

Prévention des risques psychosociaux

Ou comment prévenir toutes les situations de souffrance au travail : en les identifiant, en proposant des solutions nécessaires et en les accompagnant.

I_ Le groupe de prévention des risques psychosociaux au MCC

1) Historique au MCC

La réflexion engagée depuis 2003 au sein du ministère de la Culture et de la Communication concernant la prévention du harcèlement moral, de la souffrance et de la violence au travail a abouti à une première circulaire le 13 juillet 2005. Ce premier texte émanait des observations d'un groupe de travail pluridisciplinaire constitué dès 2003, observations élaborées en concertation avec les partenaires sociaux. Dans ce processus, l'ensemble des acteurs concernés a été impliqué. L'équipe des médecins de prévention a contribué à clarifier les notions. La capitalisation d'expériences a également permis d'enrichir le projet initial de la première circulaire de 2005. Les organisations représentatives du personnel ont contribué à aboutir à un texte final approuvé au CHSM du 27 mai 2009.

La circulaire du 4 juin 2009 précise le droit des agents et les devoirs de l'administration, tout en proposant une procédure à suivre. Lors du CHSM du 12 janvier 2010, le Secrétaire Général du ministère de la Culture et de la Communication, Président du CHSM a validé la mise en place d'une formation destinée aux membres du CHSM et d'un groupe de travail : "prévention du risque psychosocial".

Renvoi à Séquence, N° 387,01 /04/2010.

2) Objectifs du groupe

- Ne plus laisser de situations en souffrance.
- Identifier et recenser les situations.
- Proposer des solutions.
- Accompagner la mise en place des préconisations.

- Analyser pour les développer et les améliorer, les processus internes d'alerte et de résolution, une fois le diagnostic posé par le médecin de prévention.
- Etre force de propositions, dans le cadre de la prévention primaire, par la connaissance que nous avons de l'activité, de par nos métiers respectifs, afin de préserver la santé des agents.

3) Composition du groupe

Le groupe est constitué d'une équipe pluridisciplinaire : médecins de prévention, infirmières du service de médecine de prévention, membres de la cellule mobilité, assistantes sociales, correspondante handicap du MCC, psychologue du travail, chef du bureau de l'action sociale et de la prévention, chargée de l'hygiène et de la sécurité.

Le choix du travail en équipe pluridisciplinaire repose sur l'analyse suivante : la mise en place d'une prévention du RPS se construit en partant du travail, de l'activité, aucun service n'est en capacité de se préoccuper seul de cette problématique. Nous avons besoin d'expertises, de compétences et d'expériences diverses et partagées.

Le choix des disciplines représentées est déterminé par le fait que chaque participant, de par son métier et sa position, est en capacité d'apporter un éclairage et une aide à la résolution de situations complexes.

L'ensemble des membres du groupe, ainsi que les membres du CHSM, a participé à la formation « agir sur le RPS » animée par Marina Pietri, psychologue du travail qui a apporté son regard et sa compétence extérieurs aux ressources internes mobilisées.

Cette formation a été élargie aux IHS et aux agents du SRH, et proposée à l'ensemble des médecins de prévention du MCC.

Les groupes ont été composés par nos soins, de manière à respecter la parité, pour chacun des 4 groupes, nous avons surtout veillé à privilégier un équilibre entre les différentes professions, les représentants de l'administration et les représentants des OS.

Notre objectif était double : apporter un socle de connaissance commune sur le travail, permettre un échange entre les stagiaires, prémises d'un débat essentiel à l'élaboration d'une politique de prévention.

Le contenu, que nous avons souhaité pertinent sur le plan théorique, a été enrichi par une série d'articles illustrant le propos. Nous l'avons complété à partir des remarques et critiques des participants pour aboutir à un support pédagogique. Ces formations ont fait l'objet d'une synthèse réunissant l'ensemble des agents ayant été invités à suivre la formation.

4) Règles de fonctionnement

Le groupe se réunit une fois par mois, pendant 2 H30.

Un compte rendu est rédigé par le service de médecine de prévention et envoyé à chaque membre du groupe.

Le secret médical et social est absolu et non partagé. L'ensemble des membres du groupe est tenu à une confidentialité totale sur les échanges. Aucune situation n'est abordée en réunion sans l'accord de l'agent concerné. Les réflexions et le travail entre les membres du groupe visent une prise en charge globale de la situation.

Les conclusions sont proposées aux agents et validées ensemble.

Le groupe s'engage à assurer le suivi de ses préconisations. Nous avons convenu de faire le point au bout d'un an avec chaque agent concerné de façon à pouvoir effectuer un travail d'évaluation longitudinal.

La réunion correspond à un point d'étape sur les situations en cours, sur lesquelles les membres du groupe ont travaillé.

La réunion permet d'informer l'ensemble des membres du groupe sur la situation de l'agent avec l'exposé des effets (ou non effets) de nos interventions.

Les nouvelles situations sont présentées. Les portes d'entrée sont plurielles, chaque participant, chaque agent, ainsi que la hiérarchie peut saisir le groupe. Le passage auprès d'un médecin de prévention est obligatoire.

En effet, c'est le médecin de prévention, qui, de par sa spécificité, établit un diagnostic de souffrance au travail. En d'autres termes, c'est lui qui est en capacité de poser la centralité du travail dans le processus de la souffrance exprimée.

Il peut ainsi arriver que, malgré des demandes faites par les agents eux-mêmes, leur situation soit traitée à l'ombre du cabinet médical et non pas présentée au groupe.

Le médecin de prévention peut proposer à l'agent de rencontrer la psychologue du travail. C'est l'agent qui demande un rendez-vous, s'il le désire, celui-ci a lieu dans le service de médecine de prévention.

Nous avons convenu ensemble, que l'agent a alors la possibilité de rencontrer la psychologue du travail à trois reprises.

Nous pensons que cet espace temps est suffisant pour appréhender la question de la place du travail de l'agent pour lui-même, de l'aider à réfléchir à son éclairage, et en lien avec le médecin de prévention, son médecin traitant, la cellule mobilité, à définir son « désir ».

En pratique, si jusqu'à présent nous avons conseillé aux agents, dans de nombreuses situations, de rencontrer la psychologue du travail, seul un nombre restreint d'entre eux (3) l'ont fait. Son positionnement trouve tout son intérêt dans l'analyse du collectif et dans sa participation au groupe de prévention.

Nous en concluons, très modestement, et avec un zest d'humour, que nos écoutes respectives répondent le plus souvent au besoin des agents.

Les situations sont présentées anonymisées : ne sont mentionnés que le site où l'agent travaille ainsi que les initiales de son nom.

Pour mémoire, devant une suspicion de souffrance au travail l'équipe des médecins du service de médecine de prévention travaille de la manière suivante :

Face à une alerte collective, quelle qu'en soit la porte d'entrée, il s'agira d'un travail en binôme, le médecin en charge du site aidé par une collègue reçoivent individuellement les agents qui le souhaitent, en n'excluant pas de demander à rencontrer l'ensemble des agents du service.

Chaque consultation se conclut par une évaluation avec l'aide d'un outil que nous avons choisi au préalable (grille IRNS).

La durée moyenne prévue pour chaque consultation est de 1 heure, en réalité elle dépasse souvent 90mn.

Nous croisons ensuite nos approches afin de conclure ensemble sur le point « consultations ».

Nous sommes alors en capacité de faire le lien avec le travail et ses conditions, lorsque ce lien existe.

Nous rencontrons ensuite les responsables du site, afin d'entendre ce qu'ils comprennent de la situation et éventuellement leurs difficultés propres.

Nous rencontrons de la même façon les organisations syndicales.

Nous rédigeons ensemble nos conclusions qui seront restituées au cours d'un CHS.

Un des écueils important de notre méthodologie est celui d'une instrumentalisation possible de nos conclusions par la ligne hiérarchique à l'encontre de ses cadres, les accablant et les accusant d'être responsables. C'est pourquoi, nous répétons que la prévention du risque psycho social doit être l'affaire de tous.

En ce qui concerne les demandes individuelles, nous travaillons avec des modalités voisines.

Il se peut en effet que nous soyons démunies face à des agents qui, souvent par peur, nous demandent de « ne surtout rien dire », que ce sentiment soit justifié ou non.

Nous nous devons de respecter leur volonté ; cependant, il est aussi de notre responsabilité d'alerter afin de toujours préserver la santé des agents. Lorsque nous diagnostiquons une souffrance en lien avec le travail, et si, malgré nos efforts, nous n'arrivons pas à tranquilliser l'(es) agent(s), à **distance de la consultation dans le temps**, nous effectuons une étude des postes et/ou une visite des locaux. Nous convoquons ensuite l'ensemble des agents du service concerné, en binôme, afin de savoir si nous retenons (ou non) une problématique collective.

Cette distance dans le temps et cette approche collective nous semblent être un garant de la confidentialité.

II_Le travail du groupe

Il ne se déroule pas de la même façon pour les situations individuelles et pour les situations identifiées comme collectives.

Nous le décrivons ainsi, afin d'être au plus près de travail réel du groupe, cependant il faut préciser que chaque situation individuelle nous questionne de par nos spécificités de médecins de prévention et de psychologue du travail, d'assistantes sociales ... sur le collectif que nous devons investiguer

Ce travail en équipe pluridisciplinaire a renforcé l'idée que nous avons de l'importance de la formation. Nous échangeons à partir de connaissances partagées.

Nous avons appris à travailler ensemble, à nous connaître, à identifier les différents acteurs. Nous apprenons à dépasser les représentations que nous avons les uns des autres et de nos métiers respectifs.

Pour le dire autrement, avec force, il nous a fallu réaliser et reconnaître que la seule bonne volonté n'est pas suffisante pour travailler ensemble sur ce sujet.

La pluridisciplinarité devient un bénéfice, elle aide à mettre (en lumière) des aspects qui n'auraient pas été évoqués autrement, à résoudre des situations, à être force de propositions.

a) les situations individuelles

Le travail se situe pour chaque situation à 2 niveaux :

- 1) la situation elle-même, et la recherche de conduites adaptées, selon la charte.
- 2) Nous nous interrogeons ensemble sur ce que cette situation nous apprend, nous renvoie en terme d'expérience, sur ce qu'elle peut avoir d'exemplaire, afin de pouvoir proposer la mise en place d'une prévention primaire adaptée.

Nous avons abordé 18 situations individuelles, 16 sont en cours de résolution 2 sont résolues.

b) Les situations collectives

Elles sont présentées au groupe.

Les alertes sont venues des organisations syndicales, et de la hiérarchie.

Nous croisons les données que nous avons, les éventuelles avancées (ou non), et leur retentissement sur le collectif avec les autres membres.

En effet, les alertes, si elles se présentent en tant que telles auprès des médecins de prévention, peuvent aussi se manifester par des demandes de mutation auprès des agents du bureau de la mobilité, ou sous d'autres formes auprès des différents membres du groupe.

Les alertes collectives formalisées ont concerné : le Centre des Monuments Nationaux, le musée d'Orsay, un service du Secrétariat Général.

III Bilan

Nous proposons une classification en 3 points.

Nous la savons arbitraire, nous souhaitons cependant être lisibles.

En avant - propos, notons que l'ensemble des situations de souffrance au travail se posent non seulement dans les petits établissements où il peut sembler plus difficile de mettre en place des solutions mais également dans des structures plus importantes.

1) les situations dites enkystées

C'est un fait connu, il existe des situations d'agents en grande souffrance.

Nous avons pu mesurer, l'importance pour les agents de voir leur souffrance reconnue, entendue dans un espace confidentiel.

L'existence de ce groupe a permis la visibilité « officielle » de ce type de situation.

Leur chiffre en augmentation ne nous inquiète pas particulièrement, il correspond à l'un de nos objectifs : la visibilité.

Nous savons bien que ce qui est caché ne le reste pas sans dégâts, avec de surcroît un risque d'explosions douloureuses.

Et pourtant, il apparaît que ces situations connues par de nombreux acteurs perdurent !

Nous rappelons que notre approche est centrée sur le travail, avec la complexité que cette notion recouvre.

Or, à propos des situations « enkystées », nous remarquons que nous sommes tous rattrapés, dans un premier temps, par l'émergence de problèmes de comportement des personnes, voire de pathologies, qu'elles soient révélées, pré existantes ou même créées. Nous travaillons en lien avec les médecins traitants, nous avons fait ensemble le constat d'états de santé préoccupants.

Nous posons l'hypothèse suivante : ces situations stagnantes finissent par devenir deviennent pathogènes par elles-mêmes. Elles touchent alors l'ensemble des acteurs : aggravant des pathologies tout à fait contenues auparavant, créant ainsi des troubles qui vont englober l'ensemble des agents, d'une équipe, d'un service, d'une structure.

Le fait de ne pas avoir traité la situation tient souvent à une méconnaissance des problématiques en jeu, à la peur de donner à voir à l'extérieur des difficultés présumées que rencontrerait la ligne hiérarchique... Dans tous les cas, la question du travail est évacuée pour laisser la place à des situations où seules les personnes s'avèreraient impliquées.

Alors, une seule et unique solution s'impose à tous, dans un premier temps, pour préserver ce qui peut encore l'être, la mutation consentie d'un ou de plusieurs agents.

Mais nous savons que la mutation ne dispensera pas d'un retour en collectif sur le terrain du travail, de ses conditions d'exercice et d'organisation.

Cette étape indispensable pourra se dérouler sans trop de difficultés dans notre périmètre d'intervention. Une analyse de terrain de l'activité aidera à mieux comprendre comment on en est arrivé là, et aidera à dépersonnaliser les solutions proposées. Nous sommes en mesure de restituer à l'agent, mais aussi au collectif que nous aurons investigué, ce que nous comprenons à partir du travail. Nous avons en effet observé que le débat sur le travail et ses règles permettent de ne pas se préoccuper des personnes et encore moins de leur espace personnel. Cela n'exclut pas de poser des limites à certains comportements parfois débordants, il s'agit de protéger le travail et les professionnels par la remise en place d'un cadre structurant qui peut faire défaut.

2) Les situations en région.

Il n'en est pas de même en région. La raison principale tient à nos faibles possibilités d'investigation du terrain.

Il arrive en effet que nous soyons saisis à propos de situations « enkystés » en région.

Nous les découvrons avec des portes d'entrée diverses : les agents eux-mêmes par l'intermédiaire des organisations syndicales, par l'enquête annuelle, la circulaire, par les conférences RH, par les inspecteurs hygiène et sécurité, le réseau des assistantes sociales, les ACMO...

Nous avons défini le protocole suivant :

Si un agent en région nous sollicite, nous le renvoyons toujours auprès de son médecin de prévention.

Si pour des raisons diverses, il ne souhaite pas le rencontrer, nous recevons l'agent, et nous lui expliquons que nous allons prendre contact, avec son accord, avec le médecin de prévention local. En effet, lui seul connaît l'établissement l'agent, son travail et son histoire singulière. Jusqu'à présent nous avons toujours travaillé en lien avec les médecins de prévention des régions. Nous engageons aussi l'agent à informer la ligne hiérarchique de sa démarche.

Dans ces cas, nous servons en quelque sorte de médiateurs permettant une externalisation, à la manière des consultations en pathologies professionnelles, ou à l'instar la manière des conférences RH.

L'investigation du terrain ne nous appartient pas.

C'est dans ce contexte, que nous avons souhaité présenter le travail de notre groupe, à nos collègues médecins de prévention du ministère des Finances. Nous les avons informés afin qu'à leur tour, et avant que les situations ne s'enkystent, ils puissent, s'ils le jugent utile, nous faire part des situations, à priori insolubles. Cette présentation a eu lieu à la fin du mois d'octobre, auprès du réseau des médecins régionaux coordonnateurs.

3) Les postes « vides ».

Les étiologies sont multiples.

Nous ne pouvons manquer d'évoquer le contexte de la RGPP, en abordant ce paragraphe ; il ne nous semblerait néanmoins pas juste de ne retenir que ce seul facteur.

Les réorganisations en cours suppriment des postes, obligent des agents à re-définir un projet professionnel.

La « placardisation » est, de fait, une situation de harcèlement, nous le rappelons à nos interlocuteurs par le biais d'alertes internes.

Elles trouvent parfois aussi leurs origines dans des situations enkystées.

Leur traitement ne nous appartient pas. La solution est d'ordre institutionnel.

Dans ce contexte aussi, nous sommes confrontées à des situations où le travail semble loin des préoccupations.

Nous pouvons dire qu'il nous semble important de rappeler la ou les règles, de manière à ce qu'elles soient connues par l'ensemble des agents.

Par exemple, si un directeur d'établissement écrit à un agent pour lui annoncer la suppression de son poste, la description de la marche à suivre doit être inscrite en clair. L'agent souvent désarçonné, entend des avis discordants, qui aggraveront aussi son état.

Nous évoquons également ici les situations où un agent arrive sur un site « contre » l'avis du responsable : il arrive bien souvent qu'il soit marginalisé géographiquement et isolé professionnellement.

Dans ce paragraphe, nous introduisons, de manière générique, les décisions du comité médical.

Nous avons été impressionnés par des modes de fonctionnement fort différents selon les comités médicaux.

Par exemple, suite à des demandes de mise en congés d'office, étayées par les médecins de prévention, certains comités maintiennent des agents malades à leur poste envers et contre tout. D'autres pour accepter l'idée de revenir sur leurs décisions (défavorables pour l'agent) demandent à l'administration de proposer des postes « concrets ».

Mais surtout, de manière plus générale, les avis des comités, ne sont pas suivis de faits. Ainsi, un agent dont l'état de santé nécessite un reclassement, un aménagement de poste et un mi temps thérapeutique, restera chez lui perdant ainsi le bénéfice du mi temps thérapeutique, faute de proposition de poste. Les demandes de reclassement sont très difficilement entendues par les établissements, alors qu'il s'agit d'un cadre d'obligations tout à fait légal. Les agents sont ainsi doublement pénalisés, d'une part, par la survenue d'une pathologie, voire d'un accident de vie, d'autre part, du fait de la perte de leur poste. Ils deviennent d'une certaine manière « demandeurs » d'emploi. Nous incluons ici la problématique du handicap.

IV Propositions

Nos propositions reposent sur les objectifs énoncés, élaborés à partir d'un « travail collectif », qui a permis la construction d'une confiance au sein du groupe de travail.

Il nous semble essentiel de répéter que la ligne managériale ne peut et ne doit pas « tout porter ».

Rendre visible les situations délétères

Favoriser la communication autour de l'existence de notre groupe.

Aider le travail du groupe, lui donner une écoute et un retour d'informations en temps réel.

Cette écoute se met en place. Néanmoins il arrive encore trop souvent que nous apprenions par hasard l'existence d'interventions diverses sur des situations en cours.

Mais ne nous méprenons pas, ce ne sont pas les interventions qui sont dérangeantes, ce sont leur traitement confidentiel. Nous avons besoin d'un retour, en temps réel, pour un recensement juste des suivis, une formalisation et une capitalisation des pratiques

C'est dans cet esprit que nous souhaiterions être destinataires des avis de l'IGAC, dont l'expertise est parfois requise.

Nous proposons également de réfléchir par le biais de la mise en place d'une information de l'ensemble des agents des services concernés (BASP, bureaux de gestion, bureau de la rémunération) pour mieux anticiper et mieux appliquer les décisions du comité médical. Il s'agira aussi d'être plus en capacité de renseigner les agents à chaque étape du processus.

V Conclusions

De ces 7 mois de travaux, nous retenons la pertinence de notre choix, celui de la transdisciplinarité interne enrichie d'une compétence externe (psychologue du travail).

En effet, notre objectif s'inscrit dans la durée, puisqu'il s'agit, in fine, de proposer une « prévention primaire ». La réflexion, engagée à partir de l'existant, nécessite l'engagement des acteurs du groupe, la connaissance du milieu de travail, de son organisation, des principes de son évolution.

Seuls des acteurs internes à la structure semblent en capacité de répondre à ces objectifs.

L'ensemble de ce travail reste sous tendu par l'acceptation de nos limites, nous travaillons nos propositions et préconisations avec l'ensemble des agents à partir de leurs demandes, désirs et validations.