service

Cette action au niveau de l'institution doit être complétée par un dispositif de suivi plus fin en ce qui concerne les individus qui composent l'organisation. La prévention tertiaire joue alors à plein ; la médecine du travail joue un rôle important dans la prise en charge et le suivi des agents en situation de RPS. Les procédures décrites ci-dessus constituent les principales réponses de la prévention tertiaire aux troubles psycho-sociaux.

Des indicateurs de risques propres à chaque service doivent être identifiés et objectivés ; c'est le rôle du DUERP, document central dans l'évaluation des risques professionnels dans leur ensemble. Il convient de les identifier en amont, notamment en ce qui concerne l'organisation du service. Un des enjeux qui occupait le service du bloc opératoire au CHV était le passage en un rythme de douze heures de service ; une telle réorganisation est propice à l'information des agents sur les RPS, non pas pour les décourager, mais afin de prévoir tout risque quant à ce changement de rythme (notamment dans sa dimension antisociale).

Les conséquences pour le service nécessitent d'être envisagées afin d'organiser une réaction cohérente et efficace, dans le respect de la continuité du service et des agents qui le composent.

3.2 Au plan individuel, être en mesure de détecter les fragilités des agents et leurs facteurs individuels propres

Cette détection est difficile à organiser, bien que le moment de l'évaluation individuelle de l'agent semble être propice à la détection des facteurs individuels de risque (3.2.1), pour ensuite être en mesure d'en identifier les causes (3.2.2).

3.2.1 L'évaluation individuelle, moment d'échanges propice à la détection des facteurs individuels de risque

Le passé en termes de RPS, les ressources et contraintes extra-professionnelles (la vie privée et ses aléas peuvent venir alourdir la vie professionnelle, notamment en cas de manque de soutien des proches de la personne subissant les effets des facteurs de risque), la trajectoire sociale (la situation et la trajectoire sociale influe sur l'appréciation des situations de travail. L'origine sociale influe sur les attentes des personnes et le sentiment de reconnaissance professionnelle attendu) et les traits de personnalité (personnalité influent sur la manière dont les individus perçoivent les conditions objectives de travail) sont autant de catalyseurs des RPS.

Dès lors, le moment de l'évaluation individuelle de l'agent peut être propice à la détection de ces facteurs aggravants des RPS. C'est en effet la confrontation des schémas mentaux individuels avec les réalités de travail de l'agent qui permet le développement des troubles liés aux RPS. Ce moment d'échange particulier peut cependant ne pas en constituer le moment le plus adéquat dans le cadre de relations déjà tendues avec la hiérarchie, notamment dans le cas d'agents soumis à des appréhensions vis-à-vis de leur situation économique.

3.2.2 Etre en mesure d'identifier les causes du mal-être afin de mobiliser les différents acteurs

Le soutien à l'agent est primordial, notamment en l'état actuel des moyens et des orientations de prévention au CHV (A). Une action autour des six facteurs de RPS est importante en milieu hospitalier (B), tandis que des biais d'action peuvent être mis en place directement dans les services (C).

A) Apporter un soutien à l'agent

Il est central dans l'accompagnement de l'agent de lui fournir un soutien, notamment dans sa dimension psychologique. Le but de cette préconisation est de réduire la récurrence des RPS dans le passé de l'agent, afin que ceux-ci n'augmentent pas les prédispositions de l'agent lorsqu'il sera confronté à son retour dans le monde du travail. Les préventions primaire et secondaire sont alors en place pour permettre une normalisation des conditions de travail, et, à défaut de les supprimer, de maîtriser les facteurs de risques psycho-sociaux en les ayant identifiés et en disposant d'indicateurs pour les atténuer. En complément, un soutien financier est apporté à l'agent dans sa démarche curative²².

B) Agir sur les causes professionnelles autour des six facteurs de RPS

La démarche de promotion de la qualité de vie au travail constitue l'occasion pour le milieu hospitalier de poser les bases d'un environnement de travail agréable. Cette démarche n'a pas pour but de gommer les obligations inhérentes au travail des soignants notamment (maîtriser ses émotions, assurer un contact avec la famille des patients, être confronté à la mort ou à la souffrance...), mais de leur permettre d'en parler, de se sentir écouter et soutenu, tant par leurs collègues que par leur hiérarchie.

Le dialogue semble être une solution sérieuse ; les soignants avec lesquels j'ai pu échanger au cours de mon stage n'ont aucune peine à parler de la réalité de leur métier, et un grand nombre d'entre eux ne changeraient de métier pour rien au monde. La peur d'être jugé, que leur professionnalisme soit remis en cause ou tout autre raison valable à leurs yeux constituent cependant des freins à la mise en place de ce genre de démarches.

C) Mettre en place des leviers d'action dans les services

Le cadre du service apparaît comme adéquat pour la mise en place d'une démarche de prévention des RPS. La possibilité de s'exprimer sur ces problèmes est central pour les agents. Sous couvert de confidentialité des informations, une remontée efficace et fluide des informations est à mettre en place afin de prendre en charge au plus tôt dans le développement de leurs troubles les agents exposés à des facteurs de RPS ou au pire ayant commencé à développer des troubles liés aux RPS, à titre individuel ou même au sein du service.

²² Cf. annexe 1

Conclusion

Les facteurs d'exposition aux risques psycho-sociaux constituent des problématiques de plus en plus centrales dans le monde du travail. De nombreux travaux scientifiques, dans un grand nombre de disciplines (droit, ergonomie, sociologie, psychologie...), mettent en avant les causes et les conséquences des RPS.

La fonction publique hospitalière est ainsi largement concernée par les RPS, notamment lorsque l'on se penche sur les facteurs de risques. Le rythme de travail, le fait de devoir contrôler ses émotions, les rythmes parfois décalés ne constituent que les principaux facteurs de risque.

L'état des lieux de la prévention au CH de Vierzon est marqué par une prépondérance de la prévention tertiaire, qui s'apparente à des actions de curation ; il s'agit de permettre à l'agent de recouvrer ses capacités physiques et psychiques, afin de lui permettre de continuer son parcours professionnel.

De fait, les volets de prévention primaire et secondaire, compléments du troisième, sont peu développés.

Pourtant, au fil de l'analyse des publications scientifiques et des constats effectués au sein du CHV, un schéma d'action globale et rationalisé des actions à mener en termes de prévention, avec des outils de support adapté, est tout à fait envisageable à mettre en place. Grâce à l'institutionnalisation de la prévention, d'un effort commun des agents dotés d'une information claire et concrète dans un effort concerté autour d'une démarche de qualité de vie au travail, les préventions primaire et secondaire peuvent devenir des réalités. L'action en amont de l'apparition des troubles d'origine psycho-sociale est un enjeu transcendant le monde du travail contemporain.

Le contexte de mise en place d'une démarche de qualité de vie au travail, rendue cohérente par l'observatoire de la qualité de vie au travail, institution de cohérence des travaux et centre de documentation disponible pour tous les établissements, peut être propice à une mise en place des trois types de préventions complémentaires.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Code du travail
- Loi du 9 janvier 1986
- Décret du 21 août 2008
- Décret du 17 janvier 1986
- Circulaire du 20 novembre 2014
- Accord-cadre du 22 octobre 2013

Ouvrages

- Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, volume 1, « le fonctionnaire hospitalier », presses de l'EHESP, 2017

Articles

- Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclercq A, « Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle de déséquilibre efforts/récompenses », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2000
- Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R, « The measurement of effort-reward imbalance at work : European comparisons, *Social science and Medicine*, 2004
- Légeron P., 2008, « Le stress professionnel », *L'information psychiatrique*, vol. 84, n° 9, p. 809-826.
- MURPHY L.R., 1988, « Workplace interventions for stress reduction and prevention », in C.L. Cooper et R. Payne (dir.), *Causes, coping and consequences of stress at work*, New York, Wiley.

Rapports d'expertise et publications scientifiques

- Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, dit rapport Gollac, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », mai 2011
- Chiffres-clés sur les conditions de travail et la santé au travail, DARES, novembre 2016
- Accord national interprofessionnel « qualité de vie au travail », 19 mars 2013
- Orientations retenue par le groupe d'orientation permanent du COCT pour le troisième plan santé au travail (PST3)

Liste des annexes

1. **Absence et rémunération servies par l'établissement**
2. **Grille d'entretiens semi-directifs des agents reclassés**
3. **Compte-rendu de la réunion de reclassement au CHV**

Absences et rémunération servie par l'établissement

| Statut | Absences | Rémunération servie par l'établissement | Compensation du demi-traitement par le CGOS |
|-------------|---|--|---|
| Titulaire | Maladie ordinaire | 3 mois à plein traitement, 9 mois à ½ traitement | Compensation entre le 4 ^{ème} et le 8 ^{ème} mois inclus |
| | Maternité | Plein traitement | |
| | Congé Longue Maladie | 1 an à plein traitement, 2 ans à 1/2 traitement | <ul style="list-style-type: none"> 2^{ème} année : compensation entre le 13^{ème} et le 17^{ème} mois inclus 3^{ème} année : compensation entre le 25^{ème} et le 29^{ème} mois inclus |
| | Congé Longue Durée | 3 ans à plein traitement, 2 ans à ½ traitement | <ul style="list-style-type: none"> 4^{ème} année : compensation entre le 37^{ème} et le 41^{ème} mois inclus 5^{ème} année : compensation entre le 49^{ème} et le 53^{ème} mois inclus |
| | Accident du Travail / Maladie Professionnelle | Plein traitement + prise en charge des soins jusqu'à la guérison | |
| Contractuel | Maladie ordinaire | <ul style="list-style-type: none"> Après 4 mois de service : 1 mois à PT, 1 mois à ½ traitement* Après 2 ans de service : 2 mois à PT, 2 mois à ½ traitement* Après 3 ans de service : 3 mois à PT, 3 mois à ½ traitement | <ul style="list-style-type: none"> Après 4 mois de service : compensation partielle des 2^{ème} et 3^{ème} mois inclus Après 2 ans de service : compensation partielle du 3^{ème} au 5^{ème} mois inclus Après 3 ans de service : compensation partielle du 4^{ème} au 6^{ème} mois inclus |
| | Maternité | Après 6 mois de services, plein traitement. | |
| | Grave maladie | Après 3 ans de service, durée maximale 3 ans, 1 an de PT et 2 ans de ½ traitement | <ul style="list-style-type: none"> 2^{ème} année : Compensation du 13^{ème} au 15^{ème} mois inclus 3^{ème} année : Compensation du 25^{ème} au 27^{ème} mois inclus |
| | Accident du Travail / Maladie Professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> Dès l'entrée en fonctions, un mois à PT Après un an de service, 2 mois à PT Après 3 ans de service, 3 mois à PT | |

*Dans ces deux cas, quand le versement du demi-traitement par l'établissement prend fin, l'agent contractuel perçoit pendant 1 mois des indemnités journalières de la Sécurité Sociale

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF : AGENTS RECLASSES

Propos introductifs

« Je m'appelle Yannick Maupetit, élève attaché d'administration hospitalière en stage de professionnalisation long. Rattaché à la direction des ressources humaines dans le cadre de ce stage, je dois honorer plusieurs commandes, confiées tant par l'école (EHESP) que par la direction du Centre Hospitalier de Vierzon.

Ainsi, j'ai formulé le souhait de vous rencontrer dans le cadre de mon mémoire professionnel ; j'ai choisi d'orienter ce dernier sur l'impact des risques psycho-sociaux, comme facteurs de TMS, sur la carrière des fonctionnaires.

J'ai donc souhaité m'entretenir avec vous en votre qualité de (...), afin que nous puissions échanger sur votre histoire professionnelle, votre parcours et les difficultés que vous avez rencontrées. Je tiens à vous remercier pour votre participation à cet entretien et vous assure que les réponses fournies sont sous couvert d'anonymat et strictement réservées à une utilisation confidentielle dans le cadre du présent mémoire professionnel. Je vous enjoins à enrichir vos réponses au fil des questions, celles-ci ne constituant que le cadre méthodologique de nos échanges, qui peuvent de fait déborder de ce formalisme ».

Sexe de l'agent :

Age :

I. Environnement professionnel au sein de l'établissement public de santé

1) Pouvez-vous me dire en quoi consistait votre poste d'origine ?

.....
.....
.....
.....

2) Pouvez-vous décrire votre poste actuel et les missions qui en découlent ?

.....
.....
.....
.....

3) Dans quel service travailliez-vous et où travaillez-vous à l'heure actuelle ?

.....
.....
.....
.....

4) Quel était votre grade et quel est votre grade actuellement ?

.....
.....
.....
.....

5) Comment ont commencé les troubles qui ont entraîné une réorientation de carrière ? [*laisser l'agent développé librement*] Avez-vous bénéficié d'un éventuel mi-temps thérapeutique ?

.....
.....
.....
.....

II. Parcours professionnel

1) Quelle est votre formation initiale ?

.....
.....
.....
.....

2) Avez-vous suivi une ou plusieurs formations dans le cadre de la formation continue, d'adaptation à l'emploi ou du DPC lors de l'exercice de votre poste initial ?

.....
.....
.....
.....

3) Quelles ont été les grandes étapes ayant ponctué votre procédure de reclassement, si elle a eu formellement lieu (avis du médecin, aménagement de poste, proposition de reclassement, conditions du reclassement, étude des différentes possibilités d'orientation...) ?

.....
.....

.....
....

4) Cette procédure, si elle a eu lieu formellement, a-t-elle eu des conséquences (positives et/ou négatives) sur votre vie personnelle ? [*encourager l'agent à développer librement ses propos*]

.....
.....
.....
....

5) Avez-vous bénéficié d'un poste temps partiel thérapeutique ?

.....
.....
.....
....

6) Quel est votre sentiment quant à votre situation actuelle ?

.....
.....
.....
.

7) Selon vous, qu'est-ce-qui est à l'origine des troubles dont vous souffrez ?

.....
.....
.....
....

III. Tableau de synthèse

| QUESTION | REPOSE | BUT | LIEN // PROBLEMATIQUE |
|--------------|--------|--|-----------------------|
| <u>1 - 1</u> | | Connaître de l'exposition du poste aux RPS | |
| <u>1 - 2</u> | | Mesurer le delta entre risques anciennes et nouvelles fonctions // | |

| | | RPS | |
|--------------|--|--|--|
| <u>1 - 3</u> | | Affirmer la prépondérance service soin = origine + service destination | |
| <u>1 - 4</u> | | Mesurer les conséquences du reclassement pour l'agent | |
| <u>1 - 5</u> | | Préciser la nature des problèmes -> incapacité | |
| <u>2 - 1</u> | | Connaître le niveau d'études de l'agent | |
| <u>2 - 2</u> | | Connaître la faculté d'adaptation de l'agent et son comportement professionnel | |
| <u>2 - 3</u> | | Entrevoir les difficultés de l'agent, ressenties et réelles, dans la procédure | |
| <u>2 - 4</u> | | Constater les répercussions sur la vie de l'agent | |
| <u>2 - 5</u> | | Aménagements avant mesures autres ? | |

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DE RECLASSEMENT DU

21/06/2018

En présence de :

- Mme R, faisant fonction de directrice des soins
- M. P, DRH
- Mme D, DSSMS
- Mme S, ACH
- Mme T, cadre de santé
- Mme A, directrice TLQR

Il n'y a pas de formalisation d'une commission officielle de reclassement au CHV. La plupart des propositions se font en interne entre les directions fonctionnelles, dans le respect de la réglementation et de ce qui a été décidé avec les syndicats. Il n'y a pas de procédure de reclassement en tant que telle ; la plupart du temps, il s'agit de mettre en place des TPT, de suivre leur déroulement, de proposer des postes aménagés qui conviennent aux agents en restriction. C'est également l'occasion d'anticiper les services susceptibles d'abriter des agents potentiellement touchés par les RPS. C'est notamment le cas à Vierzon du service des archives.

Le CHV est confronté à un problème de taille, à savoir que faire des agents bénéficiant de restrictions de poste, mais pour lesquels l'aménagement ou le reclassement est difficile voire impossible à cause du nombre d'effectifs dans les postes sédentaires. Que faire de ces agents, si la procédure de reclassement n'est pas utilisée vers d'autres fonctions publiques (détachement, formation, concours).

MAUPETIT

Yannick

Décembre 2018

Attaché d'administration hospitalière

2018

L'impact des risques psycho-sociaux sur le parcours du fonctionnaire hospitalier

La place de la prévention des RPS dans la GRH en milieu hospitalier

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

La prévention des risques psycho-sociaux constitue un enjeu majeur des organisations. En milieu hospitalier, largement confronté aux facteurs de RPS, cette problématique est d'autant plus importante que son absence ou son inefficience peut avoir des conséquences catastrophiques tant pour l'agent que pour la continuité du service public hospitalier.

Le présent mémoire se propose, à-travers une riche bibliographie scientifique sur les RPS, des observations de terrain et un recueil de données par entretiens, d'étudier les biais par lesquels un système complet de prévention des RPS peut être mis en place en milieu hospitalier. Dans ce but, un schéma d'articulation des trois types de préventions et des outils-supports adaptés à leur mise en œuvre est associé à des préconisations concrètes quant à leur mise en place.

Mots clés :

Risques psycho-sociaux, facteurs de risques, prévention primaire, prévention secondaire, prévention tertiaire

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.