

CSE/CHSCT CHU Toulouse
Expertise sur les risques liés au management pathogène

[Synthèse du rapport d'expertise]

09.07.2024

SOCIO-SCOP

9 rue des Gestes – 31000 Toulouse
contact@socio-scop.fr
www.socio-scop.fr

PLAN DE RESTITUTION

La demande et la
démarche
d'intervention

Les indicateurs de
santé au travail du
CHU

Un système
managérial éprouvant

Un management par
le stress et la violence

La politique de
prévention associée

Recommandations

La demande du CHSCT

Le CHSCT vote 11/02/2022 une demande d'**expertise relative au management pathogène** :

- « *risque grave d'atteinte à la santé de l'ensemble des agent.es du CHU de Toulouse* »
- « *risques de **violences internes et de suicides*** »
- « *au regard du management délétère de la direction du CHU de Toulouse* »

Les constats du CHSCT

- Répétition de situations de signalement de harcèlement moral et sexuels appuyés par des courriers de l'IT
- Plaintes envers les méthodes d'encadrement
- Manque de moyens du SST
- Nomination au service juridique d'un directeur condamné précédemment pour avoir couvert des faits de harcèlement
- Défaillance de la politique de prévention appuyés par des courriers de l'IT
- Dysfonctionnement de la « cellule harcèlement »
- Le non respect de la réglementation du temps de travail



Deux ans de procédures

Une **délibération** du CHSCT est **contestée** devant le tribunal judiciaire par la direction du CHU.

Le 21/07/2022, le juge valide la demande qui porte la management pathogène et des conditions de travail de nature à compromettre la santé et la sécurité des salariés qui ne se limitent pas aux cas individuels

La direction du CHU se pourvoit en **cassation**. La Cour rejette ce pourvoi le 20/09/2023.

SOCIO-SCOP peut **démarrer l'expertise** le 07/03/2024

Instruction de la demande

Les représentant.es du personnel

De **nouveaux exemples** ont émergé :

- SST : des courriers de l'équipe signalant une situation de management pathogène. Un audit a été mené à l'initiative de la direction et atteste les difficultés du service
- Urgences psychiatrique et générales
- Fonctionnement empêché de la cellule maintien dans l'emploi

Il est nécessaire **d'évaluer la politique managériale** du CHU de Toulouse.

La présidence

- Est en **désapprobation** avec le terme « *management pathogène* » qui induirait une intentionnalité de la direction
- Conteste les « *risques graves* » dans la plupart des cas cités dans la résolution du CHSCT
- Concède de nombreuses situations dégradées liée à la taille de l'établissement
- Les situations doivent être analysées isolément
- Relève une marge de progression en matière de prévention des risques professionnels



Entretiens

➤ 99 entretiens individuels:

- 42 entretiens avec la direction générale, la DRH et les acteurs et actrices de la prévention
- 14 entretiens avec des directions et encadrement supérieur
- 10 entretiens avec l'encadrement de proximité
- 33 entretiens avec des agent.es

➤ 9 entretiens collectifs

- 6 avec les agent.es
- 3 avec des OS (CFDT, FO, SUD)

Etude documentaire

- Prévention
- Organisation du travail
- Stratégique
- RH
- Rapports
- + Rapports publics, documents transmis par les agent.es, les RP

Questionnaire

- Envoyé le 16 avril 2024 par la direction
- Disponible sur les réseaux du CHU jusqu'au 1^{er} mai
- **3259 réponses** dont 2895 exploitables
- Environ 1 sur 5 a répondu



Les risques

Formes variées des **violences internes** : harcèlement moral, harcèlement sexuel, agressions physique ou verbale, humiliations, critiques abusives, insinuations, mises à l'écart...

Le **suicide**, des conduites suicidaires multiples : les idées suicidaires, la crise suicidaire, les conduites à risques, le suicide. Un continuum avec les situations de stress chronique, de détresse psychologique, dépression

Le contexte local

- Un dialogue social tendu
- Des événements graves **pour les patient.es** en février 2024 : suicide, agression sexuelle, plainte pour viol.
- Des événements graves et de tension **pour le personnel** : grèves, fatigue, décès en mai 2024 d'un interne dans sa chambre de garde

Le CHU

- Près de **16 000 personnels** médicaux et non médicaux dans 14 établissements
- Une administration générale composée d'une direction générale et de 5 pôles de direction fonctionnelles
- 14 pôles de soins
- 5 pôles médicaux techniques

Le contexte national

- Le Ségur avec ses volets RH et financier
- Une réflexion sur la gouvernance hospitalière avec la publication d'un rapport en 2020 + **un guide managérial** en 2021.
- Le management y constitue un déterminant de qualité du travail à partir notamment des facteurs suivants : **justice** organisationnelle, **soutien** organisationnel, **collégialité** des décisions.

« Le déploiement d'un management participatif, incluant les notions de bienveillance et de disponibilité, ainsi que la réactivité dans la gestion des problèmes quotidiens » (Guide Claris)



Effectifs

- Stables de 2019 à 2024/augmentation activité 4,5% entre 2022 et 2023
- Précarisation des catégories B et C :
 - renforcement de la part du personnel précaire dans la Cat B
 - renforcement de la part des personnels en CDD de la catégorie C
- Taux de rotation : grande instabilité des personnels de direction et ASH, OPQ, AAH

Indicateurs internes

Absentéisme

- IDE, AS, OP et ASH plus susceptibles d'être absent : +50% des jours d'arrêt
- AS devant tous les autres

Accidents

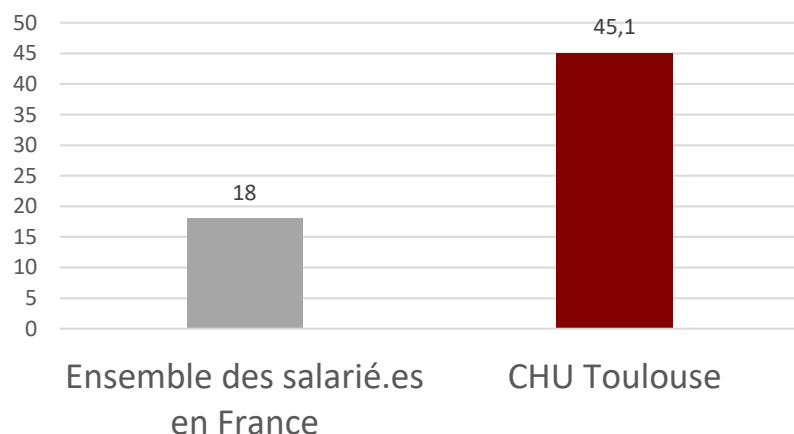
- AS = 0,6/ETP (AT/MP/AES/MCP) sur 2019-2023
- Pôle RM le plus fréquemment touché
- OP/OPQ et ASH = 70% des évènements du pôle RM



Perception de son état de santé

- Etat de santé considéré comme dégradé si la réponse est : très mauvais, mauvais ou moyen

Personnel qui déclare un état de santé dégradé



- Spécificité du CHU de Toulouse : **2,5 fois plus** de chance de considéré son état de santé comme altéré

Diagnostic des symptômes dépressifs

Dépression	Personnes en emploi	Secteur hospitalier	CHU de Toulouse
Légère à sévère	33%	40%	63,2%
Modérée/sévère à sévère	2,5%	3%	10,8%

- Spécificité du CHU de Toulouse : une prévalence d'exposition à la **dépression (x2)** et à la **dépression grave (x4)**
- A la question « *Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre ?* » = **10%** du personnel répond « oui ». Risque et **idées suicidaires** très présents.
- Nombreux témoignages de souffrance recueillis en entretiens



Suivi de santé

- Etat de santé considéré comme dégradé si la réponse est : très mauvais, mauvais ou moyen

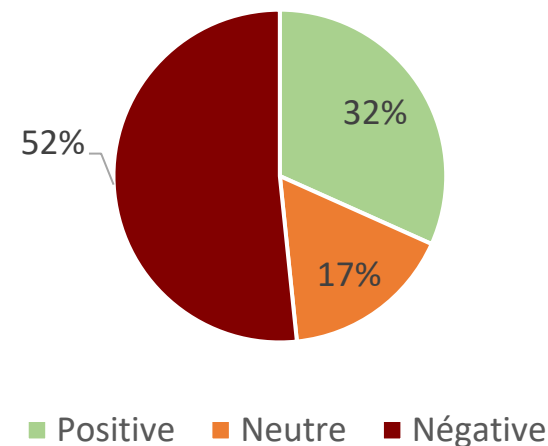
Date du dernier examen périodique

	Personnes en emploi	FPH	CHU de Toulouse
Moins d'un an	45,8%	45,9%	45%
De 2 à 5 ans	41,7%	45,5%	18%
Plus de 5 ans	6%	6,3%	14%
Jamais	6,5%	2,2%	22,3%

- Spécificité du CHU de Toulouse : le personnel a **10x** plus de chance de ne **jamais avoir réalisé d'examen périodique**

Influence du travail sur la santé

Influence de leur travail sur la santé du personnel du CHU de Toulouse



- Le personnel du CHU établit un lien fort de causalité entre le **travail et la dégradation de la santé** : plus de **50% du personnel**
- Le travail est aussi une source de sens : 1/3 estime que le travail est bon pour leur santé
- Spécificité du CHU de Toulouse : le personnel est **2x plus nombreux** que les personnes en emploi en France à évaluer l'influence du travail sur la santé comme négative



Un top management qui fait système

- Un personnel **homogène** : largement masculin (sauf dans la filière soins), issu de l'EHESP, solidaire, avec un langage commun

« On a une équipe de direction qui est soudée qui partage des informations, on n'est jamais seuls, on partage les informations sur la table. On cherche sur les solutions. » La Direction

- Compense un **turn-over** annuel autour de 25% depuis 2020, avec des directions souvent arrivées il y a 1 ou 2 ans.
- Un personnel de direction en **interactions permanentes** : multiples dispositifs de coopération dans des réunions organisées, échanges téléphoniques, courriels.
- Une organisation **complexe** et structuré : Directoire, Codir restreint ou élargi, Coordination restreinte ou élargie

De fortes marges de manœuvres pour coopérer

- Une certaine **liberté de ton et d'expression**

« On a la possibilité de s'exprimer de façon très libre en CODIR avec une inscription de points à l'ODJ libre, sans contrôle. C'est assez libre comme échange et communication. » La Direction

- Des **missions floues** ou confuses : fiches métiers non systématiques, souvent vides lorsqu'elles existent ou incomplètes
- Les métaphores et figures rhétoriques pour évoquer des missions proches du travail réel.
- De nombreuses possibilités de **régulations**

« La ligne managériale est dictée par le DG, par la discussion. C'est la gestion du quotidien. J'ai des missions qui me sont données. Le DG peut aussi me dire : travaille sur tel sujet, en fonction d'une nouvelle actualité, un nouveau projet, et je le fais. » La Direction

« Les directeurs et directrices ont plutôt des objectifs généraux fixés à l'année par la direction générale. » La Direction



Un top management conduit par le PE

- Un document d'orientation de l'activité du top management, **planifié sur 5 ans**, constitué de multiples volets réglementés par le CSP :

« Notre feuille de route c'est le projet d'établissement. Et on a régulièrement sur des thématiques particulières, avec des calendriers partagés, on est identifiés comme pilote du périmètre. »

« On a des orientations générales avec le projet d'établissement, et puis des sujets d'actualité. Pour toutes les fonctions cela fonctionne comme cela, c'est une feuille de route discutée »

- Un nouveau PE sur 6 ans, qui se veut concret :
« L'intention que l'on a, c'est de le traduire sur le travail concret pour que la communauté hospitalière s'y reconnaisse. Ce n'est pas un document théorique, mais des réponses concrètes »
- Un PE au **langage répété et abstrait** : « développer », « continuer », « faciliter », « innover », « adapter », « assurer ».

Des marges de manœuvres par rapport au PE

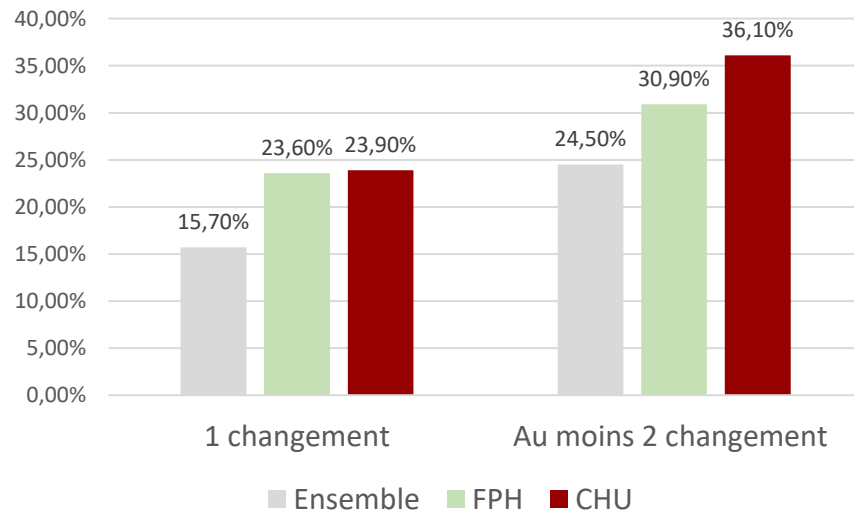
- Des **écarts entre le prescrit** (Code de santé publique) et le projet d'établissement **réel** + Multiplication de **dispositifs gestionnaires** : tableaux de bord, chartes, communications.
- Pour le **projet de management participatif** : un activisme gestionnaire et un manque d'informations sur les besoins et attentes des personnels, les actions de sensibilisation à l'égalité femmes/hommes, programmes de formation managériale, sur la prévention des risques psychosociaux (le terme est absent du PE),
- Pour le **projet social** :
 - doit être négocié entre la direction et les OS, son application est suivie par le CSE, qui en fait le bilan. Pour les RP, ce n'est pas le cas.
 - manque d'éléments sur le droit d'expression du personnel, la reconnaissance et valorisation du personnel, le volet QVT

3 sous commissions

Des « sous commission mixtes » :

- stratégique (PE),
- pertinence (objectif d'efficience),
- d'hospitalisation (projet patient).

Personnel concerné par 1 changement ou au moins 2 changements dans l'année



Management par projet

- La **commission mixte stratégique I** :

« faciliter l'émergence de **projets innovants** [...] concourir à l'amélioration des conditions d'exercice et de l'attractivité médicale », [...] accompagner la **transformation du CHU** en assurant un **équilibre budgétaire durable** ». RI du CHU

Elle comprend une analyse RH, financière, immobilière. Une procédure avec une « **fiche projet** » (chaque direction fonctionnelle mentionne ses éléments) et une **maquette organisationnelle de financement**.

- Management **par la transversalité** au même titre que le management par la mutualisation des espaces et la constitution d'équipe autonomes : mobilisation des cadres, des agent.es, de services, de pôle ou de sites différents.

- Intense management par **projets** et de **différents types** : d'organisation, techniques utilisées, postes, restructuration
- Principal élément de la promotion d'une transversalité qui induit des **facteurs de risques psychosociaux de travail tendu** (interdépendances, perte d'autonomie, demande de créativité)



Le contrôle des moyens

- Construction d'indicateurs systématisés et opérationnels pour manager les pôles
- Commission pertinence vise à **optimiser les ressources** et interroger la pertinence des pratiques médicales au regard de l'enjeu financier (contrôle de gestion)

« Il y a énormément de données. Ce qui est difficile c'est de les mettre en relation. Avec l'intention d'avoir aussi une problématique au niveau du territoire. Des projets décisionnels, on en a beaucoup, et il a fallu basculer sur des outils »
La direction

- **Management par la donnée**
- construit sur des indicateurs qui fonctionnent comme **régulations de contrôle** mobilisés par la hiérarchie
- En rupture avec la perception du travail par les agent.es et leur **identité professionnelle**
- Une certaine **défiance** des agent.es envers de la hiérarchie pour leur croyance envers ces régulations de contrôle et outils statistiques.

La recherche de la performance

La direction mentionne :

- **Fin des dispositifs de contrôle spécifiques** de l'ARS (COPERMO), et d'indicateurs de performance notamment mentionné dans le Rapport de la CRC : « ratio ETP/lit : 2,11 ETP infirmier diplômé d'État et aide-soignant pour une moyenne à 1,86 »

- **Ambivalences de la direction sur l'analyse de la performance:**

« Il n'y a pas d'analyse de la performance aujourd'hui. Mais il faut s'assurer que l'on optimise les stocks pour limiter les pertes. Il faut suivre ce qui est utilisé, rechercher les consommations inutiles, les usages non pertinents [...] »
La direction

- La **performance qualitative, quantitative, financière** demeurent des axes managériaux fondamentaux notamment dans le PE 2023-2028 :

« Définir et suivre des indicateurs de performance et d'excellence », « Suivi indicateurs à A+1 - Bilan première année des axes par une rencontre annuelle sur la base d'indicateurs de performance », « Conforter notre niveau de performance économique et qualitative de la fonction achat »

- Il existe un **impératif** de justification d'affectation des ressources et une recherche d'équilibre recettes/dépenses
- **Impacts** sur la demande psychologique au travail, l'autonomie, le soutien au personnels, de sens au travail, qui sont majorés voire délétères en cas d'absence d'évaluation des effets de la recherche de la performance



Management des pôles

- Délégation de la gestion intérim et heures sup en 2024 + des moyens supplémentaires en 2025
- Les pôles sont orientés vers la **formalisation** / suivi des:
 - projets de pôle de 4 ans de prise en charge des patient.es e
 - contrat de pôle (absent au CHU) comme outil de gestion et managérial
- Directions de pôle nommées par la DG. Fiches métiers vides. Missions : assurer le **pilotage budgétaire** et être le point d'entrée pour la DRH, finances, et réguler les RS de proximité
- Les cadres sup suivent les **projets**, réalisent des activités de communication et de gestion **RH** notamment.
- Le pôle est constitué d'une filière médicale, soignante et administrative. Rythmé par des **moments de coopération** : bureaux de pôle restreints et élargis (direction, chef de pôle, cadre sup, cadre administratif), réunions cadres sup et cadres
- Position langagière de « vigilance » et « bienveillance » des cadres sup sur la **santé au travail** et un sentiment d'implication dans le DUER. Mais pas ou peu dans le PAPRIACT (mise en œuvre des actions), les RPS (manque d'informations, de formation).

Ligne managériale médicale

Le **binôme** directeur / présidence CME = clé de voute de la gouvernance. Le **directoire** est principalement composé de médecins, 72% des ETP médicaux sont étudiant.es ou internes.

- Système de **cooptation** / reconnaissance du chef de service pour l'obtention du statut de PH, MCU-PH, PU-PHD + jointure du système managérial en haut de la filière médicale et administrative au sein des instances dirigeantes de l'établissement

- Effets délétères des stratégies défensives de l'institution notamment par le conditionnement de promotion à la **silenciation** d'évènements graves :

« Le chef de pôle me dit « tu ne seras pas chef de service » [...] je ne comprends pas cette décision de m'interdire toute promotion. Derrière il y a une punition du fait de ne pas respecter les décisions de l'institution qui a dit qu'elle ne voulait pas d'histoire. » Médecin

- Une **fonction managériale** associée au statut HU **sans formation dédiée** : effets de **concentration des pouvoirs médicaux et administratifs**, forts **risques de dérapages** : pratiques punitives, détournement du pouvoir, agissements illégitimes

« Il essayait de nuire mais il fallait d'abord arriver au St Graal pour pouvoir tuer. Pour tuer il faut être professeur. Quand on est professeur on peut tuer tout le monde et tout le monde accepte la tuerie. [...] Soit t'as une appétence personnelle et ça va rouler, soit zéro et tu fais exploser ton équipe. »



Un système managérial éprouvant

Filière

- Souhait agent ou repérage N+1
- CV + LM + entretien cadre/cadre sup/DSI
- FF 2 ans ; tutorat pôle différent
- Oral de financement (première année) puis concours école des cadres (deuxième année)
- Objectivité des critères de repérage/sélection ?
- « Capacité à porter des projet » vs. Soutien/prévention des risques
- Enjeu du financement : quelle sécurité et autonomie des FF
- Affectation sur des postes non désirés/ salaire non adapté

Formation

- IFCS : 30/promotion (1/2 du CHU)
- Accord UPS : parcours « management en santé »
- 10 mois, théorique et pratique
- Faiblesse des enseignements d'indentification et de prévention des risques professionnels, en particulier RPS
- Pas de formation sur la notion de harcèlement

Ligne managériale de proximité

Rôle

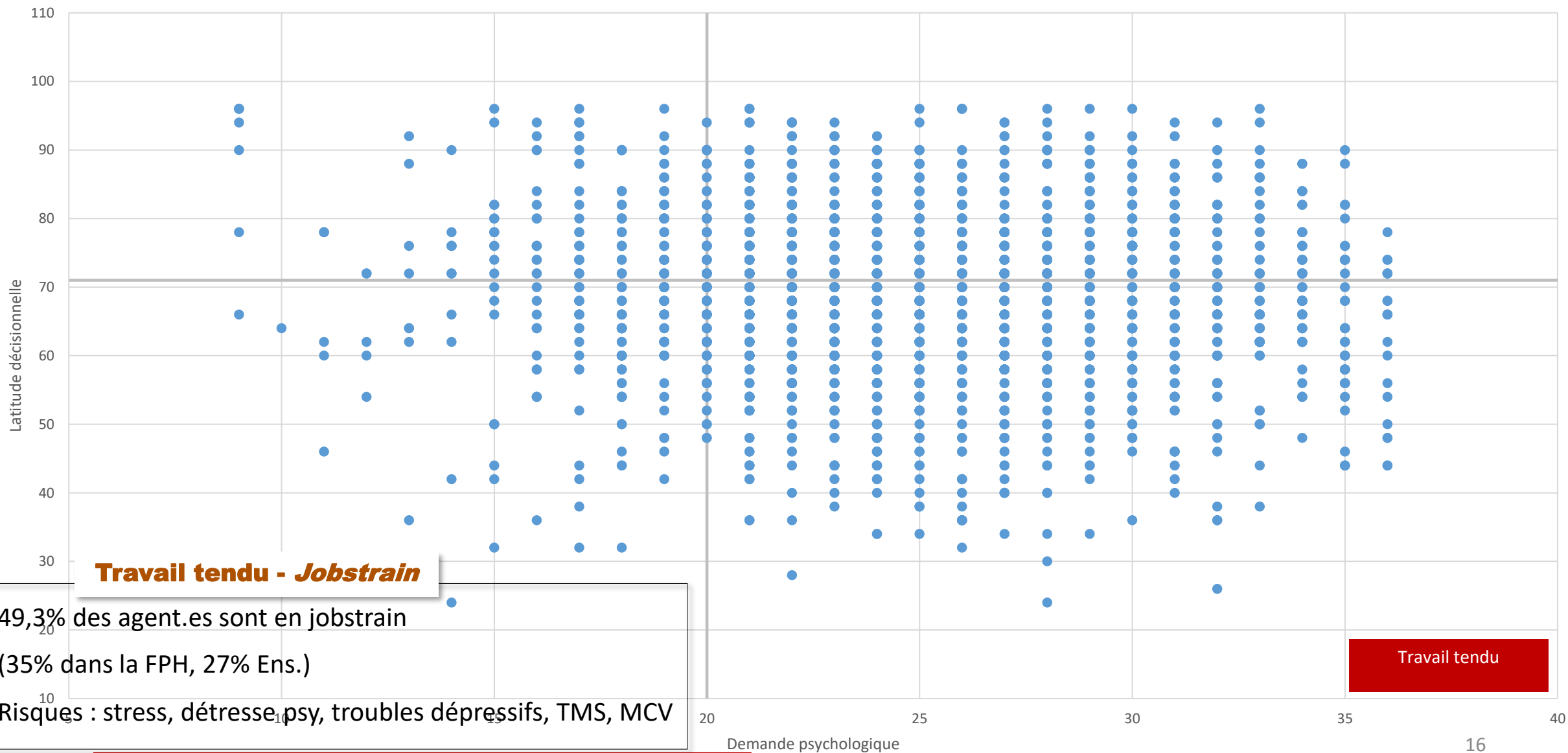
- Diversité des missions : charge et isolement
- Double contrainte : soutien équipe/loyauté hiérarchie
- Manque d'autonomie décisionnelle, surcharge de travail : RPS ++
- Risque de pratique de retrait de la discussion sur le travail

Description du management N+1 en un mot

	Positifs	Négatifs	
Bienveillant	153		
Correct	145		
Bon	117		
Bien	69	Inexistant	78
Humain	42	Absent	76
Ecoute	32	Inadapté	40
		Mauvais	33
		Complicqué	31



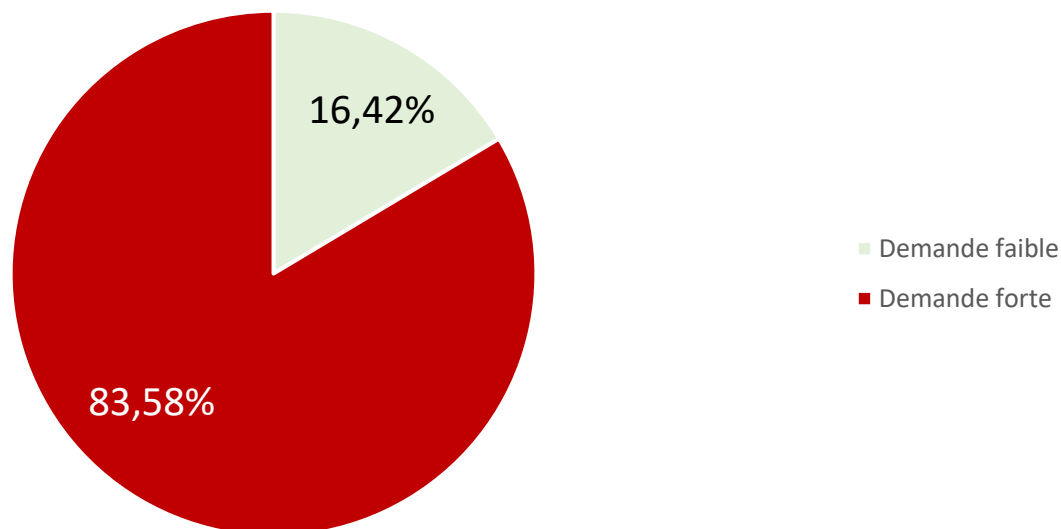
Dispersion des répondant.es par scores de latitude décisionnelle et demande psychologique



Intensité du travail

- Intensité du travail : 84% des agent.es au CHU

Répartition des agent.es par niveau de demande psychologique - CHU
Toulouse



Manque de moyens et de repos

- **Manque de collègues** : 47% (1,62x plus que FPH)
- Travail **plus longtemps** que l'horaire prévu : 38% (27% FPH)
- Reçoit des **ordres contradictoires** : 43%
 - Dont 17% ont symptômes dépressifs modérés à sévères
- **Transmissions** hors temps de travail : 32,5% souvent ou toujours
- **Indisponibilité** avec les proches : 35% (2,7x plus qu'en France)
- **Manque de repos** :
 - 10,5% n'ont pas 36h de repos hebdo
 - 20% n'ont pas le temps de manger
 - 50% ne prennent pas de pause

Marges de manœuvre

- 58% des agent.es ont une **latitude décisionnelle faible**
- 52% ont eu **au moins 2 changements** (réorg) dans la dernière année
- 47% jugent ces changements **négatifs/19% positifs** : inutilité des projets/impact potentiel sur la santé
- 40% disent avoir été consulté – **idem FPH** mais 56% ne sont pas consulté (60% FPH)
- 38% disent avoir reçu **une info suffisante** (49% FPH)
- **Difficultés à coopérer** : 14% (3,18 x plus que FPH*)
 - Dont 28% ont symptômes dépressifs modérés à sévères
- Réunions organisées : oui 42% (64% FPH) **manque d'espaces formels de discussion sur le travail** (vs. Directions).
- Formation : 52% n'ont **pas formation suffisante** et adaptée (3,1x plus que FPH)

*coquille page 162

Situations de travail tendu

Soutien social

- 50% manquent de soutien social**
- **Isostrain** : 32% (travail tendu + manque soutien)**
 - Dont 20% ont des symptômes dépressifs modérés-sévères à sévères
- Soutien plus important de la part des **collègues**
- **Relation avec hiérarchie** :
 - 40% jugent que supérieur **n'aide pas à mener tâche à bien**
 - 44% jugent que supérieur **ne permet pas la coopération**
 - 36% jugent que supérieur ne se **préoccupe pas de leur bien-être/31%** disent qu'il ne « **prête pas attention à ce que je dis** »
 - **Informations claires** et suffisantes : 31% NON

**coquille page 164



Défiance vis-à-vis de la direction



Description du management de la direction en un mot

	Termes négatifs	Termes positifs
inexistant	114	
inconnu	90	
absent	68	
moyen	63	
inadapté	60	
mauvais	46	Correct 55
inhumain	49	bon 48
insuffisant	29	bien 35
maltraitant	29	bienveillant 17
nul	28	satisfaisant 12
déconnecté	26	adapté 11

Typologie

- Vocabulaire de la « bureaucratie », de la « qualité » et du « danger » :
 - Inexistant, inconnu, absent, déconnecté, distant
 - Moyen, correct, bon, mauvais, bien, insuffisant
 - Inadapté, inhumain, maltraitant, directif



Conclusion

- Surexposition au travail tendu :
 - Recherche de la performance,
 - Métier axé sur réalisation technique de tâches,
 - Manque de moyen pour réaliser le travail (inutilité des projets, manque de formation, de collègues, d'espaces de discussion).
- Fragilité du collectif travail :
 - Notamment relation agent/supérieur,
 - Dégradation de la santé accentuée par difficulté de la prise de repos et dépassement du temps de travail.



Comportements hostiles

- 3 catégories :
 - **Comportements méprisants** : plutôt les collègues
 - **Déni de reconnaissance** : plutôt supérieurs
 - **Atteintes dégradantes** : plutôt supérieurs
- 3 pôles principaux : Biologie, Anest-réa, Enfants

Comportements systématiques

<u>Au moins une fois par mois</u>	CHU	FPH	Ens.
Au moins 1 comportement méprisant	27,96%	14,5%	11,1%
Au moins 1 déni de reconnaissance	24,77%	11,6%	9,9%
Au moins 1 atteinte dégradante	9,74%	2,5%	2,4%
Au moins 1 comportement hostile	35,28%	18,5%	16%

Pratiques subie ou observée de la part d'un.e manager	OUI
Afficher de la complaisance pour certain.es, une rigueur excessive pour d'autres dans la gestion des horaires ou des temps de pause par exemple	38,84%
Répartir la charge de travail de manière inégalitaire en quantité et en qualité	34,86%
Utiliser un niveau verbal élevé et menaçant	34,44%
Faire disparaître les savoir-faire sociaux (ni bonjour, ni au revoir, ni merci)	33,35%
Se voir imposer des procédures de qualité en parallèle avec un travail exécuté en mode dégradé	28,80%
Injonction à prioriser des tâches toutes urgentes	26,98%
Cesser toute communication verbale (post-it, note de service, mail)	24,29%
Ne plus regarder dans les yeux, regarder avec mépris	22,77%
Affectation autoritaire dans un service ou incitation forte à la mutation, à la démission	22,05%
Fixer des objectifs irréalistes entretenant une situation d'échec, un épuisement professionnel	21,64%

Typologie

- Isolement
- Pratique relationnelle violente
- Perte de sens
- Pratique punitive
- Détournement du pouvoir de direction



Comportements hostiles

■ Isolement :

- Outil numérique pour la surveillance
- Encadrement éloigné
- Rétention d'information
- Désorganisation du lien social

« On n'était pas convoqué aux réunions de services. »

« Elle est mise à l'écart, toute seule dans son bureau. Je me suis rapprochée d'elle. Elle pleurait, ça n'allait pas. Elle attendait dans son bureau sans rien à faire. »

« La direction de pôle m'a dit "Ne retournez pas dans le service car vous allez avoir des représailles". »

■ Perte de sens :

- Reporting abusif
- Priorisation tâche administrative

« Mais avant la commission, on doit justifier de notre travail. Notre cadre nous appelle. On doit reprendre tout ce qu'on a fait ou pas fait. C'est nouveau. On est souvent incriminées, et nos cadres ne tiennent pas le route, ne comprennent pas ce qu'on fait. »

■ Violence :

- Verbale

➤ Physique

« Une fois [la cadre] a osé dire en général qu'on comprenait rien et que même sa fille de 6 ans comprenait mieux que nous. »

« [Mon ancienne cadre supérieur], en arrivant le matin elle me dit "c'est quoi cette tête", puis elle me jette [un document] à la figure. Mon père était mort deux jours avant. »

■ Pratiques punitives :

- Puniton collective
- Affectation poste inadéquat (20% craignent affectation non voulue), y.c. RQTH
- Chantage au financement PPH

« [Le cadre] a décidé qu'il nous punirait en nous interdisant les changements de planning pendant un an, voire plus. »

« Surtout il faut arrêter la politique du chiffre. Une personne ne voulait pas [venir dans notre service], et elle est arrivée quand même chez nous. Elle a été en souffrance, elle n'a pas été bien. »

« L'équipe me disait de partir car je ne pouvais plus bouger. Je leur ai dit "c'est un poste aménagé". Ils ont dit "Quoi !". Quand j'ai dit que [la cadre supérieur] m'avait dit qu'il y avait des rails partout dans le service, ils ont éclaté de rire. »

- Manque de réaction/soutien : accentue souffrance des agent.es

Harcèlement institutionnel/stratégique

- Défiance vis-à-vis de la direction : absence d'écoute
- Mise en scène de la disparition
 - Suppression moyen de travailler pendant arrêt maladie
 - Placardisation, mise à l'écart délibérée ; parfois avec menaces

« On a une collègue, ses affaires ont été jetées pendant son arrêt maladie. Ses affaires personnelles ont été détruites. »

« C'est très tendu avec le CHU. Une autre personne que moi aurait déjà déprimé, aurait fait des dégâts, je me serais suicidé. »

- Arbitraire dans l'application du droit
 - Soir-matin refusé si à la demande de l'agent.e
 - Paiement des HS
 - Repos déplacés
 - Contestation des causes des arrêts maladie
- Discrimination envers les femmes et les agent.es RQTH

- Recrutement PPH : questions sur la volonté d'avoir des enfants
- Déstabilisation émotionnelle en entretien annuel d'un.e agent.e RQTH – non reconnu comme AT
- Pas de poste proposé à des agent.es RQTH
- Poste inadapté pour agent.es RQTH

⇒ conséquences financières et sanitaires élevées

« J'ai fait une grosse dépression, je me suis auto-mutilée, je ne pouvais plus manger, je n'avais plus de quoi faire mes courses. »

« Le harcèlement stratégique a pour visée **la reddition émotionnelle** du sujet dont on veut se débarrasser afin de le **pousser à la démission**. »

Marie Grenier-Pezé, et. al. *La notion de harcèlement dans le travail : réparation ou reconnaissance de la souffrance au travail ?* Travailler, 2003/1 (N°9), pages 189 à 205. Editions Martin Média.



« On alerte mais on n'a aucune confiance dans la protection de l'institution, rien ne se passe quand on parle. »

« Mais les gens ont peur, je n'ai jamais vu ça avant, ni ailleurs. »

L'obstacle de la peur et de l'inaction

- Peur de perdre rémunération, réseau, santé physique et mentale face à une institution sourde aux alertes. Pour **68%** des effectifs, la **réticence à parler** des problèmes est un obstacle à la prévention RPS

« La plupart de mes collaborateurs ne m'adressent plus la parole. Quand j'arrive : tout le monde baisse la tête. Je me suis dit : « Ah ouais, en fait c'est le régime de Vichy » [...]. Ce qui les fait agir, c'est la peur d'être éclaboussés. »

« Pour [X], pareil, elle panique, impossible pour elle de me donner un témoignage. Elle avait trop peur. »

- Perte de confiance du personnel, perception de **surdité** de la direction. Pour 65% des effectifs, le manque de **conscience de la direction** est un obstacle à la prévention RPS

« Ils répètent chaque fois « bienveillance », mais je ne comprends pas. Même par rapport à mon travail, ils disent et écrivent « bien-être ». Mais en pratique c'est tout l'inverse. »

- Une certaine **individualisation** ou **naturalisation des violences** au sein de la direction : « la nature est ainsi faite », « effet-taille », « personne-dépendante ».

Signalement à la cellule harcèlement

- Les signalement concernent en majorité, et de + en + **la hiérarchie** Un dispositif **réduit au harcèlement, discrimination** et évacuant les faits de « violences », « agissements sexistes » (décret 13 mars 2020).
- Obligation de l'employeur d'information du dispositif par tous moyens. **17%** des effectifs en ont connaissance. Méconnaissance aggravée pour les personnes subissant des violences.
- Obligation de l'employeur insatisfaite de **préciser les modalités d'indication** informations, documents à la cellule par l'agent.e
- Une procédure d'information marquée par des **injonctions intimidantes** propre à faire douter ou renoncer les victimes :
- Absence de fiche de signalement** (circ. du 9 mars 2018) permettant de soutenir la victime et de structurer la description des faits.

« il ne faut donc pas confondre le harcèlement moral avec l'exercice normal du pouvoir disciplinaire de l'employeur, ni avec son pouvoir de direction et d'organisation », « En ce qui concerne la preuve du harcèlement, la victime doit établir les faits qui permettent de présumer l'existence du harcèlement » « dénoncer des faits de harcèlement moral non établis est passible de sanctions disciplinaires »

Procédure du CHU de Toulouse

- Des risques importants de **dérapiages** : « Donc c'est une double sanction : vous dénoncez les choses et vous êtes écarté. »



L'accompagnement de la cellule

- Une **composition confuse** de la cellule , avec des intervenants variables, imprévu.es
- Un accompagnement **sans garantie**, indéterminé et « au cas par cas ». L'enquête administrative doit être systématique (circ. du 9 mars 2018)
- **26%** des personnes qui ont saisi le dispositif de signalement estiment son fonctionnement **clair**
- Mais **46%** y ont reçu une **écoute bienveillante**.
- Les RP s'y disent pas ou peu associé.e. Les RP doivent être systématiquement **informé.es des suites** données (circ. du 9 mars 2018). Ce n'est pas le cas.
- 22% des personnes qui n'ont pas saisi la cellule ne l'ont pas fait par **peur des représailles**

« Cette cellule est managée par la DRH au lieu d'être managée par la médecine du travail. Il faudrait une part médicale et non pas DRH. On a trop le DRH derrière et on y perd l'humain de la médecine du travail. »

Le traitement des faits

Données recueillies par SCS sur différents signalement : « harcèlement », « peur », « sensation de mort », « hurlements », « jets d'objets », « agressions verbales », « discrimination sexiste », « sabotage de carrière », « mise en danger des pratiques professionnelles », « déséquilibre volontaire de la charge de travail », « d'insulte », « prévision d'acte suicidaire », « exclusion », « mise à l'écart », « rabaissement permanent »
Verbatim entretien et documents transmis

Dans le tableau de suivi de la direction **ces termes disparaissent** ou sont euphémisés. Ecart entre l'activité de plainte des agent.es et le traitement. Pour **20%** des agent.es le dispositif a **répondu au besoin**. La direction n'en pas la perception : « On nous fait souvent le reproche « vous sortez la personne elle se sent doublement victime ». Mais c'est pas vrai, l'agent et d'accord et c'est à sa demande. »
La direction

- Conclusions de la direction qui requalifient le signalement pour violence ou harcèlement, en conflits classiques avec une disparition des éléments de violence et un appui systématisé sur le **manque de preuve** : « Les faits relatés et décrits comme du « harcèlement moral » ne sont pas étayés par des preuves », « Nous vous informons que les faits que vous relatez ne sont pas étayés par des preuves »
- Contraire du point de vue des agent.es : témoignages multiples, certificats, courriers psys, etc. Les courriers et conclusions leurs paraissent **écarter leurs difficulté ou les détourner** au profit des intérêts de gestion : équipe difficile, nécessité de réorganiser.
- Activité complexe de **caractérisation juridique** : la direction introduit la notion d'intentionnalité : « Les actes dénoncés ne caractérisent pas des faits de harcèlement moral en raison de leur manque de répétition et d'intention de nuire »

« **Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel (CDT, Loi du 13/071983)** »

- Effets délétères, sentiment profond d'injustice, défiance, abandon.



Perturbations depuis 2021

- Des **déménagements** en lien avec la prise en charge des vaccinations COVID19
- Un **regroupement** de l'équipe SST sur le site de Purpan (induisant un déménagement pour les agents affectés à Rangueil)
- Une **mutualisation** de moyens humains déjà en tension entre l'UST et le CRPPE (médecins, infirmiers, secrétaires).
- Un **changement des priorités** au détriment des activités pluridisciplinaires en milieu de travail
- Un **changement de logiciel** informatique
- Une activité marquée par la gestion de la pandémie de COVID-19
- Un changement de chef de service
- Un nouveau projet de service

Alertes graves

- Accélération turn-over indicateur de souffrance au travail
- Très faible taux de d'encadrement des agent.es par le SST et perte de pluridisciplinarité
- Manque de concertation, réunions houleuses, propos violents
- **Audit externe réalisé en 2023 : « *risque accru de management pouvant entraîner des pathologies* »**
 - Direction conforte manager en place
 - Préconise de revenir sur mesures prises en 2021 : réinvestissement sites « délocalisés », nécessité de pluridisciplinarité pour AMT
 - Agent.es : défiance, sentiment de manque d'écoute, démarche insincère

Travail sous tension

- Priorisation consult individuelle, repose sur IDEST
- Faire du chiffre (consult)
- Manque d'écoute de l'encadrement
- Perte pluridisciplinarité et AMT : réduit dimension collective de la prévention



Un service de prévention des risques professionnels

- Un **équipe motivée** de 6 personnes qui se répartit l'ensemble des pôles.
- A pour mission de réaliser **l'évaluation** des risques professionnels et réaliser le **PAPRI Pact**
- Chaque préventeur.trice a environ 200 unités de travail à évaluer chaque année. L'**objectif réglementaire** annuel n'est **pas tenable**, le travail est fait tous les 3 ans.
- Personnel préventeur pas ou peu formé sur les RPS
- Le service est méconnu des agent.e : 33% des effectifs considèrent **qu'il existe un salarié.e** compétent et désigné pour la prévention.
- Le DUER n'est pas connu des agent.es. **26%** des effectifs du CHU considèrent que l'établissement **dispose d'un DUER**. 6% du personnel déclare avoir été consulté sur le sujet.
- Le PREPS ne travaille **pas** :
 - sur l'analyse des postes de travail,
 - l'analyse des risques lors des réorganisations
 - **la prévention des RPS**

La prévention des RPS

- **Difficulté** structurelle à réalisation annuelle du PAPRI Pact. Absence de PAPRI Pact (programme de prévention) jusque 2023. Existence potentielle de « PAPRI Pact de pôle » (non reçu). Flou sur **les rôles** PREPS et DRH vis-à-vis du PAPRI Pact
- Parmi les risques : les **RPS** ne sont **pas** considérés comme **prioritaires** dans le programme de prévention. En tout 2 mesures contre les violences « *Prévenir les situations de harcèlement* », (par webinaires managers, nombre et réalisation inconnus), « *Prévenir les situations de violences* » mais entendues comme externes. Mesures souvent tautologiques ou par truismes. Plan de prévention RPS pour 2023-2024 (non reçu).
- Des formations marginales. Pour les agent.es : environ 1/3 estime qu'il **existe** des **formations** contre les RPS/stress et les RPS/violences. 1/10 qu'une formation résolution de conflit ou de participation aux décisions a été **mise en place** sur 3 ans. C'est 2 fois (formation résolution conflit) à 8 fois moins (formation pour participer aux décisions) qu'en France selon l'enquête ESENER
- PAPRI Pact = **objet de désaccord** voire de tension avec les RP :
« Par son contenu inconsistant les actions délimitent à des idées et non des réalisations, les mesures sont tournées sur des objectifs de rentabilité et non vers la prévention de la santé. »
PV Formation spécialisée 9 juin 2023



Conflit sur l'existence des risques

- RP non perçus comme des préventeur.rices
 - Retard dans la transmission des informations
 - Information incomplète
 - Manque accès au AT
 - Manque accès aux conclusions d'enquêtes
- Litiges liés aux DGI
 - Nombre en baisse
 - Direction juge recours abusifs
 - Décision unilatérale de non existence du danger
 - Risque de cercle vicieux (aggravation des difficultés)

Syndicats comme dernier recours

- OS ressource pour les agent.es : information sur les droits, rapport de force, soutien
- Sollicitées en « dernier recours »
 - Après cadres n+1/sup, DRH
- Peur des représailles

Durcissement du dialogue social

- « Réputation » nationale CHU Toulouse
- Direction pointe la CGT comme organisant dialogue violent
- OS rapportent situations d'entrave, de mépris de la part de la direction, de non respect des droits syndicaux
- Turn-over direction : irresponsabilité organisée
- Stratégie confrontation pour maintien des droits

Evaluation des risques

- Lecture, analyse et mobilisation de la **circulaire DRT n°6 du 18 avril 2002** notamment sur la prise en compte du travail réel.
- Mettre les moyens du PREPS en adéquation pour réaliser **l'évaluation annuelle** des risques professionnels
- **Actualiser le DUERP** en utilisant le rapport :
 - risque de conflits et d'épuisement
 - risque de conflits hiérarchique et de violences physiques ou verbales
 - risque surcharge de travail
 - risque de stress chronique
 - risque de détresse psychologique
 - lié aux conflits de valeurs sur l'éthique de travail et les objectifs de qualité
 - tous les autres éléments jugés utiles par les membres contenus dans le rapport (suicide notamment).
- Constituer un document unique par pôles avec des **unités de travail** précises en fonction **d'une situation** de travail d'exposition à un même risque. Mettre fin à l'homologie unité fonctionnelle = unité de travail du DUER
- + constituer **UN** véritable document unique d'établissement pour le rendre opérationnel et manipulable (cf circulaire)

Politique de prévention

- Prévention primaire = prévention proprement dite. Avec le respect de la **hiérarchie des principes** de prévention. (L4121-2 du CDT)
- Former la direction et l'encadrement intermédiaire à la **vision organisationnelle de la prévention**, pour favoriser la prévention primaire
- Créer un **pôle de prévention des risques** professionnels au côté des autres directions fonctionnelles transversales. Et lui conférer un pouvoir d'autorité.
- Augmenter les **effectifs** du personnel préventeur. Renforcer les effectifs du SST, favoriser les AMT, former les IDEST, reconstituer la pluridisciplinarité
- Permettre l'animation d'une véritable politique de **prévention des RPS** à l'échelon du pôle (inclure la prévention RPS dans le PREPS) avec des formations spécifiques sur les violences notamment.

Management pathogène

- Travailler **les perceptions de la direction** : reconnaître et questionner l'organisation et le management producteurs de pathologies identifiées en partie 2.
- Urgente prise en charge du **risque suicidaire** (1 agent.e sur 10)
- Prendre en compte **les facteurs de risques** identifiés :
 - Prévalence d'exposition aux situations de travail tendues : intensité, manque de marges de manœuvre et de coopération organisée
 - Prévalence d'exposition aux rapports sociaux dégradés au travail, exposant à des dérapages :
 - les perspectives de carrière
 - rotation des directeurs
 - types de management
 - détournement du pouvoir de l'organisation
 - détournement du lien de subordination
 - détournement du pouvoir de direction
 - détournement des règles disciplinaires (sanctions non expliquées, injustifiées, peurs ou menaces)
 - situations de harcèlement signalées
 - etc.

Management participatif

- Axer le **projet d'établissement** ou développer un projet équivalent portant sur l'amélioration concrète des conditions de travail, le droit d'expression, les RPS, etc. (éléments d'écarts au CSP abordés). Négocier le projet social, réaliser son suivi et son bilan de mise en œuvre en CSE.
- Tendre ou amender le projet de management pour le **rendre participatif** (CSP).
- Définir ce qui est entendu par « **fonction managériales** » sanctuarisées dans le projet (débat N+1 et équipes). Dimensionner concrètement du temps d'écoute des équipes
- Préciser à **quelles activités** ces nouvelles marges de manœuvres vont être précisément dédiées :
 - analyse du travail réel,
 - animation des équipes,
 - évaluation de la charge de travail des équipes,
 - espaces de discussion sur le travail,
 - entretiens d'écoute,
 - etc.



Recommandations

Conditions d'emploi et de travail

- **Titulariser** les personnels précarisés des catégories B et C afin de réduire l'insécurité de la situation de travail
- **Stabiliser** les effectifs de direction et synchroniser les durées de fonctions sur les durées de projets
- Intégrer dans les prérequis de la filière cadre la question du **soutien** aux équipes
- Remettre à plat l'organisation de l'équipe de bionettoyage de Rangueil :
 - Une intégration des ASH dans la réflexion autour de l'organisation des plannings et des équipes
 - Un renforcement des effectifs affectés aux activités de bionettoyage, plutôt qu'à sa supervision
 - Un remplacement des absent.es
 - Une formation des cadres au management, à la gestion des plannings, des congés, etc.
 - Une révision de l'organisation de la charge de travail dans son ensemble,
 - La relocalisation des charriots dans les services
 - L'accentuation des marges de manœuvres des agent.es, notamment en leur redonnant de la visibilité aux agents sur leur planning d'affectation, afin de leur permettre de s'organiser

Management

Restaurer les droits des agent.es

- Le respect du temps de travail
- La possibilité pour l'ensemble des agent.es de pouvoir se restaurer
- La possibilité de prendre une pause
- La possibilité de prendre ses repos
- Le droit syndical / le droit de représentation
- La reconnaissance des accidents de travail
- Le respect des restrictions d'aptitude
- La prise en compte des restrictions des personnels RQTH



Diminuer l'intensité du travail

- Former les **directeur.rices** et les **cadres supérieur.es** à la prévention des risques psychosociaux afin de lever les principaux obstacles à la prévention des RPS
- Prévenir le stress chronique et le risque de suicide passant par **un engagement** sur :
 - Moyens nécessaires à l'analyse des situations de travail
 - autorité à un pôle de prévention des risques
 - redoter son service de médecine de prévention
 - Protéger la parole des personnes qui s'engagent dans la démarche de prévention
 - Formaliser des règles pour la démarche de prévention des RPS
 - Répartir clairement les rôles
 - Mettre en œuvre des mesures d'ampleur pour éviter la démobilisation
- **Signaler** au personnel la **prise de conscience** par la mise en place rapide de mesures secondaires et tertiaires pour les agents les plus en détresse
- **Évaluer la charge de travail** dans toutes ses composantes (prescrite, réelle, subjective) pour diminuer la demande psychologique et le risque de stress chronique

Lutter contre toutes les violences

- Amener une **prise de conscience** du phénomène des comportements hostiles et du harcèlement
- Supprimer les **situations** pouvant relever du harcèlement institutionnel. Supprimer les freins institutionnels au traitement de telles situations mentionnés dans le rapport
- **Sanctionner** le harcèlement moral existant. **Sortir la CPHD de la DRH** afin de lui garantir autonomie et indépendance pour redonner de la confiance en l'institution (intégration Pôle Prévention).
- Intégrer les **notions de violence et d'agissements sexistes** aux signalements recevables par la cellule (décret du 13 mars 2020)
- **Modifier la procédure** (assertion intimidantes ou menaçantes), clarifier et formaliser le fonctionnement de la CPHD, former ses membres, associer les RP pour diminuer la peur du personnel.
- Faciliter le signalement et favoriser sa qualité en créant une **fiche de signalement** avec des exemples d'actes subis, qui facilitera aussi leur traitement et leur suivi
- **Prévenir** les violences : - campagne d'information par tous moyens sur les moyens de lutte et d'aide - sanctuariser les espaces de coopération des collectifs de travail) - clarifier les processus de « preuve » - expliquer les conclusions de l'administration au regard du signalement émis et des informations et documents transmis.



Dialogue

- Valoriser et reconnaître les connaissances des représentants du personnel pour diminuer les rapports conflictuels
- Prendre en compte les alertes des RP
- Communiquer aux RP les actions mises en œuvre suite aux alertes
- Stopper toute diabolisation des RP/OS auprès des équipes et de l'encadrement
- Respecter les temps de décharge syndicale
- Favoriser la participation des agent.es aux élections professionnelles

Suivi

- Mettre à l'ordre du jour « L'analyse du suivi de l'ensemble des indicateurs de dégradation de la santé », par exemple une fois par trimestre
- Mettre en place un système de veille des indicateurs
- Consolider les données d'absentéisme et d'accidentologie
- Porter une attention particulière à l'analyse des accidents de travail des AS
- Elaborer et suivre des indicateurs de suivi de l'état de santé des personnels notamment les plus préoccupants
- Présenter et mettre à disposition du CSE les données brutes en matière de FEI
- Réviser la politique de maintien dans l'emploi et plus généralement d'intégration des personnels concernés par des restrictions d'aptitudes ou RQTH