

La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public et privé)

Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête Conditions de travail 2013¹

Emmanuel ABORD DE CHATILLON [Cerag, Université Grenoble Alpes], Claire BLONDET [Groupe Alpha], Bénédicte BRANCHET [Cerag CNRS], Christophe CRAMBES [Université Montpellier], Nathalie COMMEIRAS [Université Montpellier], Mathieu MALAQUIN [Groupe Alpha], Maryline ROSSANO [Cerag, Université Grenoble Alpes] et Annick VALETTE [Cerag, Université Grenoble Alpes]

Les résultats et analyses publiés ici n'engagent que les auteurs

La littérature et les enquêtes existantes confirment que les personnels d'établissements de santé sont, de manière générale, particulièrement exposés aux facteurs de risques psychosociaux au travail définis par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail en 2011. La très forte augmentation exigée de la productivité, l'intensification du travail, le sentiment de qualité empêchée et de conflit de valeurs qui en découlent, les changements de structure et d'organisation du travail importants ou encore les exigences de flexibilité des horaires et des compétences y sont autant de facteurs de risque. Ils sont partagés par le secteur public comme par le secteur privé, même si le risque d'une rupture du contrat psychologique relatif aux apports et attentes réciproques implicites, liée aux écarts entre ce qui est attendu de l'employeur et ce qu'il met en œuvre, est certainement plus fort dans le public que dans le privé. Par ailleurs, la structure d'activité diffère entre établissements publics et privés. Les établissements privés, moins présents sur les activités d'urgence et de médecine psychiatrique, semblent moins exposés aux risques d'agression des patients et de leur famille.

L'objet de la recherche présentée dans cette synthèse² est de mieux comprendre la situation des établissements hospitaliers, publics comme privés, face aux risques psychosociaux (RPS), d'explorer les modalités des actions de prévention qu'ils déploient et d'étudier leurs effets sur les travailleurs. Comment les modalités de régulation de l'emploi affectent-elles les pratiques quotidiennes de travail ? Comment les dispositifs de prévention des RPS se structurent-ils ? En partant des modes de gestion de la prévention des RPS, comment une organisation comme l'hôpital, dans toute sa complexité, construit-elle ou non des solutions concrètes face à ces difficultés ?

1. Synthèse du travail de recherche financé par la DGAFP dans le cadre de l'appel à projet de recherche lancé par la Dares en collaboration avec la DGAFP et la Drees : « Les conditions de travail dans la crise », post-enquête Conditions de travail 2013.

2. Le rapport complet est à télécharger sur le [site du Cerag](#).

La recherche s'est appuyée sur une double approche, quantitative et qualitative. Le volet employeur de l'enquête Conditions de travail 2013 (encadré Méthodologie) a été exploité à partir de régressions logistiques. Des études monographiques (encadré Méthodologie) ont été menées sur six établissements, de taille équivalente, ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique : une clinique privée à but lucratif appartenant à un groupe, un établissement privé à but non lucratif et quatre établissements publics.

Le premier résultat de cette analyse croisée est que les différences de politiques et de pratiques de prévention des RPS entre établissements privés et publics sont marginales. Par ailleurs, les données quantitatives donnent une image d'établissements plus largement engagés dans l'action que ne le laissent voir les études qualitatives. Il est probable qu'il soit difficile pour les répondants à l'enquête Conditions de travail, dont la fonction varie par ailleurs selon les établissements, d'avoir une connaissance précise du sujet. Dans ces circonstances, le biais de désirabilité peut être important et conduire, par exemple, à assimiler un projet à sa mise en œuvre effective, une action très localisée à une action généralisée, etc.

Les résultats présentés dans cette synthèse relèvent avant tout des études monographiques, mises en relation, lorsque c'est possible, avec les résultats des analyses quantitatives.

Un problème connu de tous, des représentations confuses, des actions qui font débat

L'objet « RPS » se laisse difficilement cerner. L'approche des risques psychosociaux par les différents acteurs de l'hôpital est marquée par une confusion entre ce qui relève des causes et des symptômes, des troubles et des risques, des dimensions individuelles et collectives, des origines professionnelles et personnelles, ainsi que des approches organisationnelles et psychologisantes. La définition des risques psychosociaux a été stabilisée par le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux en 2011 : « *Les risques psychosociaux sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* ». Mais elle peine à s'ancrer dans les représentations et les pratiques de terrain.

Le problème est, lui, partagé. Ses manifestations les plus courantes et les plus dérangeantes pour les directions sont les absences pour raisons de santé. Les autres acteurs le perçoivent aussi à travers les comportements et les expressions de souffrance des salariés.

L'équipe de recherche n'a pas repéré de différences importantes entre établissements publics et privés dans l'identification des causes. Les conditions de travail, et en particulier son intensification, sont considérées comme les premiers facteurs de risque. Les différents acteurs partagent aussi l'idée que les pratiques managériales sont ambivalentes quant à leurs effets sur les RPS. Elles peuvent être facteur de risque par leurs formes, leurs

déviances ou leurs déficits mais également facteur de prévention à travers des dispositifs de reconnaissance ou de prise en compte des situations individuelles dans les modes de gestion. Les cadres constituent par ailleurs un groupe professionnel particulièrement exposé aux RPS. Ces résultats confirment le rôle croissant affecté à l'encadrement intermédiaire dans la régulation d'ensemble, quel que soit le statut de l'établissement, rapprochant ainsi la santé d'autres secteurs d'activité. Seules les relations aux patients introduisent de la variabilité entre public et privé, étant plutôt mentionnées par les salariés des établissements publics.

La légitimité du terme « risques psychosociaux » et de la nature des actions de prévention qu'il convient de déployer font débat dans tous les établissements, qu'ils soient publics ou privés. Pour les uns, représentants du personnel, médecins du travail mais aussi certains DRH, les RPS étant la conséquence des conditions de travail, toutes formes d'actions qui ne s'attaquent pas à celles-ci sont peu légitimes parce que vaines. Pour les autres, ingénieurs ou infirmiers en prévention des risques, la plupart des DRH ou d'autres membres de direction, la prévention des RPS doit surtout se centrer sur les risques qui se déploient autour du travail, évoluant alors souvent vers une approche de qualité de vie au travail, jugée à la fois plus positive et donnant lieu à des actions à spectre plus large. Plus on s'éloigne du travail, plus la capacité d'action grandit mais moins elle touche aux causes profondes. De cet effet de ciseau découle la plus ou moins grande légitimité accordée aux termes et aux actions qui s'y rattachent. Au-delà des clivages qui s'expliquent par les différences de postures et de rôles des acteurs, il est notable que nombre d'interlocuteurs oscillent au cours des entretiens d'une position à une autre, montrant ainsi une forte ambivalence dans la manière dont il convient de poser les problèmes et les solutions.

La mise en œuvre des actions de prévention est poussée par les impératifs réglementaires

Les politiques de prévention des risques psychosociaux portent la marque de l'époque où elles ont été déployées. Car, si les raisons objectives de se saisir de la question ne manquent pas, il faut l'aiguillon des impératifs réglementaires et/ou des autorités de tutelle pour que les établissements se mettent concrètement à agir. Les époques d'engagement des démarches marquent alors la forme, bien plus que le fond, des dispositifs déployés : première vague initiée à la fin des années 2000 suite à la mobilisation nationale autour des risques psychosociaux, accords nationaux interprofessionnels sur le stress au travail (2008) et sur la prévention du harcèlement et des violences au travail (2010), accord-cadre dans la fonction publique pour l'élaboration du plan de prévention des RPS (2013), exigence de rendre compte des pratiques d'amélioration de la qualité de vie au travail dans les procédures d'accréditation des établissements par la Haute Autorité de santé à partir de 2014.

Un déficit de « leadership » et de coordination des acteurs

Ces politiques de prévention, déployées à l'échelle de l'établissement finissent toutefois par s'essouffler. Cet essoufflement est notamment le fait d'un déficit d'incarnation et de coopération par et entre les acteurs. Quel que soit le niveau d'implication dans la hiérarchie de l'hôpital et la fonction du porteur de projet (le plus souvent le DRH), la prévention des risques psychosociaux ne fait généralement pas l'objet d'un pilotage stratégique. Elle est d'ailleurs rarement mentionnée dans les projets d'établissement.

La comparaison public/privé ne fait pas apparaître de différences notables à partir de l'échantillon étudié, si ce n'est que les cadres de direction d'hôpitaux privés ne viennent pas forcément du secteur de la santé et ont donc tendance à importer des pratiques issues d'autres secteurs. De leur côté, les services qualité jouent un rôle indéniable mais pas central dans la prévention des risques psychosociaux en milieu hospitalier, tant il est vrai qu'ils s'attachent plus à l'outil et à sa forme qu'à son objet, le travail. On leur en délègue la gestion si le dispositif est déjà opérationnel ou parce que rien ne concourt à ce qu'il soit mis en place ou encore parce qu'il se limite à l'approche « qualité de vie au travail » de la certification. Manquant de formation sur la prévention des risques professionnels (soit parce qu'ils ont un profil de type « ingénieur industriel », soit parce qu'ils sont issus des professions de soin), perçus comme très dépendants de la direction, leur légitimité à prendre en charge la prévention des RPS est loin de faire l'unanimité.

Les médecins du travail et de prévention, quant à eux, s'ils constituent des partenaires incontournables de la politique de prévention des risques psychosociaux, peinent à coordonner leurs actions avec les démarches formelles d'établissement. Bien que leur position leur permette d'être des observateurs précieux de la santé au travail et des « confesseurs » potentiels de la souffrance ressentie par les personnels, ils ne parviennent pas toujours à sortir du « colloque singulier » médecin-patient et disposent de peu de leviers pour intervenir sur les collectifs de travail.

L'exemple le plus marquant de la difficile coopération des acteurs sur la prévention des risques psychosociaux réside dans les modalités de participation des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) aux politiques mises en œuvre. Au-delà des aspects concrets et factuels, la démarche de prévention des RPS s'avère être un objet difficile à intégrer dans les relations sociales : les directions n'entendent pas certaines choses (la violence qui peut affleurer quand on lance ce sujet) et ne sont pas forcément prêtes à remettre en cause leur pouvoir sur l'organisation du travail. Le CHSCT et les organisations syndicales ont du mal à trouver leur position. Il peut y avoir des difficultés techniques d'appropriation, par exemple un document tel que le rapport du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail n'est pas si facile à appréhender. Il y a aussi des problèmes

de temps et de priorités syndicales qui peuvent être mises sur d'autres sujets. Il y a encore la capacité des représentants du personnel à « absorber » la souffrance au travail, dont ils peuvent eux-mêmes être victimes, et ceci à double titre, en tant que travailleurs et en tant que représentants des travailleurs, ce qui les expose à des risques psychosociaux spécifiques. Enfin, certaines organisations syndicales, parties prenantes de la démarche au départ, s'en retirent ensuite par crainte d'être jugées « complices » de ce qui risquerait de s'avérer n'être finalement qu'une « mascarade ».

Des ressorts de l'action ancrés dans des histoires singulières...

Les résultats de l'enquête Conditions de travail 2013 montrent que trois motivations arrivent en tête pour développer la prévention des risques professionnels : le respect des obligations légales, la demande des salariés ou de leurs représentants et la désorganisation due aux absences pour raisons de santé. Ces motivations se retrouvent bien au sein des établissements étudiés. Toutefois, selon les acteurs et les époques, certaines seront plus ou moins mises en avant, d'autres restant en partie indicibles. C'est le cas des « événements difficiles », euphémisme désignant des tentatives de suicide ou des suicides de salariés, parfois sur le lieu même de leur travail, qui sont les grands absents dans les motivations énoncées par les différents acteurs même si, au fil des échanges, ils sont souvent évoqués.

Calendriers de l'action qui diffèrent d'un établissement à un autre, pluralité des acteurs concernés par l'identification et la résolution des problèmes de RPS, motivations implicites et explicites diverses, la façon dont chaque établissement porte ou non les démarches de prévention des risques psychosociaux est liée aux histoires singulières des établissements et au contexte réglementaire bien plus qu'au statut public ou privé qui paraît jouer un rôle secondaire pour comprendre les déterminants de l'action.

... mais des actions standardisées par le cadre institutionnel et le mimétisme...

Si les histoires racontées pour soutenir et expliquer le déploiement d'une politique de prévention des RPS diffèrent, les pratiques sont, elles, standardisées. Elles peuvent s'expliquer par l'influence des institutions régulatrices d'une part, et par une forme de standardisation des méthodologies proposées par les conseils extérieurs sollicités par les hôpitaux.

Face à un « objet RPS » souvent mal compris, les établissements instituent des comités de pilotage, lancent des enquêtes, déploient des démarches de diagnostic des causes sur les équipes ou services à problème, font intervenir des conseils divers et variés ou encore mettent en place des groupes de travail pour concevoir une méthode d'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp). Ce dernier constitue toutefois un bon exemple des

limites de cette normalisation. Bien que le cadre réglementaire impose que les risques psychosociaux soient intégrés en tant que tels dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, aucun des établissements étudiés ne l'a réalisé à ce jour. Sans compter que le document unique en lui-même n'est pas toujours, loin de là, un outil que les établissements parviennent à rendre opérationnel, au-delà de la conformité réglementaire, et par là même à faire vivre dans la durée. L'articulation de l'analyse quantitative et qualitative a permis de constater un biais dans les réponses à cette question dans l'enquête Conditions de travail. Alors qu'aucun des établissements étudiés n'a intégré les risques psychosociaux au document unique, la majorité d'entre eux a déclaré le contraire lors de l'enquête par questionnaire. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce décalage : méconnaissance de la personne ayant rempli le questionnaire, souci d'apparaître en conformité avec les prescriptions légales ou désir d'anticipation sur une démarche qu'on sait devoir mettre en place.

Trois grands types de mesures de prévention des RPS se dessinent : les mesures collectives, les mesures individuelles et les formations. Les mesures collectives s'articulent principalement à la volonté de réactiver des lieux d'expression passablement ébranlés par les nouvelles formes d'organisation du travail qui laissent peu de place à l'échange. Ces lieux peuvent prendre la forme classique de réunions d'équipe mais sont parfois redéfinis par de nouveaux formats de durée et de positionnement horaire ainsi que par l'élargissement à des tiers (psychologue, médecin du travail, ...). À l'instar des groupes de travail, ils ont pour enjeu le questionnement des pratiques professionnelles par les équipes.

Ces mesures collectives cohabitent avec tout un ensemble de mesures individuelles visant moins à prévenir les risques psychosociaux qu'à les prendre en charge. L'approche est alors moins centrée sur l'organisation que sur l'individu. Elle peut se décliner dans un accompagnement destiné à aider l'agent à faire face à des problèmes considérés comme personnels et pouvant tout à fait relever de la sphère privée. L'approche peut également déboucher sur un autre type de mesures visant cette fois à soulager ponctuellement la personne des désagréments physiques ou psychiques causés par son travail.

Outre ces dispositifs spécifiques figure la formation qui, comme bien souvent dans d'autres domaines, est mobilisée comme un outil évident permettant d'apporter des solutions aux problèmes rencontrés. Pour autant, la pertinence et l'efficacité opérationnelle de ces formations est rarement évaluée.

... et qui restent « à distance » des salariés

Les démarches de prévention des RPS demeurent le plus souvent très abstraites pour les soignants, qu'ils soient simples agents ou encadrants. Ils adoptent plus facilement des mesures pratiques mises à leur disposition qui demeurent toutefois faiblement

utilisées, notamment parce qu'elles se heurtent à leurs contraintes : pour se rendre à une séance de « toucher-massage » – compétence enseignée aux soignants dans le cadre des soins d'accompagnement –, faut-il encore avoir la possibilité de se dégager une pause, ou pour se rendre à une réunion d'équipe, faut-il encore avoir l'énergie de le faire après une journée de 12 heures auprès des patients. Le management associe plus spontanément la question des RPS à des réflexions et actions autour du travail et de son organisation au quotidien. De la même façon, les infirmières et les aides-soignantes semblent plus sensibles à la question des horaires, de la charge de travail et des moyens, notamment humains, pour y faire face. Elles semblent avant tout à la recherche de réponses immédiates à ces questions concrètes.

Une politique de prévention qui peine à s'articuler aux pratiques professionnelles autonomes...

Cette politique de prévention « normalisée », qui s'essouffle dans le temps, traduit un relatif décalage par rapport aux réalités et aux contraintes qui pèsent sur le travail des soignants. Les plans d'action et les mesures mise en œuvre restent souvent à la surface des choses et, plutôt que de transformer les conditions d'exercice des soignants, ont tendance à vivre en parallèle de l'activité concrète ou de dispositifs déjà existants.

Les cadres de santé, à côté des dispositifs institutionnels orchestrés par le niveau central, mettent en œuvre des pratiques plus autonomes, dans la tradition de leur profession et de l'activité d'encadrement traditionnelle : attention à la reconnaissance, attention aux spécificités individuelles, groupes d'échanges *ad hoc* en cas de coup dur, réunions d'équipe, micro-arrangements de l'organisation du travail. Ces initiatives montrent peu de différences entre les établissements publics et privés rencontrés, et pour cause. Ils partagent le même cœur de métier. Il semble toutefois que les pratiques soient plus homogènes entre services dans l'établissement privé lucratif étudié. Deux causes possibles à cela : sa taille plus réduite et une formation des cadres plus standard et plus systématique au service d'un pilotage plus contrôlant et contrôlé.

Pour les établissements publics comme privés, de manière surprenante, les réunions d'équipe occupent une faible place et semblent devenir des événements exceptionnels. Un hiatus apparaît entre le métier du soin et l'idée même de prévention des RPS. Le paradoxe réside ici dans le fait que les établissements hospitaliers ont, de longue date, intégré les outils de la prévention. Les échanges de pratiques, les groupes de réflexion sur le contenu de l'activité, le travail en équipe, la mise en commun des situations à problème constituent des outils qui existent depuis longtemps dans ces organisations. Cependant, il semble que le mouvement d'intensification de la période récente ait brisé ces espaces qui permettaient une régulation naturelle des difficultés. La prévention des RPS

vient parfois compenser ce qui a été précédemment détruit par l'intensification, sauf que ces démarches s'inscrivent dans l'activité d'une manière beaucoup plus artificielle et moins intégrée au travail quotidien. Ceci explique également pourquoi les actions sur la souffrance individuelle, historiquement présentes dans les établissements, n'émergent pas forcément comme associées à une prévention des RPS. Cette dernière apparaît pensée en plus de ce qui existe et non pas avec.

... et aux mesures d'organisation du travail

Parallèlement aux politiques de prévention des risques psychosociaux, certaines mesures d'organisation bousculent le travail des soignants. Elles produisent des effets contrastés sur leur exposition aux risques psychosociaux, positifs dans certains contextes, terriblement négatifs dans d'autres.

Ces (ré)organisations, qui visent à la performance financière dans le privé à but lucratif et à l'équilibre budgétaire dans le public, se traduisent par un ajustement des effectifs qui cherche à être au plus près de la charge de travail et par des arrangements pour compenser les absences pour raisons de santé, phénomène particulièrement prégnant à l'hôpital. Cette politique d'organisation du travail et de gestion de la main-d'œuvre qui, au regard des moyens déployés, apparaît clairement stratégique, ne fait que rarement l'objet d'un rapprochement explicite avec la politique de prévention des risques psychosociaux. Dans tous les cas, les deux démarches peinent à s'articuler.

Ainsi, qu'il s'agisse des « pools » de remplacement, plus fréquents dans le privé, ou de l'entraide entre ou au sein des pôles d'activité de l'établissement, l'enjeu est

la mobilité et la polyvalence des agents. Dans certaines situations, les salariés y trouvent leur compte, par exemple lorsque ces arrangements organisationnels s'appuient sur du volontariat de jeunes qui refusent de s'installer d'ores et déjà dans un poste établi. Mais dans bien des cas, ces dispositifs destinés à pallier les effets de l'absentéisme dans les équipes sont eux-mêmes générateurs d'angoisse pour les agents qui perdent les repères liés à la stabilité au sein d'une équipe de travail. De la même façon, la refonte des plannings, destinée à mieux ajuster l'effectif à la charge et à faciliter le rappel des agents en cas d'absence, a également un effet ambivalent sur les RPS, notamment dans le cadre des plannings en 12 heures, tant il est vrai que leur acceptation est très variable d'un individu à l'autre.

La mise en place de ces dispositifs montre qu'il existe des solutions organisationnelles pour travailler sur la prévention des risques psychosociaux, mais l'institution dispose rarement des marges de manœuvre pour les utiliser de façon efficace. Ainsi, dans l'un des établissements étudiés, la direction, pour sortir des 12h, a préféré instaurer un horaire de 7h30, obligeant les personnels à travailler cinq jours par semaine et trois week-ends sur quatre, plutôt que celui de 9h proposé par les syndicats. Ce dernier offrait plus de temps de respiration mais nécessitait le recrutement de 25 personnes supplémentaires pour assurer les rotations de personnel. Les établissements de santé se rabattent alors sur des solutions dégradées en termes organisationnels – des équipes de remplacement trop peu nombreuses et absorbées par les seuls congés maternités – et sur des mesures qui, bien qu'étiquetées « prévention des risques psychosociaux », font plus office de pis-aller, comme par exemple la « méditation pleine conscience ».

Méthodologie

L'enquête Conditions de travail

Depuis 1978, tous les sept ans, la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) réalise l'enquête Conditions de travail. Celle-ci interroge les actifs occupés, en face-à-face, sur leurs conditions de travail telles qu'ils les perçoivent. L'enquête est effectuée auprès d'un échantillon représentatif de la population de 15 ans ou plus exerçant un emploi.

En 2013, pour la première fois, l'enquête intègre une surreprésentation des agents des trois versants de la fonction publique (État, territoriale, hospitalière) et du secteur hospitalier privé. Cette extension a été financée par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Ainsi, cet échantillon supplémentaire permet de réaliser des analyses fines par versant de la fonction publique et des comparaisons entre les différents secteurs d'activité.

L'enquête comporte également un auto-questionnaire, rempli par l'enquêté lui-même, afin d'aborder des questions plus délicates et notamment de mesurer plus précisément l'exposition aux risques psychosociaux. Elle comprend de plus un questionnaire postal adressé aux établissements qui emploient les salariés interrogés, appelé volet « employeurs », qui fournit davantage d'informations concernant les politiques de gestion des ressources humaines et de prévention des risques. L'enquête permet ainsi des analyses couplant la réponse des salariés à celle de leur employeur.

Des monographies construites à partir d'entretiens avec des acteurs-clés

La construction des monographies a été réalisée à partir d'une somme de données composées d'une part d'entretiens et d'autre part de documents internes aux organisations concernées.

Au préalable, ces établissements ont été retenus en s'appuyant sur une classification ascendante hiérarchique à partir de l'enquête Condition de travail.

S'il n'y a pas eu de difficultés majeures en ce qui concerne les établissements publics, la situation a été beaucoup plus compliquée pour les établissements privés. L'équipe de recherche a ainsi été contrainte de se tourner vers un établissement qui n'appartient pas aux établissements enquêtés, mais reste de même nature que les autres par sa taille et son activité.

Chaque type de personne rencontrée était soumise aux mêmes questions, mais les guides d'entretien étaient cependant légèrement différents, en référence à la position occupée par chacun.

La logique commune qui a prévalu à la définition de ces guides était la suivante :

- Qui est la personne rencontrée ? Depuis quand exerce-t-elle son rôle ?
- Observer la manière dont elle parle des RPS, ce à quoi elle rattache ce terme, ce à quoi elle ne le rattache pas, ce qu'elle dénonce, ce qu'elle soutient.
- L'interroger de manière large sur ce qui est fait dans l'établissement pour prévenir les RPS.
- L'interroger ensuite sur des dispositifs précis : enquête, consultant, formation, groupe de travail, Duerp, CHSCT, événements indésirables, autres...
- L'interroger sur ce qu'elle fait elle, en matière de prévention des RPS et sur ce qui devrait être fait.
- L'interroger sur ce qu'elle considère être une situation « type » ou « exemplaire » de RPS dont elle a été témoin ou dont elle a entendu parler.
- Et lui demander comment elle se situe sur une échelle d'exposition aux RPS... et la faire parler...

Directeur de la publication : **Thierry Le Goff**

Rédacteur en chef : **Adrien Friez**

Responsable d'édition : **Nadine Gautier**

Études, recherches et débat n°4 - ISSN : en cours

Département des études, des statistiques et des systèmes d'information
DGAFP - 139, rue de Bercy - 75572 Paris Cedex 12

RAPPORT ANNUEL

La collection Rapport Annuel rassemble les rapports publiés par la DGAFP. Le *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique* présente, dans la partie « Politiques et pratiques de ressources humaines », les grands axes de gestion des ressources humaines et, dans la partie statistiques « Faits et chiffres », un bilan social de la fonction publique. Cette collection propose également le *Rapport annuel sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique*, dont la première édition est parue en 2014. En sont issues des brochures telles que « Chiffres-clés » et « Tableau de synthèse ».

POLITIQUES D'EMPLOI PUBLIC

Les publications regroupées au sein de cette collection traitent tous les thèmes rattachés à la gestion prévisionnelle des ressources humaines, de la gestion des connaissances à celles des compétences. Elle propose également les protocoles d'accord issus des négociations avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique.

CADRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

Destinée à tous les cadres de la fonction publique – encadrement supérieur, cadres intermédiaires et de proximité – cette nouvelle collection propose des outils de management et de gestion des ressources humaines. L'objectif : fournir à ces managers des outils pour agir.

LES ESSENTIELS

Cette collection - destinée à un large public - rassemble sous forme de fiches ou de livrets pédagogiques, les informations concernant le recrutement, les concours, les carrières, la formation et, au sens large, tous les aspects du parcours professionnel des agents de la fonction publique.

OUTILS DE LA GRH

Destinée en priorité aux gestionnaires des ressources humaines, cette collection regroupe de nombreux outils d'aide au pilotage utilisés au quotidien par les services RH. Le Répertoire interministériel des métiers de l'État (Rime), le Dictionnaire des compétences, des guides ponctuels, le kit « Démarches, outils et acteurs de la mobilité » à titre d'exemples, en font ainsi partie.

STATISTIQUES ET RECHERCHE SUR LA FP

Cette collection est déclinée en quatre sous-collections, destinées aux décideurs, gestionnaires, statisticiens et chercheurs : « Stats rapides » présente des indicateurs et premiers résultats ; « Point Stat » livre une analyse synthétique des résultats d'enquêtes et d'études statistiques en quelques pages ; « Documents et méthodes » propose des points d'étape sur des travaux de recherche et de méthodologie ; « Études, recherche et débats » présente des analyses approfondies, aussi bien quantitatives que qualitatives.