Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
DE L'AGROALIMENTAIRE
ET DE LA FORÊT

Secrétariat général **Service des ressources humaines** **Sous-direction du développement professionnel et des relations sociales** **BASS** **78, rue de Varenne** **75349 PARIS 07 SP** **0149554955**	**Note de service** **SG/SRH/SDDPRS/2014-629** **29/07/2014**

Date de mise en application : Immédiate
Diffusion : Tout public

Date limite de mise en œuvre : 31/12/2015
Cette instruction n'abroge aucune instruction.
Cette instruction ne modifie aucune instruction.
Nombre d'annexes : 1

Objet : Déclinaison par chaque service du ministère de l'accord cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux

Destinataires d'exécution
DRAAF DAAF DDT(M) DD(CS)PP EPLEFPA Etablissements d'enseignement supérieur vétérinaires et agricoles

Résumé : Chaque chef de service doit élaborer d'ici fin 2015 un diagnostic puis un plan d'action relatif à la prévention des risques psychosociaux, dans une démarche pérenne et pragmatique d'amélioration des conditions de travail

Textes de référence :Décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique
Arrêté du 13 mars 2012 portant institution des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail au ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement

du territoire
Accord cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique

Le 22 octobre 2013, un accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique a été signé par huit organisations syndicales et par l'ensemble des employeurs des trois versants de la fonction publique.

La présente note a pour objet de préciser, pour le ministère en charge de l'agriculture, les conditions de mise en œuvre de l'accord cadre, en premier lieu pour le lancement des phases de diagnostic et des plans d'action par les employeurs.

L'accord cadre vise à renforcer la prévention des RPS dans la fonction publique.

Il s'agit d'une première étape dans le cadre d'une réflexion plus large sur l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail et sur la prévention de l'ensemble des risques professionnels.

L'accord prévoit notamment que **chaque employeur réalisera un diagnostic puis un plan d'action d'ici fin 2015**. Les actions identifiées pourront dépasser largement le thème de la santé, de la sécurité et des conditions de travail, car elles s'inscrivent dans la réflexion globale relative à la qualité de vie au travail.

Chaque chef d'un service du ministère doit donc réaliser un diagnostic et un plan d'action relatif aux RPS, permettant une amélioration pérenne des conditions de travail et de la qualité de vie au travail. La démarche doit être engagée en 2014 et plan d'action défini d'ici fin 2015.

L'approche devra se baser sur l'observation du travail réel, ce qui implique que les agents soient effectivement associés sur leur lieu de travail comme au travers de leurs représentants dans les CHSCT. Le diagnostic sera intégré au document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), qui doit être mis à jour annuellement.

Afin d'aider les chefs de service, la DGAFP a diffusé un ***Guide méthodologique*** *d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique,* accessible sur le site intranet du MAAF. La lecture de ce guide est indispensable pour tous les acteurs de la prévention des RPS. Sa rédaction le rend également accessible à toute personne intéressée par le sujet.

En complément, **les enseignements tirés de l'expérience du réseau des inspecteurs santé et sécurité au travail** (ISST) sont développés dans la présente note, afin d'identifier, dans le contexte du ministère, les principales difficultés inhérentes à ce type de démarche.

Des **formations** seront mises en place. Elles seront suivies obligatoirement par les chefs de services (directeurs de structures), leurs chefs de projet, les IGAPS, et les ISST. Un référentiel de formation sera défini pour un déploiement local de formations à destination des autres acteurs concernés. Un **partage de documents de référence** sera organisé sur l'intranet ministériel et un **accord cadre** sera élaboré en pour les cas nécessitant l'intervention d'un prestataire extérieur.

Enfin, une note de service ultérieure organisera un premier bilan d'étape de la démarche et le suivi des plans d'action.

La Secrétaire générale

Valérie METRICH-HECQUET

Table des matières

I.La déclinaison de l’accord-cadre au MAAF....3
I.1.Les chefs de service responsables de la réalisation des plans de prévention....3
I.2.Les objectifs fixés pour les chefs de service....3
I.3.Rôle des acteurs....4
Les personnels....4
Les représentants du personnel....4
La hiérarchie....4
CHSCT....4
Les inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST)....5
Les assistants de service social (ASS)....5
Les médecins de prévention....5
Les assistants de prévention (AP) et les conseillers de prévention....6
Les ingénieurs et inspecteurs généraux chargés de l’appui aux personnes et aux structures (IGAPS)....6
II.Engager une démarche RPS au MAAF. Comment s'y prendre ?....6
II.1.1er préalable : savoir ce que l’on fait, mettre en place la concertation, piloter au bon niveau, garder le cap et la mesure....7
Savoir ce que l’on fait :....7
Piloter et mettre en œuvre au bon niveau....7
Mettre en place la concertation,....7
Garder le cap et la mesure :....7
II.2.2ème préalable : s’appuyer sur un diagnostic fondé sur l'analyse du travail et partagé entre les acteurs....8
La préparation du diagnostic : une phase interne déterminante....8
Un diagnostic solide et bien orienté : un outil d'élaboration....8
II.3.3e préalable : Faire des choix....8
Choix : l'intervention d'un prestataire extérieur, intérêts et limites 9
Choix : quelle méthodologie d’investigation ?....9
II.4.4ème préalable : définir les actions adaptées à la structure et les planifier....10
Diagnostic et plan d'actions : un ensemble cohérent....10
Le choix des indicateurs: en cas de doute, rester modeste....10
Le plan d'actions, défini en lien avec le CHSCT, est le plus souvent pluriel....10
II.5.5ème préalable : Formalisation, suivi et pérennité....10
Une communication à la hauteur de l'engagement....10
Une prévention durable et un DUERP à jour....11
III.Appui méthodologique....11
III.1.La formation des acteurs de la démarche....11
Les formations du niveau national : directeurs, chefs de projet, IGAPS, ISST, ASS. .11
Les formations du niveau régional....12
III.2.Partage de documents de référence via l’intranet....12
III.3.Achat de prestations d’accompagnement à la mise en œuvre des diagnostics et plans d’action locaux....12
III.4.Les indicateurs....13
Indicateurs obligatoires....14

I. La déclinaison de l'accord-cadre au MAAF

I.1. Les chefs de service responsables de la réalisation des plans de prévention

La loi définit une obligation générale de sécurité incombant à l'employeur. Celui-ci « *prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1°Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ; 2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et des moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.* » (article L 4121-1 du code du travail).

Pour la fonction publique d'État, les **employeurs sont les « chefs de service »** qui sont chargés par l'article 2-1 du décret du 28 mai 1982 modifié, de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité, dans la limite de leurs attributions et dans le cadre des délégations qui leur sont consenties.

Il s'agit des autorités administratives ayant compétence pour prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'administration placée sous leur autorité, soit au ministère en charge de l'agriculture :

- **les directeurs d'administration centrale,**
- **les directeurs (régionaux) de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt,**
- **les directeurs des EPLEFPA,**
- **les directeurs des établissements d'enseignement supérieur.**

En administration centrale, la proximité des communautés de travail, le suivi par le CHSCT commun d'administration centrale et la nécessaire intégration dans le document unique d'évaluation des risques professionnels d'administration centrale rendent nécessaire la mise en place d'un **comité spécifique chargé de la coordination** des démarches de diagnostics et de plans d'action.

I.2. Les objectifs fixés pour les chefs de service

L'accord cadre fixe comme objectif la **mise en place par chaque employeur d'un plan d'action avant fin 2015**. Cet objectif est naturellement repris pour les services du MAAF.

Afin de rendre possible cet objectif, **la démarche de diagnostic devra être engagée dans tous les services avant fin 2014**.

Il convient cependant de rappeler que la réalisation du diagnostic et du plan d'action n'est pas une fin en soi, l'objectif fondamental étant l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail.

Le diagnostic et le plan d'action seront intégrés au **document unique d'évaluation des risques professionnels** (DUERP) et au **programme annuel de prévention** des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. L'actualisation périodique de ces documents conduira à enrichir tant le diagnostic que les mesures mises en œuvre.

En conséquence, la **démarche doit être abordée dès le départ comme pérenne**. L'effort sera important en 2014-2015, mais il ne doit pas être vu comme limité dans le temps. Les mesures prévoyant l'introduction des diagnostics dans les DUERP et des plans d'action dans les programmes annuels de prévention, documents présentés périodiquement aux CHSCT, traduit cette exigence de travail continu.

L'objectif fixé est donc la réalisation par chaque employeur d'un diagnostic et d'un plan

d’action, permettant une amélioration pérenne des conditions de travail et de la qualité de vie au travail.

I.3. Rôle des acteurs

Les personnels

Les personnels sont des acteurs de la prévention tant pour eux-mêmes que pour leurs collègues.

Sur le plan collectif, les agents peuvent être amenés à ressentir les situations difficiles rencontrés par des collègues. La qualité du collectif de travail joue sur les niveaux de prévention primaire (suppression des causes), secondaire (aide à faire face aux situations à risque) et tertiaire (gestion des crises).

L’implication des personnels tant les différentes phases de la démarche de prévention des RPS est un facteur clé de réussite.

Les représentants du personnel

Dans le cadre du CHSCT ou dans les discussions sociales hors institution, les représentants du personnel ont un rôle majeur d’alerte, de propositions et de concertation sur l’élaboration des solutions. Leur interface entre le terrain et l’ensemble des acteurs impliqués dans la prévention participe au repérage des problématiques et à leur prise en charge articulée.

La hiérarchie

Comme rappelé supra le chef de service est responsable de la politique de prévention des risques. Plus largement, l’encadrement joue un rôle déterminant à chaque niveau, par les décisions d’organisation, le climat instauré, la prise de décision. L’ensemble de la hiérarchie doit repérer le plus en amont les situations difficiles et y apporter les réponses appropriées.

L’ensemble des niveaux hiérarchiques doit être impliqué, tant dans la construction du diagnostic, du plan d’action que dans la mise en œuvre ultérieure.

CHSCT

Le CHSCT joue un rôle majeur dans la prévention et le suivi des actions en matière de RPS. Le CHSCT formule des propositions, des avis et assure le suivi des politiques de prévention mises en œuvre. Il s’agit donc d’un lieu de débat essentiel pour partager les diagnostics et construire les plans d’action. Les décisions restent de la responsabilité de l’autorité administrative, qui prend en compte les débats tenus lors des CHSCT.

En administration centrale, la responsabilité de construction du diagnostic et du plan d’action incombe aux directeurs centraux qui vont travailler avec les comités techniques spéciaux de direction pour organiser la concertation et mettre en place les actions. Cependant, les diagnostics et les plans d’action seront ensuite intégrés au DUERP et au programme de prévention d’administration centrale. Le CHSCT, qui se réunit uniquement au niveau de l’administration centrale, débattra de l’ensemble des actions d’administration centrale.

Pour les établissements d’enseignement agricole technique, le directeur définit les modalités de mise en œuvre des diagnostics et des plans d’action, en concertation avec les agents ainsi qu'avec leurs représentants élus dans les instances de l’EPLEFPA. Le CHSCT régional est tenu informé des démarches entreprises par les directeurs des établissements.

Les inspecteurs santé et sécurité au travail (ISST)

Essentiellement tournées vers l'inspection, les missions de l'ISST comprennent aussi un rôle de conseil et d'appui auprès des directeurs comme personne ressource en prévention dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

En cas d'urgence, l'ISST propose les mesures immédiates qu'il juge nécessaires. Il est associé aux procédures mises en œuvre dans le cas des situations de travail présentant un risque grave pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions.

En matière de prévention des RPS, l'ISST contrôle leur prise en compte dans l'évaluation des risques professionnels via leur inscription dans le DUERP et la mise en place de mesures de prévention. Il vérifie que l'instance consultative spécialisée dans les questions de santé et de sécurité au travail (CHSCT / CoHS) traite des questions relatives aux conditions de travail.

En matière de conseil, L'ISST apporte un appui méthodologique et promeut la démarche de prévention des RPS auprès des structures. En outre, à la demande du chef de service, il peut être personne ressource en matière d'accompagnement des acteurs de la prévention notamment dans la phase de préparation du diagnostic.

Il peut être amené, dans des situations difficiles, à proposer collégialement avec les autres acteurs institutionnels (Médecin de prévention, IGAPS, Assistant de service social) des mesures de prévention.

Les assistants de service social (ASS)

Les ASS assurent une aide individuelle aux agents les sollicitant, participent à l'organisation d'actions collectives d'information et d'échanges et alertent les responsables sur les situations à risque dans les services.

Ils participent donc au niveau local à la démarche d'élaboration des diagnostics et des plans de prévention des RPS aux trois niveaux de prévention :

- la prévention primaire : de par leur fonction de veille sociale, ils apportent des éléments d'observation sociale qui participent à l'identification des facteurs de risque,
- la prévention secondaire : ils peuvent proposer des actions de prévention en lien avec les différents partenaires de la gestion des ressources humaines (bureau du personnel, médecin de prévention, ISST, agent de prévention, services de formation et de communication) et, le cas échéant, avec des intervenants extérieurs.
- la prévention tertiaire : les ASS sont acteurs dans la prise en charge des situations à risques avérés.

Les médecins de prévention

Le médecin de prévention a un statut particulier : il est lié à l'employeur par un contrat de travail, mais son indépendance est garantie sur le plan médical. Comme tout médecin, il est soumis aux règles du code de déontologie médicale (notamment secret médical).

Le médecin de prévention assure la surveillance médicale obligatoire, la surveillance à la demande des personnels ou de l'administration, les visites de reprise et les examens complémentaires quand ils sont nécessaires.

Pour un tiers de son temps, il agit sur le milieu professionnel, dans le but de prévenir. Il évalue les conditions de travail, conseille l'administration et les agents sur l'adaptation des conditions de travail pour assurer la protection des agents contre les nuisances et risques d'accident de service ou de maladie professionnelle. Il propose des mesures de prévention et de sensibilisation, élabore des fiches relatives aux risques professionnels, propose des actions de formation à l'hygiène et au

secourisme. Le médecin de prévention participe, en tant que conseiller, à l'élaboration du document unique et participe donc au même titre à la démarche de diagnostic et de plan d'action relatif aux RPS.

Les assistants de prévention (AP) et les conseillers de prévention

Les assistants de prévention (AP) sont chargés d'assister les chefs de service auprès duquel ils sont placés dans la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité.

Ils contribuent à l'analyse des risques professionnels et des causes des accidents de service et de travail, notamment par la participation aux enquêtes du CHSCT et à la visite des sites. Ils assurent également la sensibilisation, l'information et la formation des personnes.

Les agents de prévention sont un maillon important dans la prise en compte de tous les risques par la relation qu'ils peuvent avoir avec l'ensemble de la communauté de travail et le chef de service.

Pour la problématique des RPS, leur rôle sera précisé dans la lettre de cadrage signée par le chef de service. L'intégration du diagnostic RPS dans le DUERP nécessitera leur appui, considérant leur implication dans l'élaboration et la mise à jour de ce document.

Les conseillers de prévention assurent la coordination des AP ; ils sont institués lorsque l'importance des effectifs ou l'organisation le justifie.

Les ingénieurs et inspecteurs généraux chargés de l'appui aux personnes et aux structures (IGAPS)

Les IGAPS assurent :

- vis à vis des agents (hors enseignants), un suivi personnalisé des parcours professionnels et du déroulement des carrières,
- vis à vis des services, un appui au management, en particulier en matière d'accompagnement du changement, de veille et d'alerte en matière de gestion des ressources humaines, de relations sociales, de fonctionnement des structures ou de mise en œuvre des politiques publiques.

Les IGAPS sont organisés au sein du réseau d'appui aux personnes et aux structures (RAPS) en missions d'appui aux personnes et aux structures (MAPS).

Pour chaque structure, l'IGAPS référent sera destinataire, pour avis, des projets de diagnostic et de plan d'action avant leur validation et intégration au DUERP.

II. Engager une démarche RPS au MAAF. Comment s'y prendre ?

Le cadre méthodologique fourni par le guide DGAFP est un outil précieux pour le lancement de toute démarche de prévention des RPS. Pour, concrètement, en illustrer les propos plus particulièrement au MAAF, vous trouverez ci-après les **enseignements** tirés par le réseau des ISST des démarches RPS qui ont été menées ces dernières années dans nos structures. Ces enseignements constituent **5 préalables pour bien engager une démarche RPS.**

II.1. 1er préalable : savoir ce que l'on fait, mettre en place la concertation, piloter au bon niveau, garder le cap et la mesure

Savoir ce que l'on fait :

La raison d'être d'une démarche RPS est d'améliorer les conditions de travail en traitant les difficultés existantes –qui peuvent être d'ordre collectif ou d'ordre individuel, en s'organisant pour éviter que de nouvelles difficultés n'émergent et en développant progressivement une culture préventive primaire.

L'exercice initial consiste, à partir de l'analyse du travail quotidien de la structure- à identifier les facteurs de risque psychosocial (phase de diagnostic) puis à construire un plan d'actions tendant à traiter les risques identifiés, puis à les prévenir.

Il convient de ne pas s'arrêter à l'objectif de réalisation d'un diagnostic et d'un plan d'action, qui ne sont pas des fins en eux-mêmes. L'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail nécessite une action continue sur le plus long terme.

Piloter et mettre en œuvre au bon niveau

Il est essentiel que la direction –**au plus haut niveau**- **porte** le projet et fasse connaître à tous les agents ce positionnement stratégique. Cet engagement aura son importance tout au long du processus pour assurer que le sujet des risques psychosociaux est pris en compte, qu'il est « digne d'intérêt » dans le cadre d'une démarche et pas seulement lorsque la direction est confrontée à des situations dégradées.

La mise en œuvre de la démarche est confiée à un groupe de projet.

Le **responsable projet** doit être désigné dès le départ. Ce peut être le directeur adjoint, le secrétaire général, un agent placé auprès du directeur... Il doit être légitime et formé spécifiquement (cf infra). Les autres membres du groupe projet sont désignés rapidement par le chef de service auquel il appartient d'apprécier la place à donner aux différents acteurs .

Mettre en place la concertation,

La circulaire interministérielle du 20 mai sur la déclinaison de l'accord cadre rappelle l'importance d'un travail participatif des agents dans leur ensemble et de la prise en compte de leurs remarques. Le diagnostic devra donc se construire avec les agents car la mise en place des actions sera d'autant plus efficace qu'elle sera partagée par le plus grand nombre.

Les chefs de service doivent donc s'employer à faciliter ce travail d'échanges et de concertation.

Garder le cap et la mesure :

En raison de la complexité du risque psychosocial, une démarche RPS nécessite de la part du groupe projet un temps régulier sur une longue période et ce, quelle que soit la méthode choisie.

C'est donc un **investissement à long terme** qui doit être perçu comme tel dès le début afin de ne pas générer d'attente déçue ou casser une dynamique trop impatiente d'obtenir des résultats rapides.

Les **moyens doivent donc être réaliste**s : il ne s'agit pas de réaliser un investissement extraordinaire qui ne pourra durer qu'un faible temps, mais plutôt de mettre en œuvre une démarche que la structure pourra soutenir.

II.2. 2ème préalable : s'appuyer sur un diagnostic fondé sur l'analyse du travail et partagé entre les acteurs

La préparation du diagnostic : une phase interne déterminante

La tout première phase de démarrage des travaux consiste dans la **préparation du diagnostic qui à l'expérience se révèle être une phase déterminante pour la suite**.

En effet, plutôt que de chercher à répondre à une obligation de faire, la direction doit prendre le temps et accepter d'identifier le **besoin** propre à la structure en matière de conditions de travail. Ce temps et cette analyse, qui requièrent quelques réunions de groupes de travail collectifs, ne peuvent pas être externalisés. Ils serviront de base pour « démarrer ensemble » et pour fixer les objectifs, le périmètre et les moyens, écrits et partagés avec l'équipe projet. Ils seront également précieux pour éclairer certains choix méthodologiques à opérer plus tard. La formation des acteurs permet à ce stade le favoriser la cohésion du groupe.

Un diagnostic solide et bien orienté : un outil d'élaboration

La démarche RPS s'élabore autour d'un plan d'actions **construit sur les fondements d'un diagnostic solide.**

Pour servir de fondement, le diagnostic doit résulter d'une réflexion ancrée sur les **conditions de travail (l'activité) de la structure elle-même**. En effet, si les expériences des structures voisines peuvent être source d'inspiration, elles ne peuvent être transposées d'une structure à l'autre -à moins de réaliser un travail très artificiel qui priverait in fine de toute possibilité d'appropriation et d'amélioration.

Les situations de travail et de leur vécu dans la structure doit être analysé de manière aussi fine et **neutre** que possible ; il faut s'attendre à ce que cela révèle des forces et des faiblesses.

Il est fortement conseillé d'utiliser les 6 indicateurs DARES[1] pour classer les forces et les faiblesses identifiées et les exprimer en termes de facteurs de risques ou d'amélioration au plan psychosocial.

Enfin, le diagnostic doit être **partagé,** ce qui suppose des allers/retours, de la concertation et une bonne communication entre la direction/le groupe projet/le CHSCT et les agents. A défaut de consensus sur la « photographie » de la situation, il est conseillé de persister dans cette phase et de discuter encore, car les actions qui seraient lancées sur un désaccord se trouveraient très certainement n'être pas adaptées (le plan verrait alors sa finalité compromise) et de surcroît ceci créerait des frustrations (boîte de pandore tant redoutée).

Si un diagnostic ne peut être complètement « externalisé » à un cabinet prestataire, il peut être recouru à un intervenant pour certains travaux. Dans ce cas, le choix doit être bien étudié (cf 3ème préalable).

II.3. 3e préalable : Faire des choix

L'identification des objectifs et des moyens, le choix des méthodes et l'éventualité d'un accompagnement extérieur sont autant de décisions stratégiques, qui doivent faire l'objet d'une discussion au sein de l'équipe projet et avec le CHSCT.

Choix : l'intervention d'un prestataire extérieur, intérêts et limites

A l'expérience, la réalisation d'un diagnostic/plan d'actions "clés en main" est irréaliste.

1 Les indicateurs DARES *in Dares analyses décembre 2010 n°081* sont: les exigences du travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie et de marges de manœuvre, le manque de soutien social et de reconnaissance au travail, les conflits de valeur, l'insécurité de l'emploi et du travail.

Dans les nombreuses structures qui ont fait le choix d'un intervenant extérieur, il a pu être constaté de très grandes difficultés à s'approprier la démarche une fois la mission du consultant achevée.

Pour autant, le recours à un consultant peut s'avérer adapté pour des situations difficiles **(**conflits, évènements graves) et/ou dans le cadre de changements importants car il présente le double apport d'expertise et de neutralité nécessaires dans ce type de cas. Cependant, le départ du consultant peut là encore s'avérer bloquant pour la poursuite de l'action.

Ainsi, tout l'art consiste à recourir à un intervenant extérieur plutôt comme **facilitateur** et plutôt **pour une mission précisément définie,** en veillant donc :

- à ne pas déplacer le rôle de pilotage de la démarche, celui-ci devant rester au responsable de structure,
- à ne recourir à un consultant qu'après avoir défini son rôle dans la phase de diagnostic (donc après la phase d'analyse des besoins citée ci-dessus),
- à positionner le consultant sur de la méthodologie et de l'accompagnement de préférence au fond de façon à laisser les instances décisionnelles au cœur de la démarche **tout en les accompagnant et à favoriser une montée en compétences internes** que la structure capitalisera après le départ du consultant.

Choix : quelle méthodologie d'investigation ?

L'investigation par **questionnaire** doit être choisie avec prudence. Ce type d'outil est séduisant mais n'est pas indispensable. Outre les limites présentées dans le guide DGAFP (niveau d'analyse très global, mécanismes explicatifs non mis en évidence), le choix des questions et l'analyse des réponses demandent une forte technicité et un temps important, qui seront rarement disponibles dans les services du MAAF. Le recours à un intervenant extérieur risque d'être indispensable et cette analyse ne pourra être reproduit ultérieurement par la structure. Les précautions et conseils de méthode mentionnés par le guide devront être appliqués précisément.

L'investigation par **entretiens individuels** nécessite également une forte technicité qui pourra aussi justifier un accompagnement extérieur. Cette investigation est également très chronophage. La difficulté est de passer des problématiques individuelles aux mécanismes collectifs.

Ces deux outils développés par le guide DGAFP ne sont pas impératifs. Une démarche plus simple peut également être réalisée en interne à partir de groupes de travail (par service ou par métier), à partir de compétences d'animation et de synthèse qui peuvent être disponibles en internes ou extériorisées. La co-construction est ainsi favorisée et l'investigation est plus transparente. La difficulté est cependant la libération de la parole, la participation de chacun et la garantie de l'anonymat. Les participants aux groupes de travail peuvent représenter un collectif, voire être désignés et ne parleront pas en leur nom propre.

Le **contexte local** sera déterminant dans ces choix. Une structure effectuant la démarche à froid pourra être davantage intéressée par une démarche purement interne, basée sur une montée en compétence d'agents en poste et des outils plus simples (groupes de travail par métiers, par service...), permettant un diagnostic et un plan d'action plus faciles à approprier et à mettre en œuvre.

A contrario, une structure engagée dans une large réorganisation ou connaissant une situation de crise pourra avoir davantage besoin d'une extériorisation, de moyens exceptionnels et d'une analyse plus profonde, qui n'aura pas vocation à se répéter ultérieurement.

II.4. 4ème préalable : définir les actions adaptées à la structure et les planifier

Diagnostic et plan d'actions : un ensemble cohérent

Le passage du diagnostic au plan d'actions ne va pas de soi. Ces deux phases doivent s'articuler et s'enchaîner de façon logique; il est nécessaire de veiller à la **cohérence du plan avec le diagnostic** pour éviter la déception qui résulterait d'un plan d'actions ne correspondant pas aux projections, en termes de contenu et en termes de délai de mise en œuvre.

A l'instar du diagnostic, le plan d'actions doit être **pragmatique** : il ne doit pas être un inventaire d'actions qui seraient disproportionnées par rapport aux moyens disponibles, notamment en termes de temps nécessaire au suivi.

Le choix des indicateurs: en cas de doute, rester modeste

Le choix des indicateurs est une étape délicate car on en attend beaucoup sans toujours bien mesurer la faisabilité de leur mise en œuvre. Il convient là aussi d'être réaliste sur les moyens disponibles ; les indicateurs devant pouvoir être calculés et interprétés aisément en s'appuyant au départ sur des données aisément mobilisables. Sur le long terme, la discussion sur les indicateurs ne doit pas remplacer le travail sur le fond. Il convient déjà de calculer (selon les modalités rappelées en annexe) et interpréter les 4 indicateurs interministériels obligatoires : taux d'absentéisme pour raisons de santé, taux de rotation des agents, taux de visite sur demande au médecin de prévention, nombre d'actes de violence physique envers le personnel.

Le plan d'actions, défini en lien avec le CHSCT, est le plus souvent pluriel

Toute organisation recèle des forces et des faiblesses et donc des ressources et des risques qui sont plus ou moins avérés en fonction de l'organisation des conditions de travail.

S'agissant des risques -et notamment les RPS, les préventeurs s'accordent aujourd'hui à reconnaître l'intérêt de la combinaison d'actions diversifiées portant sur les trois dimensions (ou niveaux) de la prévention.

En effet, suivant que le risque est individuel ou collectif, qu'il demande une simple surveillance ou qu'il requière un traitement, il est normal de prévoir des actions de nature différentes, en combinant deux voire trois niveaux:

- des actions dites de prévention « à la source » (primaire) pour agir en amont de la manifestation des RPS,
- des actions dites de prévention corrective (secondaire) pour agir en accompagnement face à des situations à risque,
- des actions de prévention d'urgence (tertiaire) pour gérer une situation de crise.

Progressivement, la culture de la prévention s'ancrant, la visée est de recourir à la seule prévention primaire mais force est de constater qu'aujourd'hui les formes d'appuis individualisés s'avèrent utiles tout en sachant qu'elles ne permettent pas à la restauration des collectifs de travail.

II.5. 5ème préalable : Formalisation, suivi et pérennité

Une communication à la hauteur de l'engagement

Le groupe de projet doit communiquer par écrit et oral sur les avancées ou les freins constatés, et à

tout moment **être en mesure d'expliquer les écarts éventuels entre le diagnostic partagé et la perception des actions proposées**. Il ne s'agit pas de promouvoir à tout prix (les diaporamas verbeux et riches en couleurs ne sont pas les gages d'une bonne communication) mais d'informer les agents, de rendre compte pour prévenir des blocages d'incompréhension et aussi, montrer la volonté de la direction d'agir durablement.

Le calendrier du plan d'actions doit être, comme les actions elles-mêmes, précis, réaliste et proportionné.

Une prévention durable et un DUERP à jour

Les mobilités des un(e)s et des autres ne doivent pas impacter la démarche sauf à courir le risque d'une grande déception de la part de ceux qui restent. Là encore il est important de garder le cap, fut-ce en cas de changement de chef de service. Les « nouveaux arrivants » doivent s'investir et assumer la transmission d'un « avant » en veillant à leur manière à gérer la continuité dans le suivi des actions.

En tant que risque professionnel, le risque psychosocial doit comme tout autre figurer dans le **DUERP** avec l'analyse et les actions de prévention s'y rapportant. Avec l'appui du CHSCT, il convient de bien replacer la démarche dans le cadre de l'amélioration de qualité de vie au travail en prévoyant un processus d'évaluation et en corollaire, de mise à jour régulier du DUERP pour que s'ancre progressivement la culture de la prévention dite primaire.

III. Appui méthodologique

III.1. La formation des acteurs de la démarche

Deux dispositifs de formation seront mis en place. D'une part un dispositif engagé et piloté au niveau national par le SRH à destination des directeurs (AC/DRAAF/DAAF/EPL), des chefs de projet, des IGAPS, des ASS et des ISST. D'autre part, un dispositif mis en place au niveau régional par les délégués régionaux à la formation continue à destination de l'ensemble des agents concernés (DRAAF/DAAF, EPL, AC) et plus particulièrement les membres des CHSCT.

Les formations du niveau national : directeurs, chefs de projet, IGAPS, ISST, ASS

Les **directeurs**, chefs de service responsables au titre du décret de 1982, doivent s'engager personnellement dans la démarche et bénéficier d'une formation spécifique.

Les **chefs de projet** (cf supra) doivent aussi bénéficier d'une formation adaptée.

La conduite de la démarche demandée est délicate et sensible, car elle touche au cœur du management. Des formations théoriques risqueraient donc de ne pas permettre aux participants de discuter de leurs questions concrètes.

Il est donc prévu de mettre en place une formation associant une approche théorique et un temps important de partage d'expériences. Les échanges permettront à des participants ayant des responsabilités analogues de mettre en commun leurs expériences, positives et négatives, les solutions trouvées localement... Les différences de degré d'avancement de la démarche entre les participants seront un facteur d'enrichissement des échanges.

La même formation sera déployée d'une part pour les directeurs et les chefs de projet (sessions communes), d'autre part pour les IGAPS, ASS et ISST.

Les sessions dureront environ 2 journées, se dérouleront principalement au cours de l'automne 2014 et seront **obligatoires**. Elles seront animées par un prestataire choisi à l'issu d'un appel d'offre passé par le SRH.

Pour les directeurs et les chefs de projet, elles se dérouleront, entre mi-novembre 2014 et mi février 2015 :

- à Paris pour l'administration centrale,
- à Paris à la suite d'une réunion nationale pour les DRAAF/DAAF,
- en inter-région pour les EPLEFPA.

Pour les IGAPS, les ASS et les ISST, les formations se dérouleront à Paris avant la fin de l'année 2014 à la suite d'un regroupement national.

L'organisation des formations mises en œuvre à Paris sera pilotée par le niveau central de la formation continue. Celles qui se dérouleront en région seront organisées par les délégués régionaux à la formation continue (DRFC).

Au cours de l'année 2015, ce dispositif sera poursuivi, sur la base du volontariat.

Les formations du niveau régional

Les **autres membres** impliqués dans la démarche de construction du diagnostic et du plan d'action doivent pouvoir bénéficier de formations. Il s'agit surtout des membres des CHSCT, d'agents des secrétariats généraux, d'assistants de prévention et conseillers de prévention et autant que de besoin des autres acteurs de la prévention ou des agents investis dans cette problématique.

Un référentiel type de formation sera élaboré au cours de l'automne 2014. Il sera mis à disposition des DRFC qui s'en serviront pour élaborer le contenu des formations qu'ils mettront en place, en faisant appel à des prestataires ou à des formateurs internes. Dans le même esprit que celui des formations du niveau national, les formations associeront une approche théorique et pratique.

III.2. Partage de documents de référence via l'intranet

La rubrique santé et sécurité au travail du site intranet du ministère comprend une rubrique RPS avec l'ensemble des documents de référence. Cette rubrique est reprise sous Chlorofil pour en faciliter l'accès.

Cette rubrique sera enrichie avec des documents élaborés par des structures et anonymisés autant que de besoin : cahiers des charges, documents de communication, documents de diagnostic et de plan d'action.

Si possible, ces documents seront accompagnés de commentaires synthétiques de retour d'expérience rédigés par les structures.

III.3. Achat de prestations d'accompagnement à la mise en œuvre des diagnostics et plans d'action locaux

Comme précisé supra, le choix de l'intervention d'un prestataire extérieur n'est pas automatique et doit être raisonné en fonction d'un contexte et de besoins explicités.

Un appui méthodologique par un prestataire extérieur peut cependant être utile, notamment pour les structures qui rencontrent des situations de tensions particulières, par exemple suite à une réorganisation ou à une situation spécifique. Compte tenu du nombre important de prestataires proposant des prestations d'accompagnement, il peut être intéressant de procéder à une sélection sur la base d'un marché mutualisé, permettant de mieux sécuriser la qualité et le prix offerts.

Après signature d'une convention de groupement de commandes entre la D(R)AAF et les EPLEFPA de la région (cf article 8 du code des marchés publics), chaque D(R)AAF peut mettre en place un groupement de commandes prenant en compte les besoins d'accompagnement des EPLEFPA. La D(R)AAF se chargera ensuite de passer un marché à bons de commandes intégrant ses besoins et ceux des EPLEFPA. La D(R)AAF aura à sa charge la gestion de la procédure de marché public

(rédaction du dossier de consultation des entreprises, publication depuis la Place puis analyse des offres) et le suivi de l'exécution puis le paiement de la prestation destinée à son service.

Les bons de commandes passés par les EPLEFPA dans le cadre du marché seront exécutés par les EPLEFPA puis pris en charge sur leur budget propre.

Le SRH proposera de s'appuyer sur un marché-type destiné à faciliter, notamment, la gestion de la procédure de marché public. Un exemple de documents de référence (cahier des charges et dossier de consultation des entreprises, convention de groupement) sera communiqué avant mi octobre 2014.

Ce marché-type devra être adapté par chaque D(R)AAF, l'objectif n'étant pas de conduire à l'achat par tous les services d'une prestation uniforme, qui serait nécessairement calée sur l'expression du besoin le plus général (du type « réaliser un diagnostic ou un plan d'action »). Le besoin devra être réfléchi précisément pour chaque D(R)AAF et les EPLEFPA de sa région.

Cependant, certains services peuvent être intéressés par un accompagnement sans pouvoir caractériser finement leur besoin au moment de la rédaction du cahier des charges. Il est possible, pour les prendre en compte, de prévoir dans le marché des unités d'oeuvre d'accompagnement définissant des types de prestations simples. Dans ce cas, le service pourra préciser son besoin lors de la passation des bons de commandes avec le prestataire au moyen d'un devis.

III.4. Les indicateurs

Des indicateurs sont nécessaires pour objectiver le niveau des RPS.

4 indicateurs **interministériels ont été définis :** taux d'absentéisme pour raisons de santé, taux de rotation des agents, taux de visite sur demande au médecin de prévention, nombre d'actes de violence physique envers le personnel.

Ces 4 indicateurs sont complétés pour le MAAF par le **nombre d'actes de violence verbale envers le personnel.**

Tous ces indicateurs devront être calculés par chaque structure, dès 2014.

Les modalités de remontée seront définies ultérieurement. La prise en charge de ces indicateurs au sein du Nouvel Outil de Management et d'Aide à la Decision (NOMADE) va être étudiée. Cet outil permet la collecte des informations utiles au calcul des indicateurs, les consolide et les organise pour une restitution adaptée aux besoins exprimés.

Par ailleurs, l'administration complétera cette liste d'indicateurs en rendant compte au CHSCT ministériel du **nombre de suicides reconnus imputables au service**.

D'autres indicateurs peuvent être définis localement. La DGAFP en fournit une liste indicative (cf espace SST/risques psychosociaux sur la rubrique RH de l'intranet du MAAF). Leur choix doit être concerté et raisonné en prenant en compte les modalités de calcul et d'interprétation (cf infra).

Annexe - Indicateurs obligatoires

Quatre indicateurs sont destinés à être suivis, à un niveau national, par la formation spécialisée « conditions de travail, hygiène santé et sécurité au travail » du Conseil commun de la fonction publique.

Un cinquième indicateur obligatoire est ajouté pour le MAAF.

Ces cinq indicateurs doivent donc être suivis dans tous les plans locaux selon des modalités de calcul identiques et faire l'objet d'une consolidation au niveau national.

1 - taux d'absentéisme pour raisons de santé :

Nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé par agent :

= Nombre de jour d'arrêts pour maladie / Nombre total d'agents

En distinguant 4 catégories :

- congés pour maladie ordinaire

- congés longue maladie et congés longue durée

- congés pour accidents du travail

- congés pour maladie professionnelle

Ne sont pris en compte ni les congés maternité, paternité, parentaux, formation, ni tout autre type de congé que ceux cités ci-dessus.

2 - taux de rotation des agents :

= (Somme du nombre d'arrivées et du nombre de départs d'agents au cours de l'année) divisé par 2 / Effectif moyen de l'année n

L'effectif moyen est calculé en additionnant l'effectif physique à la fin de chaque mois de l'année n, le tout divisé par 12.

3 - taux de visite sur demande au médecin de prévention :

= nombre de demande de visite spontanée au médecin de prévention, pour 100 agents.

4 - nombre d'actes de violence physique envers le personnel :

En distinguant 4 catégories :

- émanant du personnel avec arrêt de travail

- émanant du personnel sans arrêt de travail

- émanant des usagers avec arrêt de travail

- émanant des usagers sans arrêt de travail

5 - nombre de violences verbales envers le personnel :

Pour le MAAF spécifiquement, ce dernier indicateur est complété par un indicateur relatif au **nombre de violences verbales envers le personnel**, en distinguant :

- les actes émanant du personnel,

- les actes émanant des usagers.