

# JADH

LE JOURNAL DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HÔPITAL

www.adh-asso.org



## dossier

### Le directeur d'hôpital aux prises avec les RPS

page 7

**Vie associative**  
ADH Lorraine: Darwin à l'hôpital

page 24

**Vie de l'École**  
EHESP Conseil:  
l'audit sous toutes ses coutures

page 28

**Vie hospitalière**  
L'Adrress au Québec:  
pratiques innovantes en RH



RPS: c'est le nouveau sigle sur lequel s'accroche le malaise professionnel contemporain. Il masque pudiquement des drames humains, véritables, mais il peut être aussi opportunément brandi pour muscler davantage un bras de fer entre direction et salariés.

À l'hôpital, il concerne une communauté professionnelle dont le garant est le chef d'établissement et, par délégation, ses adjoints, notamment dans les départements RH. Mais qui prend soin d'eux? Est-il saugrenu ou inconvenant de parler de risques psychosociaux réels pour les cadres dirigeants de l'hôpital aujourd'hui?

À qui s'adresser quand la pression financière, le poids des arbitrages sociaux, la mésentente avec ses pairs ou ses supérieurs affectent l'estime de soi, la conscience professionnelle, la santé psychique au travail?

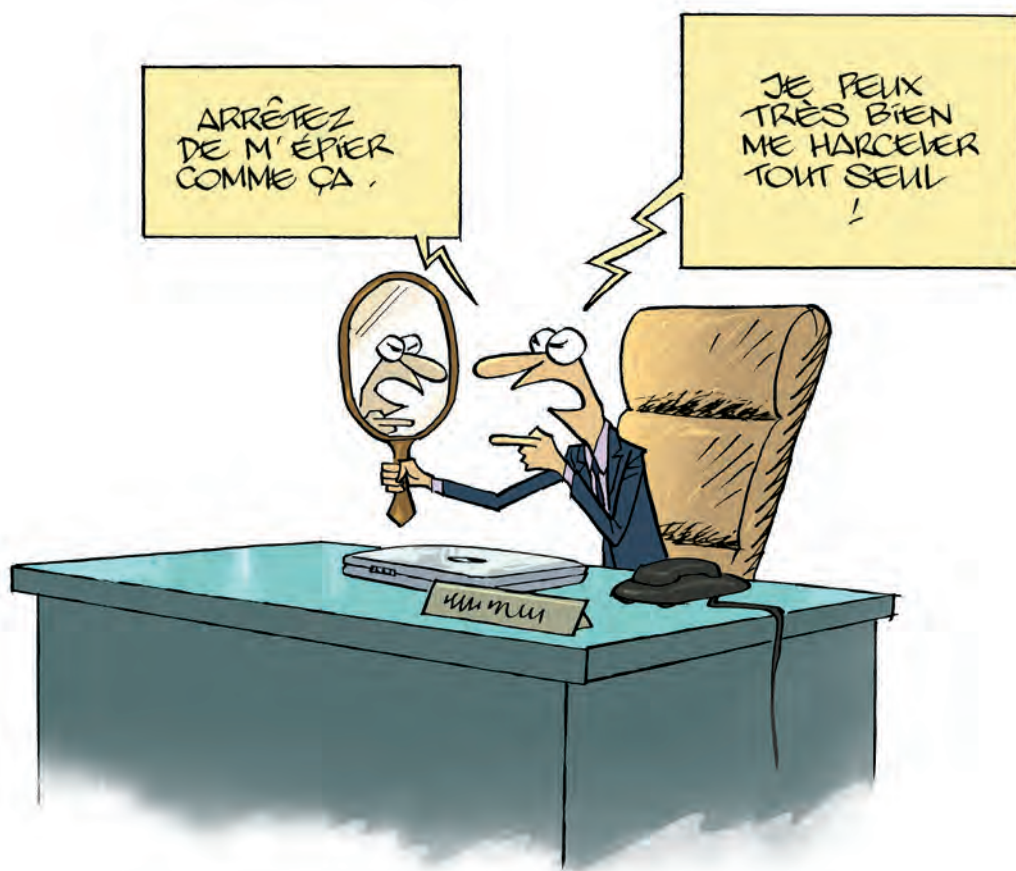
C'est la question que se sont posée successivement un collègue DH (qui en a fait le sujet d'un mémoire professionnel) et la GMF (qui, de son côté, organise le 23 janvier un colloque à ce propos en partenariat avec l'ADH, l'Adrhess et la FHF - voir page 3).

## Le directeur d'hôpital aux

L'ADH s'implique aux côtés des collègues, en vertu de ses missions de soutien et de solidarité inscrites au premier rang de ses statuts. Elle n'agit évidemment pas sur le terrain des organisations syndicales ou des commissions statutaires, mais elle se tient en appui. Au-delà de la protection juridique, service rendu depuis près de vingt ans désormais, les élus nationaux, les délégués régionaux, *a fortiori* les responsables dédiés (Jean-Luc Chassaniol, Philippe Jean, Marc-François Guimbard) prêtent une écoute amicale et bienveillante, et s'efforcent de conseiller, dans la limite de leurs prérogatives, des collègues qui ont, à un moment, «perdu pied».

Le JADH se consacre donc à cette thématique paradoxale et taboue, en mettant des mots sur les difficultés des collègues, en donnant la parole aux organisations qui les défendent et en réfléchissant avec elles aux moyens d'apaiser des conditions d'exercice plus fragilisantes qu'auparavant.

Dossier réalisé par  
Florence PATENOTTE  
Responsable des affaires générales  
et de la communication



## prises avec les RPS

### Analyse

#### Les risques psychosociaux chez les directeurs d'hôpital\*

« L'École des hautes études en santé publique nous enseigne que l'élaboration progressive et collective des comportements professionnels de directeur d'hôpital suppose des modalités d'organisation du travail qui favorisent et valorisent les échanges entre collègues, des temps où le travail est mis en débat.

Mais ma qualité de directeur d'hôpital depuis 1990 et vingt ans d'exercice du métier de DRH me permettent de constater que ces enseignements ne sont pas toujours suivis d'effets. Sans qu'il soit besoin d'une analyse approfondie, j'observe ainsi qu'au moins quatre collègues de ma

promotion ENSP ont connu des difficultés importantes dans leur carrière, difficultés qu'il est possible de lier à l'exposition à une forte charge psychosociale. Ces situations m'ont conduit à m'interroger sur la nature de cette charge et sur une éventuelle spécificité liée à ce métier. Une seconde approche vise à montrer que des cadres dirigeants peuvent – aussi – être celles et ceux qui souffrent alors qu'ils sont, parfois, présentés comme ceux qui génèrent la souffrance au travail. Ces deux lignes directrices guident l'élaboration d'un mémoire professionnel dont je livre ici un abstract pour le JADH et ses lecteurs.

### Note de la rédaction

Dans ses appels à contributions éditoriales, l'ADH recueille et publie des opinions qui n'engagent que leurs auteurs.

### Ce qu'est un directeur d'hôpital aujourd'hui

#### Les conditions d'exercice

Le directeur d'hôpital est, au titre de l'article L. 4121-1 du code du travail, l'employeur qui doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, notamment par le biais d'actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité du travail, d'actions d'information et de formation, et par la mise en place d'une

\* Cet article est issu du mémoire professionnel de Dominique Cigan.



**Dominique CIGAN**  
Formateur indépendant  
après une carrière de directeur d'hôpital  
(principalement de DRH)  
en Champagne-Ardenne et à Paris.  
Alternativement en hôpital MCO  
et en psychiatrie.

organisation et de moyens adaptés. La gestion des ressources humaines est donc de la responsabilité de la direction, dans le respect des textes législatifs et réglementaires. Représentant la majorité du corps, le directeur adjoint agit dans un cadre légal et à l'aide d'une délégation que le chef d'établissement lui accorde au titre de sa direction fonctionnelle. Son employeur est l'établissement et donc le chef d'établissement même si ledit chef est statutairement nommé et géré par l'État. Mais qui représente l'employeur au titre de l'article L. 4121-1 du code du travail ?

La carrière des directeurs d'hôpital est gérée depuis décembre 2007 par le Centre national de gestion (CNG) qui concerne tous les personnels de direction de la fonction publique hospitalière (FPH) et les médecins hospitaliers.

Le CNG dispose de trois compétences :

- l'accompagnement,
- le suivi,
- la recherche d'affectation, compte tenu des

nécessités du service, sur leur demande ou d'office (en vue de permettre leur adaptation ou leur reconversion professionnelle ou encore de favoriser la réorganisation, voire la restructuration des structures hospitalières).

Les professionnels qui n'ont pas retrouvé d'emploi, ou n'ont pas atteint l'âge de la retraite, sont placés en disponibilité d'office. Ils bénéficient d'une indemnisation de perte d'emploi à la charge du dernier employeur. Il est à cet égard intéressant de noter que la position de recherche d'affectation n'existe nulle part ailleurs dans la fonction publique. Les procédures mises en place se maintiennent depuis la création des agences régionales de santé (ARS) à tel point qu'en 2011, on dénombrait 36 directeurs d'hôpital en recherche d'affectation et 30 en 2012. La moyenne d'âge est de 56 ans.

### **L'impact de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST)**

Cette loi se caractérise par un transfert de certaines compétences de gestion du conseil d'administration vers les directeurs

d'hôpital. La mise en pratique de la loi HPST montre que celle-ci limite fortement les marges du directeur d'hôpital. Il doit gérer des situations paradoxales entre le président de la commission médicale d'établissement (CME), porte-parole des médecins et de leurs projets, et l'agence régionale de santé (ARS), qui lui demande le maintien ou le retour à l'équilibre budgétaire. Très vite, certains chefs d'établissement ont pu considérer que le directeur général de l'ARS (DGARS) s'imposait trop aisément dans la gestion interne des établissements<sup>1</sup>. L'ensemble impose des arbitrages entre des demandes contradictoires.

### **Quelques illustrations concrètes de la nouvelle gouvernance**

L'encadré ci-dessous énumère un certain nombre de situations problématiques. Le départ précipité du directeur du centre hospitalier du Sud-Francilien annoncé un jour pour le lendemain a aussi, par exemple, fait l'objet de commentaires très critiques. Même son de cloche à Montreuil en 2012. En octobre, la présidente du conseil de surveillance de l'hôpital annonce le départ de la directrice de l'établissement

## **Des situations concrètes**

*NB : pour respecter l'anonymat des professionnels dont la situation est présentée, bien que certains cas aient eu un retentissement médiatique considérable, les sources ne seront pas documentées.*

### **Un chef d'établissement sanctionné par son administration**

Dans ce cas, il s'agit d'un chef d'établissement mis en examen pour non-assistance à personne en danger en raison d'une surirradiation de patients (art. 223-6 code pénal). Le centre hospitalier concerné, personne morale, représentée par le directeur d'établissement, sera traduit devant le tribunal correctionnel, en application de l'article 121-2 du code pénal, puisque l'infraction a été commise en qualité de représentant et pour le compte de la personne morale. L'hôpital et son chef d'établissement ont été relaxés de l'accusation de non-assistance à personne en danger. Le directeur a tout de même reçu un blâme pour sa gestion de l'affaire.

### **Un DRH victime d'une opération de regroupement**

Après une trajectoire professionnelle sans heurts, ce collègue DRH des deux hôpitaux qui doivent se regrouper depuis dix ans rencontre des difficultés majeures avec son chef d'établissement et une « mise au placard » surgit : « On ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur soi-même. Au moment de quitter l'établissement, on se retrouve comme un "banni". Je n'ai eu aucun soutien et je n'en ai sollicité aucun. Il faut rester digne pour faire son deuil de ce traumatisme, en se projetant sur d'autres activités. »

### **Une directrice des soins écartée par son chef d'établissement**

Ce cadre supérieur de santé à la carrière constante et fidèle à son établissement se voit, par décision du directeur le 30 décembre 2002, écartée de ses fonctions. Elle avait été nommée en 1985. Elle apprendra, par une note de service, que le chef



et sollicite la mise sous administration provisoire de l'hôpital.

Dans le même temps, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) annonce la création d'un comité de suivi réunissant les professionnels de santé et les DGARS. Rien ne laisse penser qu'il a été réuni! Dans les années 1950, Michel Debré donnait une définition: "Le fonctionnaire est un homme de silence, il sert, il travaille et il se tait." Cette conception est révolue et on ne peut dénier aux cadres du service public le droit de s'exprimer sur leur métier, sur l'avenir, sur leur engagement.

Des dénonciations issues de la communauté professionnelle, conjointes, ou distinctes, sur cette crispation du climat hospitalier et la mise en cause systématique des responsables d'établissement se sont fait entendre chez les syndicats de directeurs, la Fédération hospitalière de France, et l'Association des directeurs d'hôpital. Les tribunes qui suivent ce développement exposeront leur diagnostic.

## Et le ministère de la Santé ?

La lettre de mission adressée à Édouard Couty dans le cadre du Pacte de confiance

souligne la nécessité de renforcer la dimension humaine et globale de la prise en charge des patients et des personnes accueillies et de restaurer des relations de loyauté et de confiance entre les institutionnels, les professionnels et l'État. Trois groupes ont été constitués, dont l'un chargé du dialogue social et de la gestion des ressources humaines.

S'agissant précisément de la question des risques professionnels des directeurs d'hôpital, on peut relever dans le document de synthèse publié après le rapport d'Édouard Couty que la ministre met en avant plusieurs éléments de nature à rassurer:

- les relations entre les autorités de régulation, la « tutelle » et les établissements sont empreintes d'un important déficit de confiance réciproque;
- il paraît essentiel de faire évoluer le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pour qu'il prenne en compte l'ensemble des professionnels en exercice dans les établissements;
- une démarche devrait être formalisée en droit pour que les CHSCT incluent les risques professionnels, dont les

risques psychosociaux, la question de la pénibilité de l'exercice professionnel et de l'inaptitude au travail.

La santé des corps de direction n'est donc pas expressément mentionnée dans ce rapport. Aucune évolution attendue pour la santé et la sécurité du directeur d'hôpital ne transparait dans les conclusions du Pacte de confiance.

## Les facteurs de crispation et de détresse professionnelle

Le protocole d'accord interfonctions publiques qui vient d'être signé par les parties prenantes et s'applique aux EPS a retenu six dimensions de risques à caractère psychosocial :

- les exigences et l'intensité du travail,
- les exigences émotionnelles,
- le manque d'autonomie et de marges de manœuvre ;
- la mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail,
- les conflits de valeur,
- l'insécurité de la situation de travail.

### Note

1. « Deux ans d'ARS, les directeurs bousculés dans leur hôpital », Hospimédia, 2 avril 2012.

d'établissement la place en congés puis l'affecte à un poste de cadre qui n'avait jamais été pourvu\*. Le tribunal administratif prononcera l'annulation de la décision prise par le directeur, jugée illégale. Elle ne reprendra jamais cette fonction.

## Un directeur contractuel mis en cause pour non-respect du devoir de réserve

« Par les déclarations susmentionnées, [...] le requérant s'est attaché à dénoncer dans la presse locale les faits de harcèlement moral dont il faisait l'objet, à titre personnel, de la part du directeur général de l'établissement X... en faisant notamment mention du dépôt d'une plainte à l'encontre de ce responsable; que ces déclarations, entrant dans le champ d'application du droit reconnu par les dispositions de l'article 6 quinquies de la loi susvisée du 13 juillet 1983 n'ont pas excédé les limites fixées par le devoir de réserve auquel était assujéti M. B... »

« En revanche, en faisant état de l'existence d'une "omerta" au

sein du centre hospitalier et d'un "système", de tels termes évoquant notamment l'organisation et le fonctionnement de certaines associations de malfaiteurs, M. B... ne s'est pas borné à dénoncer des faits le concernant directement mais a proféré publiquement des accusations graves portant atteinte à la réputation et au crédit du service public hospitalier. Ces propos, tenus en dehors du service par un directeur, fût-il contractuel, ont de ce fait excédé les limites imposées par ce même devoir de réserve et ont justifié qu'une sanction disciplinaire fût prise à l'encontre de M. B... ; que, par suite, le moyen tiré de la violation des dispositions de l'article 6 quinquies de la loi susvisée du 13 juillet 1983 modifiée doit être écarté. »

\* Cette situation évoque celle de Mgr Jacques Gaillot, convoqué à Rome en 1995 pour, entre autres, avoir écrit une douzaine de livres dont *Coup de gueule contre l'exclusion. Au Vatican, on lui annonce: « Vous ne serez plus évêque d'Evreux, mais évêque de Partenia, un évêché situé sur les hauts plateaux de Sétif, en Algérie. » Disparu au V<sup>e</sup> siècle, le diocèse de Partenia devient le symbole de tous ceux qui, dans la société comme dans l'Église, ont le sentiment de ne pas exister.*

Si le rôle des encadrants, eux-mêmes sujets aux RPS, est cité, il n'est fait nulle part mention d'un dispositif relatif aux chefs d'établissement.

### Pourquoi le chef d'établissement ou le directeur adjoint peuvent-ils être victimes de RPS ?

- **L'intensité et la complexité du travail :** gérer l'argent public, organiser les services, gérer l'équipe de directeurs, participer à des réunions de travail à l'extérieur, aplanir les tensions, avoir le goût de la concertation et de la négociation, déléguer à ses adjoints, dialoguer avec les différents corps de métier, susciter l'adhésion des équipes, s'accommoder d'objectifs irréalistes et/ou contradictoires, équilibrer un budget déficitaire depuis plusieurs années et maintenir un climat social satisfaisant...
- **Les exigences de polyvalence :** acheter au meilleur prix, prendre des décisions qui engagent le futur, assurer la responsabilité des marchés publics, mettre en œuvre les critères de qualités exigibles par la Haute Autorité de santé (HAS), répondre de la régularité de toutes ces procédures devant l'ARS, la CRC, la HAS...
- **Les exigences émotionnelles :** dissimuler ses émotions lorsqu'un drame humain se produit, rester ferme pour prononcer une sanction disciplinaire, refuser une création de poste dont la nécessité est réclamée en instances, etc.
- **Le manque d'autonomie :** selon la Fédération hospitalière de France, "les ARS semblent s'apparenter à de véritables directions régionales des hôpitaux publics".
- **Les rapports sociaux au travail :** les pathologies des rapports sociaux, comme le harcèlement moral, doivent être surveillées, prises en compte et traitées en lien avec le CHSCT ; elles peuvent aussi concerner les collègues, les membres de l'équipe de direction.

Plusieurs situations sont ainsi connues et publiées<sup>2</sup>.

Il faut aussi reconnaître que, parfois, des erreurs de positionnement personnel ou des accidents de parcours peuvent tout autant conduire à des situations de risques psychosociaux.

Au-delà des facteurs qui reflètent aujourd'hui le quotidien de la gestion d'un directeur d'hôpital, d'autres situations plus ponctuelles peuvent générer de graves difficultés d'ordre psychosocial.

- **La souffrance éthique :** après avoir tout demandé à leurs équipes en termes d'organisation, c'est à ses adjoints que le chef d'établissement demandera de mettre en œuvre les nouvelles stratégies et les suppressions de poste.
- **L'insécurité de la situation de travail :** de telles craintes peuvent être motivées par l'expérience de changements non souhaités, telle la décision de placer un établissement sous administration provisoire. Il peut s'agir aussi de la situation d'un directeur adjoint qui découvre que le poste qu'il occupe est déclaré à la vacance sur le site du CNG.
- **Les fusions organisées par l'ARS :** en quinze ans, 90 fusions, principalement entre deux établissements de taille petite ou moyenne ont été réalisées. Ce sont ainsi 9% des EPS qui ont fusionné. Les personnels, tout comme les élus locaux du bassin de population concerné des établissements, sont très réticents aux regroupements.
- **Le déficit financier de l'établissement et ses conséquences :** selon un article de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, l'application de la tarification à l'activité (T2A) met en difficulté les membres des directions des

## Quelques pistes de travail

Le directeur d'hôpital placé en position d'adjoint considère à juste titre que le chef d'établissement est responsable de sa santé en application de l'article L. 4141-1 du code du travail. Pour le chef d'établissement, le représentant de l'État peut être ce responsable, l'hôpital étant un établissement public de l'État\*.

Je m'emploie dans mon mémoire à rechercher comment mettre en œuvre les moyens de prévention que la loi impose.

### La prévention primaire

L'élaboration d'un plan d'action pourrait relever de la compétence de l'agence régionale de santé. La création au plan national de postes de médecins de prévention permettant aux directeurs de bénéficier d'un suivi hors de leur établissement est une revendication simple à mettre en œuvre. Une réaction collective (en intersyndicale ou non) est aussi assez naturellement envisageable, l'action collective étant inscrite au nombre des modes d'action possibles dans les statuts des syndicats.

### La prévention secondaire

L'objectif est de réduire les risques en donnant la possibilité d'identifier et de rectifier les pratiques délétères :

- désigner au plan local un collègue (volontaire) chargé de l'accompagnement des directeurs en difficulté ;
- favoriser au plan national une politique globale d'amélioration des pratiques de management, appuyée par une formation. L'EHESP par exemple a cette possibilité.

Il s'agit là d'accompagner les managers (pas seulement ceux en difficulté) dans l'exercice de leurs fonctions, de leur donner des outils de compréhension, d'élaboration de stratégies et de résolution des problèmes rencontrés.

Sensibiliser les comités de direction, les services du CNG ou les représentants des directeurs au plan national aux situations professionnelles humaines complexes pour mieux les prévenir et les gérer fait partie, selon moi, des solutions à envisager.

La mise en place d'une politique de type « bien-être au travail », ciblée sur les cadres supérieurs, peut être imaginée par l'association des directeurs déjà mobilisée sur le sujet.

\* Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST.

hôpitaux (drees.gouv.fr). La crainte la plus partagée par ces professionnels est d'être tenus pour responsables du déficit budgétaire des établissements, alors que, selon l'étude: "La T2A a eu principalement deux catégories d'effets: elle a modifié les rapports entre les corps professionnels présents à l'hôpital (entre les médecins et les gestionnaires et entre les médecins et le personnel de soins dans une moindre mesure), à l'intérieur des équipes de direction, dans la hiérarchie médicale, entre les cadres de santé et les équipes."

## En cas de désaccord entre un DH et son chef d'établissement, la solidarité des collègues est-elle possible ?

Les exemples rapportés et qui ont conduit à rédiger ce texte montrent une inaction répétée des collègues devant la mise en cause d'un des leurs. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce constat:

- le directeur adjoint mis en cause par sa hiérarchie reste discret: il se sent en difficulté pour assumer son rôle, donc coupable;
- de nouvelles organisations du travail conduisent vers la perte de la notion de solidarité;
- les collègues craignent un défaut de respect de l'obligation de réserve.

Dans ces conditions, il est sans doute utile de faire œuvre de pédagogie auprès des équipes de direction pour permettre de faire évoluer la situation.

## Qui pour prendre soin des directeurs d'hôpital ?

### Des actions déjà en place

Le CNG fait bien de la prévention tertiaire. Il intervient auprès des directeurs d'hôpital, en particulier celles et ceux placés en recherche d'affectation.

Différentes démarches peuvent être mises en œuvre: coaching, bilan professionnel, mission, formation, atelier collectif.

Les engagements réciproques sont matérialisés par la signature d'un contrat d'accom-

pagnement (entre le CNG et l'intéressé). Une charte de déontologie assure la plus stricte confidentialité sur le contenu des entretiens.

- **Le coaching** aide la personne à clarifier son objectif, de trouver elle-même des solutions, d'entrer en contact avec ses propres ressources, de trouver des pistes de progrès, d'être accompagnée dans la mise en place d'un plan d'action, de reprendre la responsabilité de ses choix et de ses décisions.
- **Le coaching d'équipe** facilite la compréhension et optimise son mode de fonctionnement et aide à faire face à une situation de crise (conflit dans l'équipe, fusion d'établissements) dans le cadre d'une conduite du changement, et d'accroître ses performances collectives, tant techniques que relationnelles.
- **Le bilan professionnel** permet aux personnes d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles, leurs aptitudes et leurs motivations. Associé au coaching, il contribue à lever des freins, des difficultés ou des doutes en rapport avec la nouvelle orientation.
- **Les missions** ont pour finalité de faire découvrir un nouveau domaine d'activité, d'acquérir des compétences ou de préparer une mobilité. Leur durée moyenne est de six mois renouvelables. Elles s'adressent aux praticiens en recherche d'affectation.
- **Centre de ressources.** La directrice générale du CNG souhaite développer les compétences relationnelles ou managériales au travers de la définition de formations prenant la forme d'un "coaching d'équipe et collectif".
- **L'importance du réseau.** Un directeur qui ne serait pas adhérent à un syndicat, n'aurait pas de relations avec ses collègues, ne serait pas membre d'une instance quelconque, en résumé qui n'appartiendrait pas à un réseau est potentiellement en voie d'isolement, et donc exposé à des risques psychosociaux. La profession a bien un rôle, qu'elle joue d'ailleurs, pour "faire du collectif".

## Alors que faire ?

Le rôle des chercheurs en psychologie du travail mérite d'être souligné. La psychologie du travail s'appuie sur le fait qu'il existe une distinction essentielle:

- le travail prescrit, c'est-à-dire la tâche confiée au professionnel et mise en œuvre avec les connaissances acquises en apprentissage;
- le travail réel que les professionnels effectuent à l'aide d'une adaptation individuelle (ou collective) permettant de réaliser la tâche confiée dans des conditions satisfaisantes pour tous.

Cette distinction est présente dans une équipe de direction d'hôpital et doit, de fait, être vulgarisée et utilisée pour expliquer pourquoi certaines situations peuvent créer une souffrance intense et/ou une incompréhension des autres managers.

Les directeurs d'hôpital sont exposés à la souffrance professionnelle et aux risques psychosociaux. Ils n'ont pas (toujours) d'interlocuteurs responsables de leur santé au travail et les moyens proposés généralement (enquête de la direction, intervention du

### Note

2. En 2008, une quarantaine de manifestants ont envahi, sans violence ni dégradation, le bureau du directeur de Carhaix. Ce dernier a été libéré par les gendarmes de la compagnie de Châteaulin un peu plus de deux heures après. Sa sortie s'est faite sous les huées.

2013: négociations entre la direction du CH de Montauban et les syndicats, après une séquestration de la direction par les personnels. « Il y avait trop de monde dans la salle pour pouvoir sortir ! », explique le secrétaire de la CGT, majoritaire à l'hôpital. « La direction n'a jamais dit qu'elle avait été molestée. ». Le directeur conteste la version syndicale et se dit victime d'une séquestration avec des menaces proférées à son encontre, soutenu par la communauté professionnelle.

2010: le directeur et la DRH de l'hôpital Joffre-Dupuytren de Draveil (Essonne) ont été libérés le 19 mars à 19 heures. Ils étaient séquestrés par les représentants du personnel dans le sous-sol de cet établissement gérontologique où se déroulait une réunion entre les délégués syndicaux et la direction. 2009: la directrice de l'établissement est retenue avec une vingtaine d'autres personnes, dont des élus départementaux et des associations de familles, par des personnels opposés à la « fusion » entre leur établissement (Charles-Foix) et l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de Paris, a indiqué le délégué CGT.

2010: les directrices de l'hôpital Émile-Roux de Limeil-Brévannes, dans le Val-de-Marne, et du groupement hospitalier Henri-Mondor de Créteil ont été retenues pendant sept heures par des personnels hospitaliers.

CHSCT, rôle de la médecine de prévention, mise en place de comités de pilotage) ne sont pas adaptés à leur situation. Le CNG intervient efficacement, mais son rôle se limite à la prévention tertiaire.

Les représentants des directeurs ont fait connaître les difficultés générées par les relations avec la direction de l'ARS, surtout depuis que la loi HPST a modifié l'équilibre des cultures métiers de l'hôpital et créé de la précarité et de la tension professionnelle. Ce contexte doit faire l'objet d'une vigilance particulière surtout dans les périodes de

forte tension budgétaire qui impliquent des cadrages de plus en plus contraignants.

Face à cette situation de risque psychosocial qui commence à être reconnue chez les directeurs d'hôpital après avoir longtemps été tenue sous silence, des moyens de prévention et de correction de situations avérées existent mais ne répondent pas encore de façon complète aux besoins détectés. Comme pour tout poste de management, le sentiment de culpabilité empêche souvent la détection du risque et la reconnaissance des difficultés rencontrées et de leur gravité. Cette situation

de déni concerne d'ailleurs aussi bien l'intéressé lui-même que son entourage immédiat qui se sent ébranlé dans ses propres pratiques managériales, voire menacé de fragilisation à son tour. L'organisation très spécifique de la gestion du corps des directeurs d'hôpital dont l'évolution est encore très récente doit être perçue comme un facteur de protection permettant d'ouvrir de nouvelles perspectives en cas de difficultés. Cela suppose, bien sûr, un travail concerté au sein des établissements et au plan national comme avec les partenaires de ces derniers.» ●

## Quelques propositions

Pistes formulées par Dominique Cigan dans son mémoire professionnel

### Publier des articles et témoignages

sur le sujet dans la presse professionnelle.

**Utiliser l'activité de formation** comme levier pour vulgariser ces propositions. «Décider à quel moment la limite de l'acceptable est franchie est un problème collectif qu'on pense parfois ne plus avoir les moyens de même se poser.\*»

### Jouer collectif

Toutes les occasions de débattre du travail sont positives à condition qu'elles soient pensées et construites pour favoriser aussi les échanges entre ceux qui font le travail. Les occasions sont quasi quotidiennes dans la vie de l'établissement (séances de formation, prochaine visite de la HAS, réorganisation importante, conception de nouvelles installations...). C'est à l'ARS, en lien avec la direction générale, de mettre en place les conditions pour valoriser (au sens de valeurs individuelle et économique) les espaces existants. Cette agence revalorisera ainsi son rôle jusqu'alors cantonné au contrôle budgétaire.

### Mettre en place un CHSCT national

Cette instance nationale pourrait être alertée par une organisation syndicale nationale, la profession de directeur d'hôpital étant fortement syndiquée. Il pourrait aussi s'agir du CNG puisque ce centre est national et connaît nombre de situations à risques.

### Créer un poste de médecin du travail national

Permettre aux équipes de direction de rencontrer un médecin du travail qui ne serait pas celui avec qui elles traitent des dossiers du personnel, d'équipements ou autres peut impliquer la création d'une médecine préventive spécifique au niveau national (éventuellement déconcentrée).

\*Y. Clot, *Le Travail à cœur*.

Pour en finir avec les risques psychosociaux, La Découverte, 2010.)

## SOS directeur d'hôpital

### Les syndicats à l'écoute

En traitant la question des difficultés professionnelles des directeurs d'hôpital, l'ADH a voulu restituer une vision représentative de ce que les collègues ressentent. Il était indispensable de recueillir la position des quatre syndicats de directeurs, dont c'est également l'une des missions essentielles. Au moment de la consultation, le SMPS n'a pas été en mesure de répondre.

*Comment sont perçus les risques psychosociaux par vos adhérents (mode, phénomène profond et durable, révélateur...)?*

**Noël Vanderstock et Anne Meunier (Syncass-CFDT)** - Les risques psychosociaux sont, pour les directeurs, une réalité tangible. Le Syncass-CFDT observe une accentuation du stress, résultant de facteurs multiples. La pression budgétaire oblige à une gestion excessivement contrainte, plus toujours compatible avec l'intérêt général, la qualité, les attentes des usagers et des personnels. En réduisant l'emploi et en dégradant les politiques sociales, elle pèse sur le climat interne et entraîne des

tensions, qui se répercutent en chaîne, y compris auprès des médecins. Lorsque les marges de manœuvre ont disparu et que les organisations ont déjà été revues, il ne reste parfois, pour porter les plans de redressement, que le contournement du statut, les « astuces » (report de la maintenance, décalage de décisions, absence de provision de charges...), autant de comportements managériaux qui peuvent devenir fautifs, et en tout cas insatisfaisants, pour les équipes de direction.

Les relations avec nos tuteurs ne sont pas saines. La technostucture nationale s'est coupée des établissements, dans une



logique de suspicion, non de partenariat. La multiplication des normes, des exigences, des contrôles, des comptes à rendre, les « événements indésirables » divers sont d'autres facteurs de pressions. La responsabilité des directeurs est engagée, devant les élus, la presse, les usagers, parfois le juge. Même si cela gagnerait à être objectivé, les temps de travail tendent à augmenter, y compris à la maison ou en congés, à la mesure des sollicitations imposées aux directeurs. C'est insupportable, lorsqu'il apparaît que c'est en vain.

Même si les directeurs sont habitués à une certaine endurance, celle-ci a des limites. Pression, charge mentale, sentiment de mal faire se combinent en un cocktail devenant explosif. C'est dans les situations de crise, mettant en jeu le poste occupé, que les risques psychosociaux se montrent le plus clairement.

**Jean-Luc Gibelin (Collectif directeurs-UFMICT)** - Ce qui nous revient régulièrement des collègues côtoyés par nos adhérents, c'est une grande souffrance. Une grande solitude des collègues concernés. Ces situations personnelles sont souvent l'objet de non-dit, d'une forme de honte et de culpabilité.

Les collègues concernés ont souvent une réaction semblable de découvrir la situation même quand elles ou ils avaient eu l'occasion de côtoyer d'autres collègues en souffrance. Manifestement, cela relève de l'expérience personnelle, du ressenti individuel.

**Christian Gatard (CH-FO)** - Nous recevons de plus en plus d'appels de directeurs à la limite de l'épuisement professionnel cette fragilité de nombreux collègues est extrêmement préoccupante. Beaucoup se sentent seuls, livrés à eux-mêmes, non reconnus et non soutenus. Nous avons alerté à plusieurs reprises le ministère de cette situation sur laquelle il devrait être

très vigilant. Plusieurs dimensions de risques sont régulièrement évoquées: le manque de marge de manœuvre financière et budgétaire, la mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail à l'intérieur de l'établissement et avec l'ARS, les conflits de valeur souvent liés aux injonctions paradoxales, l'insécurité du poste particulièrement pour les chefs d'établissement, les exigences et l'intensité du travail ainsi que les exigences émotionnelles notamment chez les jeunes directeurs.

**En tant que permanents syndicaux, vous êtes à l'écoute des collègues, du terrain et de leurs souffrances: êtes-vous beaucoup sollicités? La gravité et l'ampleur de ce phénomène évoluent-elles selon vous?**

**Noël Vanderstock et Anne Meunier (Syncass-CFDT)** - Les sollicitations nous parviennent, directement ou de façon détournée. Mais de nombreux collègues ne l'expriment pas clairement, par pudeur,



Noël VANDERSTOCK  
Secrétaire nationale, section DH  
Syncass-CFDT

voire par honte à révéler une fragilité, perçue comme incompatible avec l'image de la fonction. Certains se sentent, à l'inverse, invincibles, comme s'il était interdit d'être affecté par les contradictions imposées. La décompensation brutale peut alors faire des ravages et nous avons à connaître des arrêts de travail longs, pour une reconstruction professionnelle parfois aléatoire, lorsqu'il n'est pas devenu trop tard. Certains comportements d'autorité, abusifs, sont à décoder à la lumière de l'analyse du risque psychosocial, montrant bien autre chose qu'un tempérament de tyran. Il y a aussi des glissements, lorsque l'on renonce à imposer une décision, par découragement ou usure professionnelle. Le renoncement n'est alors pas moins cruellement ressenti, et est destructeur. Souvent, les collègues tardent à admettre que la limite est atteinte. Cela accentue à la fois le risque encouru et la souffrance au travail.

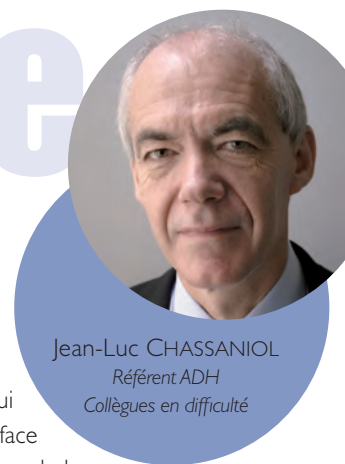
## Réflexion

### Les mots sur les maux

#### Solitude, mal-être...

... ce sont les deux mots qui me viennent à l'esprit et me semblent fidèles à ce que ressentent les collègues que je soutiens.

Ce qui me frappe, c'est que tous partagent un sentiment d'échec qui les affecte intimement. Acculés, ils ont la sensation d'être impuissants face à ce qui leur arrive, et ils ne font plus la différence entre ce qui relève de la sphère personnelle et ce qui relève de la sphère professionnelle. Plusieurs raisons à cela: d'abord notre époque, dans laquelle les technologies pénètrent dans le domicile; avec elles, le travail a envahi l'espace et le temps privés. *In fine*, des directeurs qui s'identifient trop à leur établissement. Dire « je suis en déficit », c'est exprimer une incarnation trop forte qui brouille les repères. Je cite aussi la solitude. Pour le chef d'établissement,



Jean-Luc CHASSANIOL  
Réfèrent ADH  
Collègues en difficulté



Jean-Luc GIBELIN  
Responsable  
du Collectif directeurs-UFMICT

Parmi les indicateurs peu cités, il faut aussi compter avec la mobilité. Elle n'est alors pas à comprendre comme une fuite, mais bien comme un moyen salubre de préserver l'équilibre personnel, lorsque l'exercice normal des fonctions, dans un poste donné, n'est plus possible. Et lorsque nous constatons que certains postes n'attirent plus, y compris des emplois fonctionnels, c'est le signe que les collègues savent qu'ils ne pourront pas s'y épanouir, du fait des contraintes et des risques qui les accompagnent. De ce point de vue, l'aggravation est évidente.

**Jean-Luc Gibelin (Collectif directeurs-UFMICT)** - Les situations individuelles qui nous reviennent sont régulièrement avec une forte dimension révélatrice des risques psychosociaux. Le mal-être au travail et l'insatisfaction professionnelle sont largement partagés. Nous notons une augmentation très sensible de ces phénomènes notamment depuis la montée en charge de la loi HPST avec un rôle

nouveau des directeurs généraux des ARS.

Nous avons une fréquence très soutenue de ce type de sollicitation. Ce sont plusieurs cas mensuellement. Elles sont souvent faites après de longs mois de repliement personnel, de tentative de « s'en sortir » tout seul. Nous constatons des blessures profondes, graves pour les collègues concernés. Pour autant, nous sommes aussi témoins de vraies reconstructions à l'issue de ces passages. Il n'est pas question de considérer que ces situations seraient irréversibles, bien au contraire.

**Christian Gatard (CH-FO)** - Nous sommes de plus en plus sollicités par les directeurs, chefs et adjoints, DH, D3S et DS mais également par les cadres administratifs, soignants et techniques. Ce qui est préoccupant, c'est une plus grande fragilité de directeurs « aguerris », en particulier des chefs d'établissement, solides, aux compétences fortes, reconnues et incontestées, qui nous appellent aujourd'hui. Il s'agit d'un phénomène nouveau. Ce sont des

collègues souvent très investis dans la gestion de la détresse des équipes et des tensions liés au travail dans leur établissement, qui éprouvent eux-mêmes ainsi que leurs propres équipes des formes d'épuisement très inquiétantes. Cela concerne notamment les gros établissements de type CHU, certains établissements de psychiatrie ainsi que des hôpitaux confrontés à des plans de retour à l'équilibre dans diverses régions; certaines régions donnant lieu à plus de signalements que d'autres, je pense notamment à la région Île-de-France.

**De quelles difficultés les directeurs d'hôpital se font-ils l'écho ?**

**Christian Gatard (CH-FO)** - Les difficultés budgétaires sont toujours mises en avant; pour nos collègues, la logique financière domine tout, lamine tout. Les régulations comptables faites par l'État et les ARS sont à courte vue, les collègues se plaignent du manque total de visibilité financière. Ils ont aussi l'impression de subir des réformes ou des projets de réforme qui se succèdent toujours à un rythme effréné et dont rien ne sort véritablement qui soit de nature à

elle est consubstantielle à la fonction; le pouvoir isole. Pour l'adjoint, elle est liée au fait qu'il peut difficilement s'exprimer, notamment avec ses collègues de l'équipe de direction. Un grand besoin d'écoute en résulte dans les deux cas, ce qui demande du temps!

### Il n'existe pas de profil type du collègue en difficulté...

... quel que soit l'âge ou le niveau de carrière, cela peut nous arriver à tout moment, et croire que « cela n'arrive qu'aux autres », sous-entendu « aux plus faibles », témoigne d'une incompréhension des RPS. Les collègues avec qui je me suis entretenu ont des vécus divers.

On pourrait se demander si le sexe est un facteur discriminant. En fait, pas particulièrement. Les directeurs, comme les directrices, traversent des moments pénibles; cependant, ces dernières me paraissent – c'est subjectif évidemment – plus aptes à

compartimenter vie pro et vie perso. Elles sont aussi moins dépendantes d'une trajectoire de carrière, autant d'éléments qui les aident à rebondir.

### Les collègues en difficulté se manifestent tard, trop tard...

... souvent quand ils ne sont plus capables de percevoir comment ils en sont arrivés là. Lorsque l'on a cessé d'évoluer, la lassitude et l'usure s'installent, c'est normal. Les collègues en difficulté ont en général du mal à tirer un trait et à se reconstruire. Je trouve éloquent la comparaison avec les mœurs actuelles: aujourd'hui, on ne s'acharne pas à poursuivre une vie commune avec quelqu'un que l'on a cessé d'aimer, on peut divorcer et refaire sa vie. Or, dans le milieu professionnel, on entretient parfois une forme de fidélité qui nous dessert plus qu'autre chose.

La mobilité constitue alors une très bonne réponse, plutôt que

améliorer leurs conditions d'exercice. Beaucoup de collègues se sentent seuls, livrés à eux-mêmes, sans boussole et sans cap donné par l'État concernant la politique hospitalière, et surtout sans soutien de la part des ARS et des administrations centrales. Du coup, ils ont le sentiment d'être des boucs émissaires.



Anne MEUNIER  
Secrétaire générale adjointe  
Syncass-CFDT

Il y a aussi les injonctions contradictoires ou paradoxales et en particulier obliger un directeur à tenir un budget en équilibre tout en lui réduisant ses moyens financiers. La majorité des CH sont aujourd'hui en déficit d'exploitation.

Enfin, la montée continue des éléments normatifs et de contrôle consommateurs d'un temps de travail croissant au détriment des fonctions d'animation et des relations sociales ou humaines.

**Noël Vanderstock et Anne Meunier (Syncass-CFDT)** - La pression externe, notamment budgétaire ou réglementaire, figure en bonne place. Les ARS ont une responsabilité particulière, dont elles ne sont pas toujours conscientes, d'autant qu'elles sont aussi sous tension. Les injonctions contradictoires sont fatales, lorsqu'elles deviennent une remise en cause injustifiée

de la compétence ou du savoir-faire des cadres de direction. Elles peuvent miner une équipe, lorsque les problèmes se répercutent en cascade, que les responsabilités se reportent entre collègues, la solidarité interne étant mise à mal. Cela transparait dans certaines pratiques de l'évaluation annuelle, par le report de responsabilités ou par l'affichage de résultats en réalité artificiels ou biaisés.

L'attitude du corps médical n'est pas uniforme. Une partie des médecins est rétive à toute évolution, attachée à des organisations non coordonnées, tentant de prendre les membres de l'équipe de direction en otage, dans des conflits de pouvoirs. Vis-à-vis des praticiens associés à la gouvernance et à la contractualisation interne, les équipes de direction doivent être en mesure de tenir les engagements pris. Ce n'est pas évident lorsque les ressources baissent.

Les relations sociales dégradées sont usantes, lorsqu'elles tournent au harcèlement ou à la guérilla. Difficile de déminer ces situations, lorsque des représentants, s'estimant dos au mur, ou surenchérisent entre organisations,

**Jean-Luc Gibelin (Collectif directeurs-UFMICT)** - L'élément central ressenti est bien celui du manque de reconnaissance professionnelle, voire de la non-reconnaissance. Le sentiment de ne pas pouvoir être compris, de se sentir pris dans un système sans fin. Indéniablement, le repliement et l'isolement accentuent fortement ces ressentis.

Joue aussi l'absence de soutien des ARS qui considèrent, dans trop nombreux cas, les directeurs comme des fusibles commodes à sacrifier en cas de conflits (avec les élus, les usagers, le personnel). Il en ressort un sentiment de solitude aggravé.

la procrastination, l'obstination à rester dans une configuration professionnelle qui ne fonctionne plus. Il faudrait renforcer dans notre corps les passerelles interfonctions publiques pour permettre à certains directeurs de s'épanouir dans d'autres voies susceptibles d'être plus épanouissantes. On devrait pouvoir élargir l'éventail des perspectives de carrières, sur le mode *the right man at the right place*.

## La détresse de l'adjoint n'est pas exactement la même que celle du chef d'établissement...

... ce n'est pas systématique, mais peut-être les adjoints assimilent-ils davantage leurs difficultés à une remise en cause personnelle, alors que les directeurs perçoivent dans le traitement qui leur est fait une injustice. La situation de l'adjoint en conflit avec un pair ou bien avec son chef est sans doute la plus complexe, pour lui, ses collègues et notre profession dans son ensemble. Il peut très difficilement s'en ouvrir à

d'autres, lesquels se refusent à prendre parti, ce qui peut se comprendre. Les conflits intercollègues sont très préjudiciables aux équilibres internes, tout simplement parce que les relations humaines sont en jeu au quotidien. À la différence d'une opposition frontale avec un DGARS.

## Ce sont les relations humaines qui sont en cause...

... et qui ont conduit à ces situations de mal-être. Nous nous investissons énormément dans nos métiers, et le prix à payer peut être très douloureux. Je pense à plusieurs exemples de collègues qui ont subi des comportements humains très irrespectueux, voire déviants. Les relations sociales dans certains établissements (rares, heureusement!) sont encore très archaïques et les effets induits, très pénibles à vivre.

Davantage encore que la pression financière (quel métier y échappe?), ce sont bien souvent les relations interprofessionnelles qui sont en jeu : accuser la loi HPST de manière systé-

dépassant les limites, et que le rappel au droit survient trop tard. L'attitude des élus, dans des situations de crise, se surajoute, pas toujours pour le mieux. Et l'État est alors un arbitre ambigu, condamnant les directeurs à des discours infondés.

Le manque de reconnaissance, lorsque l'on pense avoir fait le maximum, est une déception qui peut miner, ou être ressenti comme une cruauté du responsable hiérarchique, de l'ARS, du ministère. Un symptôme constant du sentiment d'injustice dans la vie professionnelle est le découragement, incitant au repli. La démotivation se transforme en attente de la retraite, lorsque la fin de carrière approche.

**Quel soutien apportez-vous et quels dispositifs ou types d'accompagnement devraient être développés pour le consolider? Que faire à votre avis pour éviter autant que possible à l'avenir de telles situations?**

**Jean-Luc Gibelin (Collectif directeurs-UFMICT)** - Il y a les collègues qui rencontrent des difficultés à l'occasion des évaluations, à l'occasion des relations avec le

supérieur hiérarchique. Il s'agit alors de leur redonner confiance en eux en pointant. Nous les accompagnons le plus possible.

Il s'agit de vrais accompagnements soutenus. Il faut aider les collègues à renouer le contact, à reprendre confiance, à communiquer et échanger pour se réinvestir dans de nouvelles fonctions.

Il y a besoin d'expériences positives qui permettent de « tourner » la page.

La reconnaissance professionnelle, le succès dans de nouvelles fonctions, la réussite de nouveaux défis sont des éléments de soutien efficaces. Éviter ces situations passe, pour nous, par un renforcement des notions de travail d'équipe, par la possibilité d'accompagnement le plus précoce possible, par des possibilités réelles de mobilité choisie équitables et non de publication de poste « réservé » qui accentue les difficultés à trouver une « sortie » honorable pour les collègues.

Il est important d'en parler, de ne pas dramatiser ces situations, d'aider à l'expression de ces situations pour sortir de l'isolement qui est vraiment un facteur aggravant.

**Christian Gatard (CH-FO)** - Nous sommes vigilants par rapport à ces situations de fragilité qui se développent et nous soutenons nos adhérents. Nous signalons les problèmes et nous alertons régulièrement les pouvoirs publics, CNG, DGOS, ARS, cabinet de la ministre de la Santé. Nous avons un service juridique avec un conseil pour les difficultés – et elles sont fréquentes – qui nécessitent des recours particuliers. Nous avons obtenu une rencontre régulière DGOS/représentants des DGARS/CNG pour évoquer les problèmes mais cet espace d'échanges dans un groupe restreint ne nous paraît pas fructueux ni efficace. Le sujet d'un CHSCT pour les directeurs est crucial au niveau du CNG pour prendre en compte les RPS. Un premier axe de travail de travail devrait être consacré à la mise en œuvre d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS chez les cadres de direction; un deuxième axe aux dispositifs d'appui à la démarche d'évaluation et de prévention à mettre en œuvre; un troisième à l'évaluation des plans en fixant des critères qualitatifs et quanti-

matique, c'est se tromper de cible et nier la complexité humaine. Les risques psychosociaux sont une réalité intemporelle: la nouveauté est que, désormais et à juste titre, la société ne les tolère plus et souhaite intégrer leur prise en charge dans le management.

### La confidentialité est le maître mot...

... de la relation qui s'installe avec le collègue en difficulté, et l'absence de jugement de valeur la condition *sine qua non*. Je passe principalement du temps à écouter, en posant des questions pour que l'on comprenne ensemble la situation et qu'on recherche des pistes viables. Sous aucun prétexte je n'évoque le cas d'Untel ou d'Unetelle, sauf si l'intéressé m'a demandé d'intervenir auprès d'une autre partie. Mais, là encore, il ne s'agit pas de médiation, car c'est un métier à part entière. Je les oriente vers la protection juridique, vers leur syndicat lorsqu'ils en ont un et que la situation prend une tournure disciplinaire. Souvent, je me rends compte qu'il faudrait

aller bien au-delà dans les problèmes évoqués, qui touchent à l'intime, mais ce n'est pas mon rôle.

### L'ADH a mis en service une ligne de psychologues assistants dans le cadre de la protection de ses adhérents...

... et je suis surpris que les collègues y aient aussi peu recours alors qu'elle leur apporterait beaucoup. Le facteur *intuitu personae* compte, bien évidemment, dans les déboires ou les crises de parcours: certains reçoivent des coups et rebondissent, d'autres accusent le choc et l'intériorisent, avec des dégâts collatéraux qui peuvent se répercuter jusque dans leur vie de famille. Ils ont énormément besoin de parler; or, au-delà du soutien confraternel, il ne faut pas perdre de vue que savoir écouter, c'est un métier. L'assistance de thérapeutes leur serait à mon sens très utile, particulièrement pour démêler les problèmes d'ordre personnel et professionnel qui se percutent. Ils ont besoin d'être écoutés par des professionnels, pas d'être coachés, même si c'est la mode!





Christian GATARD  
Secrétaire général  
CH-FO

tatifs. Un projet d'accord devrait être discuté avec les OS pour cela. Par ailleurs, une compétence devrait être dévolue au CNG en matière de formation continue des directeurs, ce sujet mériterait d'être étudié en lien avec les organisations syndicales, l'ANFH et l'EHESP. Le CNG devrait aussi développer sa compétence en matière de bourse de d'emploi et aller beaucoup plus loin pour faciliter la mobilité des directeurs vers les deux autres fonctions publiques, l'État et la territoriale. Un plan d'actions devrait être étudié sur la question des fins de carrière et de la «deuxième vie professionnelle des directeurs». Je tiens également souligner que l'amélioration des conditions d'exercice des directeurs passe aussi par des réponses urgentes à apporter à la crise du système de santé et notamment de l'hôpital public qui nécessite un véritable retour aux valeurs et aux principes du service public hospitalier ainsi que d'im-

portantes réglementations nouvelles; le CH-FO a fait nombre de propositions dans ce sens.

**Noël Vanderstock et Anne Meunier (Syncass-CFDT)** - Souvent le soutien consiste en une écoute active et en conseils opérationnels. La fonction syndicale comporte depuis longtemps cette dimension, car nous capitalisons une expérience des situations professionnelles complexes. Être extérieur à l'établissement permet un regard neutre, plus objectif. Et nous sommes à même d'intervenir auprès des autorités – cabinet, DGOS, élus politiques – et des interlocuteurs syndicaux, de toutes étiquettes. Enfin, le Syncass-CFDT agit en liaison avec le CNG, par des alertes, des échanges d'informations et des recherches de solutions. À côté des soutiens individuels, notre mission syndicale est aussi une défense collective, constituant une prévention. Argumenter le rétablissement du service public hospitalier est sans rapport visible; mais lorsque nous proposons et que

nous faisons amender les textes, que nous plaidons pour une juste allocation des ressources, nous contribuons à la sérénité des établissements et de leurs responsables! Tout comme lorsque nous exigeons le respect de nos fonctions.

Le Syncass-CFDT a proposé, en 2011, une charte de l'éthique et de la responsabilité. C'est une préoccupation que nous continuons à porter, parce qu'elle s'inscrit dans le droit-fil de ce sujet. Respecter les rôles et les responsabilités, c'est assurer les moyens, pas seulement matériels, mais aussi des pratiques socialement responsables.

Il manque aujourd'hui un lieu, commun aux directeurs des trois corps de direction, pour faire entendre leurs messages, concernant les conditions de travail et les risques psychosociaux qui les caractérisent. Cela ne se fait pas par des audits externes, mais par l'écoute des cadres de direction. Un CCN commun serait une piste très utile. Notre revendication – ancienne – d'un comité médical a ce même sens d'espace d'objectivation des situations, de protection des personnes et de respect des droits. Il faut obtenir ces instances, qui permettront des progrès, sans suffire à tout régler.

Les directeurs et les équipes de direction ont la conscience de faire un métier exigeant et complexe. Ils ne ménagent ni leur peine ni leur temps. Le soutien des autorités, le respect de leur engagement sont essentiels. Aujourd'hui, la souffrance au travail des directeurs n'est pas d'abord dans la complexité accrue de gestion des conflits et la résolution des contradictions. Elle est dans la perte de sens et dans le conflit éthique qui se pose à chaque collègue, lorsqu'il a le sentiment de ne plus pouvoir agir avec compétence et humanité, selon ses valeurs. Affirmer nos valeurs communes est, ainsi, une opération de salubrité et de prévention. Nous le devons à la profession, mais aussi à ceux que nous servons et à ceux qui nous sont proches.

## Nous avons besoin d'une médecine du travail structurée en dehors de l'hôpital...

... pour les grands corps nationaux, centralisée ou régionalisée. Ainsi que d'un CHSCT national. La médecine du travail peut jouer un rôle d'alerte dans le cas de dérives et dans la prise en charge des RPS.

Ce dossier du JADH est une bonne initiative, comme le colloque organisé par la GMF en janvier, car cela nous permet d'en parler collectivement. Mais charge ensuite à chacun de gérer ses difficultés, d'où l'intérêt d'un dispositif institutionnel – pourquoi pas un CHSCT national? – en complément de ce que font déjà le CNG, l'ADH, les syndicats et bien des collègues, souvent anonymes, mais maillon indispensable et invisible de cette chaîne de solidarité.

Président d'honneur de l'ADH,  
Jean-Luc Chassaniol  
assume une mission d'écoute  
et d'aide aux collègues en difficulté.

## Entretien

# Magistrats en souffrance... mais que fait la justice ?

L'ADH, fidèle à ses habitudes d'ouverture sur d'autres sphères professionnelles, a souhaité investiguer dans le secteur de la justice sur la prise en charge des RPS. L'Union syndicale des magistrats (USM) apparaît comme un acteur clé de la sensibilisation à la souffrance au travail chez les magistrats. De la place Vendôme à l'avenue de Ségur, les mêmes effets sont-ils produits par les mêmes causes ? Comment structurer un dispositif institutionnel et alerter sur le malaise du terrain ? Entretien avec Pascale Loué-Williaume, conseillère à la cour d'appel de Versailles, chargée de mission Santé et sécurité au travail à l'USM.

L'USM se préoccupe de longue date du « bien-être » et des conditions de travail des magistrats ; mais c'est depuis 2010 qu'elle s'est saisie notamment de la question des risques psychosociaux, dans un contexte de sévère austérité, marquée par plusieurs drames humains. « La justice est le parent pauvre des budgets nationaux, or le manque de moyens matériels et humains génère une réelle souffrance sur le terrain », souligne Pascale Loué-Williaume. L'administration judiciaire est particulièrement impactée par la révision générale des politiques publiques (RGPP) et la loi organique relative aux lois de finances (Lolf) qui introduisent la notion de performance dans l'action de la justice.

« L'efficacité n'est bien évidemment pas une ambition à remettre en cause, mais quand elle suppose des processus de réduction des ressources dans un ministère déjà sous-doté, cela pose des difficultés certaines. On doit gérer la pénurie. »

Ces politiques drastiques ont joué un rôle déclencheur de souffrance au travail, y compris parmi des chefs de juridiction, juristes de métier, qui assument des fonctions d'encadrement par appétence et conviction et se sont retrouvés tenus de répondre à des objectifs chiffrés. « Nous avons connu des situations paroxysmiques avec plusieurs collègues qui ont mis fin à leurs jours, le premier en septembre 2010 au tribunal de Pontoise. Malgré nos demandes répétées, il a fallu

attendre mai 2011 pour que soit ouverte une mission d'inspection interne, alors que notre collègue avait signalé une surcharge de travail à laquelle il lui était impossible de faire face. Nous nous sommes fortement mobilisés pour que, contrairement aux pratiques qui ont cours, on ne laisse pas les choses sous cloche, et pour qu'on n'impute pas exclusivement à des motifs personnels ce geste fatal. »

Malheureusement, quatre suicides sont survenus en l'espace de deux ans au sein des personnels de la cour de Versailles. Sans prétendre distinguer la part d'intime et de publique qui sont toujours inextricablement liées dans ces situations dramatiques, les faits ont irrémédiablement eu des retentissements douloureux sur les effectifs en place et sur la communauté professionnelle au sens large. L'USM a amorcé une réflexion à l'automne 2010 et a appuyé la création d'un groupe de travail animé par le ministère sur la souffrance au travail, impliquant des représentants des magistrats, des greffiers, des personnels de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse. Début décembre 2013, un plan d'actions a été validé par les parties prenantes. Il comprend plusieurs volets, notamment les suivants, soutenus par l'USM :

- un protocole qui rappelle leurs responsabilités aux acteurs hiérarchiques, établit des recommandations et un calendrier de mise en place depuis 2014 et jusqu'à l'horizon 2015 ;
- un protocole portant sur la violence interne (harcèlement, management brutal) et externe (agressions, incivilités des usagers), qui sera diffusé dans tous les tribunaux, en renseignant vers qui s'adresser, comment solliciter une enquête, etc. ;
- l'obligation d'assurer des formations à destination des cadres de service en matière de prévention des RPS ;
- l'établissement systématique d'une fiche de poste pour l'ensemble des agents, ce qui, jusqu'à présent, n'existait pas pour les magistrats ;



Pascale LOUÉ-WILLIAUME  
Conseillère à la cour d'appel  
de Versailles, chargée de mission  
Santé et sécurité au travail  
à l'USM

- l'organisation de modalités d'accueil pour les nouveaux arrivants.

«Nous avons également insisté afin que des mesures d'accompagnements pour les personnels et les proches soient mises en place suite aux autolyses. Nous plaçons aussi pour des groupes de parole entre magistrats portant sur les conditions de travail et leur impact sur la vie professionnelle mais aussi sur la vie personnelle.»

À l'ADH, même si les objectifs sont sensiblement différents, le groupe de réflexion éthique animée par Christine Girier Diebolt propose dans le même esprit de confronter ses méthodes de management, de tester son positionnement et de recueillir les conseils des collègues lorsque des conflits de valeur, sous toute forme, surgissent.

Les magistrats bénéficient d'une médecine du travail, et des vacations de psychologues commencent à être mises en place dans les tribunaux en difficulté. Mais le management est très démuné, et ne dispose pas de marges de manœuvre. «À défaut d'un meilleur terme, notre management est "à l'ancienne": il n'existe pas de médiation, d'espace neutre quand un conflit hiérarchique surgit.»

Les magistrats sont gérés nationalement dans une configuration très bureaucratique et c'est au niveau central que se décident les mobilités. Depuis quelques années, les magistrats ont des primes modulables en fonction de leurs objectifs lors de leurs évaluations. Très récemment, des entretiens de carrière ont été mis en place, sur la base du volontariat. On est loin du bilan de compétences, néanmoins c'est un premier pas vers l'accompagnement de carrière.

Des juridictions dépourvues, des objectifs de rendement difficilement atteignables: les conditions des magistrats sont rudes. Mais *quid* des pressions médiatiques et politiques qui peuvent peser davantage encore sur eux? «Notre statut et notre indépendance nous protègent, l'influence du politique ou de la presse ont, je pense, peu d'incidence sur notre quotidien. Mais le devoir de réserve peut avoir



**Nous sommes investis, comme les fonctionnaires hospitaliers, d'un engagement professionnel fort. Nous n'avons pas choisi la profession de magistrat par hasard mais par vocation.**

des effets pervers. Notre culture nous rapproche des militaires: le magistrat représente l'autorité régaliennne, et ne peut faire aveu de faiblesse. Dire "je ne m'en sors plus", même si les mœurs évoluent, reste difficile. De plus, nous sommes investis, comme les fonctionnaires hospitaliers, d'un engagement professionnel fort. Nous n'avons pas choisi la profession de magistrat par hasard mais par vocation. Se trouver dans l'incapacité matérielle, faute de moyens, de temps, de pouvoir délivrer un service adapté aux justiciables nous coûte. Les réponses que nous apportons sont inévitablement dégradées: on motive de plus en plus difficilement les décisions de justice, on a moins le temps d'écouter; dans certains tribunaux, faute de salle dédiée, les gens attendent dans les escaliers... Cette situation produit beaucoup d'insatisfaction et de frustration.» Or beaucoup d'entre nous pratiquent encore l'autocensure, et souffrent en silence. Comme dans les organisations représentatives des cadres hospitaliers et à l'ADH, l'USM propose à ses adhérents en difficulté une aide et des conseils: une *hotline* pour les magistrats en difficulté est accessible. L'USM édite aussi un guide, *Magistrats: vos droits*, qui précise le rôle et les services à disposition, des instances aux comités de soutien professionnel.

Outre le comité de suivi du plan d'actions précité, l'USM agit au niveau du CHSCT ministériel avec voix délibérative et est impliqué dans les comités techniques et départementaux, notamment pour que les parties soient formées à la prévention des RPS. Leur rôle consiste aussi à appuyer les élus des instances de dialogue social pour relayer les demandes d'alerte ou de visites d'établissements.

«Nos revendications participent d'une volonté que notre ministère se modernise

en matière de ressources humaines. Le secteur privé se préoccupe de bien-être au travail depuis déjà un certain temps, c'est parfois même traité comme une mode, mais, dans notre milieu, nous en sommes à la préhistoire! La situation est critique: 1 400 départs à la retraite sont prévus d'ici 2017, et dès l'année prochaine, il va manquer 400 à 500 postes dans les tribunaux.»

Une réflexion engagée par le gouvernement actuel, «Réforme pour la justice du XXI<sup>e</sup> siècle», sera présentée par Christiane Taubira à l'Unesco les 10 et 11 janvier. Elle prévoit de revoir les attributions des magistrats pour répartir différemment les missions et de réorganiser les juridictions.

«La santé est l'affaire de tous, la justice seulement de certains, et pourtant il nous faut nous battre pour obtenir des conditions de travail décentes permettant un service à la hauteur des justiciables. Nous avons parfois honte de notre façon de rendre la justice, et la France est d'ailleurs classée au même niveau que les derniers pays entrants dans l'UE. Cela fait réfléchir.» ●

## FOCUS Union syndicale des magistrats

L'USM est le principal syndicat des magistrats de l'ordre judiciaire. Apolitique et pluraliste, l'USM a obtenu 6 890 voix aux dernières élections professionnelles et compte 2 200 adhérents sur les 8 200 magistrats de l'ordre judiciaire. En schématisant, la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail s'applique aux trois juridictions: cour d'instance, cour d'appel et Cour de cassation. La législation est mise en œuvre par les chefs de service de ces juridictions, respectivement le président et le procureur de la République (cour d'instance), le premier président et le procureur général (cour d'appel) et le premier président et le procureur général (Cour de cassation).