

Éléments de connaissance et d'approfondissement

pour la prise en charge des troubles du comportement au travail,

dans une visée de maintien dans l'emploi et de prévention des

risques professionnels.

REPERES



Sommaire

1.	PREAMBULE	3
2.	INTRODUCTION.....	3
3.	L'EVALUATION A PRIORI DES RISQUES PROFESSIONNELS	4
4.	LES DIFFICULTES RENCONTREES.....	5
4.1	PAR L'AGENT MALADE.....	5
4.2	PAR L'ENCADRANT	6
4.3	PAR LE MEDECIN.....	7
4.4	PAR LES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL.....	7
4.5	PAR LE COLLECTIF DE TRAVAIL.....	8
5.	DE LA PROTECTION SOCIALE A LA PREVENTION EN SANTE AU TRAVAIL.....	8
6.	DEMARCHE PLURIDISCIPLINAIRE D'ATTENTION ET DE PREVENTION DANS UN CADRE COOPERATIF	9
6.1	UN TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT COOPERATIF EN RESEAU.....	9
6.2	LA PLACE DE L'ENCADRANT.....	10
6.3	LA PLACE D'UNE EQUIPE MEDICO-SOCIALE.....	11
6.3.1	<i>Le rôle du médecin de prévention.....</i>	<i>11</i>
6.3.1.1	L'évaluation médicale	12
6.3.1.2	L'évaluation de la situation de travail	12
6.3.1.3	Ce que permet cette analyse/évaluation.....	13
6.3.1.4	Le problème de la restitution	13
6.3.2	<i>Le rôle de l'assistant de service social.....</i>	<i>13</i>
6.4	LA PLACE DU SECRETARIAT GENERAL	14
6.4.1	<i>La sanction disciplinaire.....</i>	<i>15</i>
6.4.2	<i>Les décisions médico-administratives.....</i>	<i>15</i>
6.4.2.1	L'aménagement de poste de travail :	15
6.4.2.2	L'affectation dans un autre emploi sans changement de grade :	15
6.4.2.3	Le reclassement des agents inaptés :	15
6.4.2.4	La mise en congés d'office:.....	16
6.4.2.5	L'hospitalisation sur demande d'un tiers:	16
7.	LES LIMITES DE L'ACTION.....	16
7.1	DU MEDECIN : DES LIMITES DEONTOLOGIQUES ET JURIDIQUES.....	16
7.1.1	<i>Le secret professionnel et médical :.....</i>	<i>17</i>
7.1.2	<i>Le statut du MDP au sein de l'administration</i>	<i>17</i>
7.2	DE L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL : DES LIMITES DEONTOLOGIQUES.....	18
7.3	DU SECRETARIAT GENERAL.....	18
8.	RETOUR ET SUIVI AU TRAVAIL.....	18
8.1	L'ACCUEIL APRES UN ARRET PROLONGE OU CONSECUTIF A UNE MUTATION	18
8.2	LE SUIVI DE LA PERSONNE	20
9.	CONCLUSION	21

1. PREAMBULE

Cette circulaire est le fruit d'un long travail qui a mobilisé, sous le pilotage de la Direction générale du personnel et de l'administration, l'expert scientifique du bureau de l'organisation du travail et de la prévention, le réseau national des médecins de prévention, ceux des assistants de service social et des conseillères techniques sociales, d'anciens secrétaires généraux et les membres du Comité central d'Hygiène et de Sécurité.

Que chacun soit ici remercié de sa riche contribution.

2. INTRODUCTION

L'objet de cette note est de donner des repères pour l'accompagnement des personnes en difficulté persistante dans leur travail, c'est-à-dire les personnes qui présentent des difficultés relationnelles de travail ou qui présentent des troubles du comportement au travail.

Tout au long de cette note, il est donc fait référence à des problèmes dans l'attitude au travail ou dans l'exécution des tâches car c'est ce qui est observable dans le cadre professionnel, le point de départ du problème. Une partie du rôle du cadre est d'encadrer les personnes de son équipe et ainsi leur permettre de réaliser leurs tâches dans les meilleures conditions possibles. Dans certaines situations, l'encadrant a fait ce travail, a été attentif, a passé du temps mais constate parfois que la situation continue de se dégrader, que la personne ne peut plus effectuer son travail de façon adaptée, qu'elle a une manière d'être en relation avec ses collègues, des partenaires externes, qui est inadaptée (retrait, excès ou décalage). Dans ces moments-là l'encadrant a besoin de soutien pour accompagner au mieux cette personne, pour maintenir sa santé et son emploi.

Dans de telles situations, un cadre va s'interroger :

Doit-il forcément « assurer » ?

Ne risque-t-il pas de voir la situation se dégrader encore plus ?

A-t-il des lieux ressources pour aborder ces difficultés ?

Peut-il solliciter une aide extérieure ?

Face à des difficultés importantes, on est souvent amené à réduire notre pensée à «ce n'est plus de l'ordre du normal, c'est médical, ce n'est plus de mon ressort». Et effectivement souvent la personne a une maladie mentale et un réel handicap psychique. Cependant, cette maladie ne doit pas contribuer à ne pas considérer cette personne comme un autre agent; au contraire, elle nécessite du supérieur hiérarchique de l'encadrer de la même manière. Un critère valable déontologiquement pour apprécier ses difficultés c'est, d'une part, la manière dont cette personne effectue son travail et, d'autre part, la manière dont celui-ci se dégrade éventuellement.

Il ne s'agit pas là d'évoquer la prise en charge des troubles psychiques aigus qui doivent faire l'objet d'autres dispositifs (procédure d'urgence médicale), mais d'apporter des repères pour la prise en charge globale des personnes en difficulté. L'objectif est de bien intégrer ces personnes et d'assurer si nécessaire un suivi coordonné pour éviter les rechutes. En effet, la difficulté avec les maladies touchant la sphère psychique est que l'état stabilisé, qui permet à la personne de travailler, peut être sujet à des variations parfois imprévisibles mais parfois aussi anticipables. Face à cette difficulté, ce qui semble être un facteur décisif de réussite du maintien dans l'emploi, c'est une action rapide pour prendre en charge une telle déstabilisation, suite à une demande d'intervention de la part de la personne ou de la part de l'encadrant, parfois relayée par l'assistant de service social, le service du personnel, voire un représentant syndical ou un collègue.

Le premier chapitre de cette note met en évidence un certain nombre de difficultés des acteurs vis-à-vis de la prise en charge de ce problème. Sur la base de ce constat, sont ensuite abordés l'interpénétration des réglementations mises en jeu dans la gestion de ces agents et les repères pour un accompagnement coopératif, lors de l'émergence du problème, lors du retour après un éventuel arrêt et enfin lors du suivi au travail.

Notons enfin que les situations d'urgence extrême (par exemple une agitation aiguë non maîtrisable au travail ou un état de dangerosité aiguë vis-à-vis de soi-même ou d'autrui) dépassent le cadre de cette circulaire et relèvent des dispositifs généraux de la prise en charge de l'urgence médicale en milieu de travail (organisation des secours).

3. L'ÉVALUATION A PRIORI DES RISQUES PROFESSIONNELS

Les actions de prévention des troubles du comportement au travail doivent être intégrées dans le dispositif de prévention du risque santé au travail et plus largement de la prévention des risques professionnels.

L'efficacité de l'action en matière de prévention du risque "troubles du comportement" sera probante si les mesures prises s'intègrent dans une politique globale de prévention et de gestion des risques professionnels. Cette politique globale doit appréhender tous les modes d'expression de la souffrance au travail, dont les troubles du comportement est une forme.

Le titre III du livre II du code du travail s'applique dans l'administration et notamment son article L 230-2 : "Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes".

Par ailleurs la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 a introduit les notions de protection de la santé mentale¹.

La notion de protection de la santé au travail doit être comprise, dans l'acception qu'en donne l'organisation mondiale de la santé (OMS), c'est à dire intégrant la préservation du bien-être physique, psychique et relationnel de l'individu ("la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité").

Mais la prévention de la souffrance au travail ne relève pas de la seule responsabilité de l'employeur ou de celle des professionnels de la prévention : un devoir de vigilance s'impose à l'ensemble des agents.

En effet, au travers des signes d'alerte, l'environnement de l'agent concerné dispose de moyens pour déceler la situation de souffrance dans lequel ce dernier se trouve. Il se doit alors d'attirer l'attention, selon les circonstances, de son responsable hiérarchique, du secrétaire général, du service du personnel, du médecin de prévention, du service social du personnel, etc. La démarche devra alors nécessairement mobiliser tous les acteurs en relation avec la santé au travail.

Enfin, les facteurs de risques liés à la santé mentale au travail devront être repérés pour être maîtrisés et le document unique devra intégrer l'évaluation à priori de ces risques.

La démarche de recensement et d'évaluation des risques est décrite dans le guide sur le document unique de novembre 2003.

En particulier, le plan de prévention d'hygiène et de sécurité conçu suite à l'élaboration du document unique d'évaluation a priori des risques professionnels devra faire une large part à la mise en place d'une veille clinique, sociale et ergonomique.

La veille clinique est celle mise en œuvre par le médecin de prévention dans le cadre de son rôle en relation avec la médecine de soins

La veille sociale est destinée, en amont de l'émergence des problèmes, à détecter les situations de fragilité, à identifier le cadre des maintiens dans l'emploi et la préparation des retours à l'emploi.

La veille ergonomique s'attache aux conditions d'aménagement des conditions de travail et d'organisation des tâches.

¹ et de harcèlement moral

La circulaire du 18 janvier 2005 sur la mise en œuvre d'une démarche de prévention-action en matière de harcèlement moral a institué une veille sur les situations à risques et leurs facteurs d'évolution destinée à améliorer le fonctionnement et l'organisation générale du service en veillant à la meilleure adéquation possible des agents et des postes de travail et à désamorcer les conflits et les situations de tension relationnelle dont certains pourraient, in fine, permettre l'installation d'agissements de harcèlement moral.

On pourra utilement s'y référer car ce type de veille peut permettre de détecter des situations de difficultés dans des collectifs de travail dont un des ressorts peut être des troubles du comportement au travail non signalés.

Pour mémoire, cette veille s'appuie notamment sur l'étude de l'évolution des indicateurs des professionnels médico-sociaux :

- nombre de visites spontanées auprès du médecin de prévention,
- temps nécessaire d'écoute lors des visites médicales,
- examens médicaux et des orientations médicales suite aux visites,
- nombre d'agents souffrant de troubles de la santé liés aux conditions de travail,
- la fréquence et de la gravité des urgences sur le lieu de travail, liées à des incidents conflictuels ou des états de décompensation,
- indicateurs de santé négatifs (troubles musculo-squelettiques, troubles cardio-vasculaires, troubles anxio-dépressifs...).

Elle s'appuie aussi sur des indicateurs dans le cadre général du travail :

- le nombre d'actes violents sur le lieu de travail,
- le nombre de tentative de suicide sur le lieu de travail,
- l'évolution du nombre d'accidents du travail ou de trajet (en relation avec la tension vécue au travail),
- le taux de rotation des personnels dans les services,
- le taux d'absentéisme,
- le nombre de recours sur notation,
- le nombre de demandes de mutation,
- le nombre des demandes de formation,
- l'accroissement sensible des départs en progressive d'activité (CPA),
- etc...

4. LES DIFFICULTES RENCONTREES.

4.1 PAR L'AGENT.

Il s'agit de difficultés observées au travail provoquées par plusieurs causes intriquées médicales, professionnelles ou sociales.

Le diagnostic n'est pas facile à accepter par l'agent. Certaines pathologies s'accompagnent d'un déni de la maladie susceptible de majorer les perturbations que celle-ci peut entraîner dans son travail.

La personne est au travail quand elle est dans un état stabilisé, c'est-à-dire que les manifestations habituelles de la maladie sont régulées. Malheureusement cela ne veut pas dire qu'un déséquilibre ne puisse se créer, selon un processus variable dans le temps et selon les individus.

Les traitements dont l'observance est parfois aléatoire ne sont pas toujours constamment efficaces. De plus ils peuvent avoir des effets secondaires (malgré les progrès récents) parfois sources de difficultés supplémentaires au travail, notamment sur les postes de sécurité.

La personne peut avoir du mal à suivre son traitement régulièrement et présenter alors des comportements fluctuants.

La personne peut montrer dans son activité de travail des pertes de mémoire, une difficulté de concentration ; elle peut repousser des initiatives qui ne devraient pas l'être, procéder à des actes incongrus, exprimer des interprétations inadéquates, entrer en conflit de façon anormale ou excessive avec ses collègues, sa hiérarchie, des partenaires, des usagers...

4.2 PAR L'ENCADRANT

Il s'agit ici de mieux comprendre les difficultés que peut rencontrer l'encadrant face à ces cas difficiles, pour préciser ensuite ce dont il a besoin pour agir de manière pertinente.

Il n'a pas beaucoup de temps à consacrer à la gestion de ces difficultés et il subit une pression en lien avec des objectifs de production à maintenir.

Dans ce cas précis, il est confronté à l'inconnu, à la souffrance, voire à la violence de la maladie, dans un domaine mouvant qu'il méconnaît et dont les bases scientifiques sont « en construction » encore aujourd'hui. Il peut être renvoyé à ses propres fragilités, elles même susceptibles d'interférer sur l'analyse des dysfonctionnements constatés dans le service.

Il peut craindre de ne plus « tenir » la personne, de ne plus « tenir » son équipe. Il peut avoir peur de ne pas être à la hauteur du défi, peur de ne pas arriver à tenir les objectifs. Il peut craindre qu'il soit tenu pour responsable de problèmes éventuels.

Face à ces doutes et questions, il peut éprouver une réelle souffrance et il peut avoir du mal à expliciter les problèmes et à se positionner :

- il peut être tenté de ne plus vouloir percevoir cette souffrance et d'agir comme si le problème n'existait pas. On peut parler de déni de la perception du problème qui est une réaction pour se protéger.
- il peut vouloir mettre à distance le problème et pour cela l'appréhender comme un problème relevant du seul domaine médical où il n'a plus de rôle à jouer.
- il peut s'investir dans l'accompagnement de la personne de manière trop « invasive » en ayant une position comportant plus de compréhension et d'explication que de cadrage. Il peut vouloir protéger la personne et même glisser vers une position de « soignant ».
- il peut développer un sentiment d'impuissance face aux difficultés à résoudre les problèmes, à l'éventuel manque de soutien de sa hiérarchie, à l'impression du manque de moyens pour sanctionner. S'il est face à une présence syndicale forte, il peut craindre qu'elle se place en défenseur inconditionnel de tels agents, renforçant ainsi son sentiment d'impuissance.
- il peut se dire qu'il suffit d'attendre une mutation ou une retraite.
- etc...

Il peut avoir des difficultés à faire une demande d'aide pour plusieurs raisons :

- il peut ne pas bien connaître les différentes possibilités d'aide et le rôle de chacun.
- il peut considérer son travail de cadre comme l'obligeant à assumer toutes les situations.
- le déni de perception de la réalité explicité plus haut peut l'empêcher de faire une demande de soins au bénéfice de l'agent.
- s'il est en position de protéger la personne, il peut craindre alors une intervention extérieure qu'il peut ressentir comme menaçante pour la personne. Mais cette situation de sur-protection peut devenir à un moment intenable et risque de basculer brutalement d'une « acceptation quoique fasse l'agent » à une demande d'aide en urgence ou à une sanction qui n'est plus un cadrage mais l'expression d'un désir de rejeter le problème ou d'en finir.
- il peut ne plus avoir le désir de demander de l'aide.
- il peut craindre d'être confronté au déni de sa hiérarchie (culture du « pas de vague ») ou de ne pas être suivi par elle.
- il peut solliciter le service médical dans un désir de se séparer du problème et ne pas vouloir ou pouvoir mettre en place un travail collectif coordonné autour de l'agent.
- etc....

Les cadres manquent, parfois, de formation à la dimension humaine, voire psychologique du management (ex : le rôle et l'influence des émotions dans la conduite d'un entretien difficile).

Ils n'ont pas toujours de lieu où parler de leurs difficultés, pour pouvoir prendre de la distance, analyser ce qui se passe pour ne pas se laisser aveugler par des positions défensives. Ils n'ont pas de lieux pour mettre leur expérience sur ce sujet en discussion avec celles d'autres cadres.

4.3 PAR LE MEDECIN.

Il s'agit ici de mieux comprendre les difficultés que peut rencontrer le médecin de prévention face à ces cas difficiles, pour préciser ensuite ce dont il a besoin pour agir de manière pertinente.

Les agents sont le plus souvent adressés à une visite médicale sans avoir au préalable été informé que c'est à la suite de difficultés au travail, que le médecin de prévention est au courant et qu'il a été sollicité pour résoudre ces difficultés.

La demande d'aide peut-être aussi informelle et peu claire. L'agent peut refuser de répondre à la demande de l'Administration de se présenter devant un médecin. Il peut également ne pas vouloir suivre les conseils cliniques du médecin de prévention l'orientant vers les soins.

La demande est souvent très tardive sur des situations dégradées où l'agent est déjà rejeté. « On » attend alors finalement du médecin de prévention qu'il formule une inaptitude médicale au travail.

Parfois il s'agit d'une pseudo urgence à l'occasion d'un fait particulièrement marquant alors qu'un travail dans la durée est nécessaire et que les difficultés préexistent depuis déjà un long moment.

Le médecin de prévention peut rencontrer des difficultés pour évaluer, voire pour accéder à la connaissance de la situation de travail.

Le médecin de prévention ne dispose généralement pas de comptes rendus factuels des perturbations au travail et n'a donc pas de moyen d'opposer à l'agent les perturbations qu'il provoque alors que ce dernier peut ne pas savoir ou ne pas vouloir savoir ce qui pose problème.

Le médecin est ainsi confronté à des troubles pour lesquels un diagnostic n'est pas toujours facile à poser.

Enfin, le médecin de prévention peut être tenté de résoudre seul le problème, d'autant que les autres professionnels concernés l'investissent de cette mission comme « le sachant » s'estimant eux-mêmes incompetents devant un problème de santé.

4.4 PAR LES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL

L'agent n'est pas toujours informé de la demande faite à l'assistant de service social. La personne l'ayant signalé peut ne pas souhaiter que l'agent soit informé de ce signalement. Dans ce cas, l'assistant de service social se trouve dans une position difficile pour prendre contact, en particulier s'il ne connaît pas l'agent concerné ou si celui-ci a déjà refusé son intervention.

L'assistant de service social peut manquer d'éléments factuels, notamment sur l'historique de la situation

L'assistant de service social est souvent interpellé trop tardivement, fréquemment lorsque la situation est déjà dégradée. Ces demandes d'intervention présentées comme urgentes renforcent l'image de l'assistant de service social intervenant en « pompier du social ».

Il est quelquefois demandé à l'assistant de service social de faire des démarches à la place de l'agent, du cadre, des médecins... Il faut alors aider chacun à mieux resituer ses responsabilités

L'assistant de service social est perçu comme le « sauveteur » c'est-à-dire idéalisé dans son rôle d'aidant si bien qu'une solution immédiate, voire magique est attendue. Or l'accompagnement social qui repose sur une relation de confiance, s'inscrit dans la durée et la notion de temps est donc essentielle.

L'assistant de service social est réputé être toujours disponible et prêt à répondre sans délai. On dira à l'assistant social « allez voir l'agent », méconnaissant le fait que seul l'assistant de service social est à même d'appréhender son mode d'intervention professionnel.

4.5 PAR LE COLLECTIF DE TRAVAIL

Les collègues de travail sont souvent les premiers à constater les perturbations au travail liées au comportement d'un agent.

Leurs réactions peuvent être, selon les cas:

- avoir été déclenchant ou être aggravantes de la situation
- ils peuvent eux-mêmes être en souffrance à cause de cette situation
- mais, le plus souvent, ils apparaîtront « protecteurs » vis-à-vis de l'agent en difficulté, en taisant, voire en masquant et en compensant les difficultés professionnelles de ce dernier et du collectif de travail.
- Tolérants pendant très longtemps, ils peuvent un jour basculer brutalement dans un registre de rejet de la personne en difficulté, réclamant alors son éviction pure et simple du milieu du travail.

Les collègues peuvent être à l'origine d'une demande d'intervention du médecin ou de l'assistant de service social, demande souvent ambivalente entre peur de porter tort à leur collègue et désir de l'aider.

Ainsi, comme pour l'encadrant de proximité, on rencontre chez les collègues de travail des stratégies défensives inconscientes de rejet, de mise à distance ou au contraire d'empathie compassionnelle.

5. DE LA PROTECTION SOCIALE A LA PREVENTION EN SANTE AU TRAVAIL

Cette problématique concerne des agents présentant des pathologies susceptibles d'ouvrir droits à congé ordinaire de maladie, à congé de longue maladie et à congé de longue durée. Compte tenu des difficultés rencontrées, les repères proposés pour un accompagnement coopératif doivent être compris comme s'inscrivant dans une triple injonction:

- celle de la réglementation instaurant ces congés (médecine statutaire, médecine agréée)
- celle relevant du droit au travail des personnes handicapées tel que redéfini dans la loi du 11 février 2005 instaurant le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique de l'Etat
- celle relevant de la promotion de la santé des travailleurs au travail (livre 2 titre 3 du code du travail : Hygiène, sécurité et conditions de travail).

Compte tenu des fréquentes difficultés rencontrées ou susceptibles d'être rencontrées au travail par l'encadrement, les équipes de travail et les agents directement touchés par la maladie, il convient de rappeler que la prise en charge médicale de ces derniers concerne de manière non exclusive la médecine de prévention dont le rôle charnière n'en est pas moins fondamental.

L'intervention de la médecine agréée (comité médical et commission de réforme) et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (dans la mesure où l'agent demande le bénéfice de la loi de 2005 sur les droits des personnes handicapées) doivent être intégrés autant que de besoin dans la gestion des cas individuels à traiter.

Les assistants de service social ont également un rôle majeur: ils sont directement concernés par la dimension personnelle de la gestion des droits des agents.

Un travail médicosocial est donc à construire en amont de l'intervention des structures médicales et sociales concernées (commission de réforme, comité médical). Il en sera de même en aval de l'intervention de ces instances lors de la mise en oeuvre des propositions d'aménagement des conditions de travail.

Au delà de l'appréhension pluridisciplinaire médicale et sociale, qui est techniquement incontournable afin que les droits médicosociaux des agents puissent être respectés, l'encadrement en charge de la gestion et de l'organisation des services ainsi que les collectif de travail et les partenaires sociaux sont bien sûr également concernés.

Dès lors que des dysfonctionnements professionnels apparaissent et/ou que des adaptations dans l'organisation du travail sont indispensables pour mener à bien l'objectif du maintien dans l'emploi, les chefs de service et la sphère GRH ont l'obligation et le devoir de piloter une action éthiquement irréprochable (lutte contre les discriminations) en n'ignorant pas les obligations des services en terme de mission de service public et d'adéquation des moyens.

L'action d'accès ou de maintien dans l'emploi, outre l'état médical et les droits sociaux des agents, interpelle en effet l'organisation du travail par la hiérarchie et le fonctionnement des collectifs de travail. La recherche des solutions optimales pour l'agent et le service impose que soient parallèlement interrogés l'état clinique des agents en difficulté à travers une démarche médicale et sociale respectueuse du secret professionnel, sans que soient pour autant mesestimées les exigences de service public opposables à l'employeur public.

Il conviendra de se rappeler que dans la détermination des choix proposés aux agents dans le cadre des aménagements de poste ou des procédures de reclassement, les compétences professionnelles et les capacités médicales sont à appréhender conjointement.

Si les capacités médicales sous-tendent les activités professionnelles, l'expertise en terme de projet professionnel sera globale. Elle veillera à promouvoir prioritairement la maîtrise technique des risques professionnels avant que les incapacités médicales ne puissent être considérées comme absolument incompatibles avec tout travail.

Si la prise en charge (médicale) par le collectif de travail du handicap psychique n'est pas envisageable, sa prise en compte dans l'entreprise est en revanche possible et absolument nécessaire.

La personne humaine doit être placée au centre du débat sur les risques professionnels dans ses dimensions physique et mentale. Le principe de l'adaptation du travail à l'homme et de la prise en compte du droit à toute personne au maintien dans l'emploi, dont les personnes fragiles psychologiquement tient désormais une place essentielle. L'état de santé mentale ou le handicap psychique ne doit pas être un facteur limitant le droit d'accéder ou d'être maintenu à un emploi car le travail a une " signification humaine " et renvoie à l'image de soi dans la société.

Au travers des signes d'alerte, l'environnement de l'agent concerné dispose aussi de moyens pour déceler la situation de souffrance dans lequel ce dernier se trouve. Il se doit alors d'attirer l'attention, selon les circonstances, de son responsable hiérarchique, du secrétaire général, du service du personnel, du médecin de prévention, du service social du personnel, etc. La démarche devra alors nécessairement mobiliser tous les acteurs en relation avec la santé au travail.

Mettre en oeuvre une prise en charge des troubles du comportement au travail dans une visée de maintien dans l'emploi débouchant sur des actions opérationnelles de prévention en appelant chacun à la vigilance face aux signes d'alerte et en s'appuyant sur les ressources internes des acteurs pouvant intervenir, tel doit être l'objet des démarches de protection de la santé physique et mentale des agents.

Il est donc préconisé de mettre en place, dans ce cas, un travail d'accompagnement coopératif articulé autour du groupe de gestion des ressources humaines (GRH).

6. DEMARCHE PLURIDISCIPLINAIRE D'ATTENTION ET DE PREVENTION DANS UN CADRE COOPERATIF

6.1 UN TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT COOPERATIF EN RESEAU

Le travail d'accompagnement coopératif s'appuie sur les responsables et les professionnels des ressources humaines dit groupe de gestion de ressources humaines « GRH » :

- Le secrétaire général qui est le garant de la disponibilité et de l'équité des ressources humaines,
- Le médecin de prévention
- L'assistant de service social
- Les chefs des bureaux des ressources humaines, de la formation et des moyens généraux,
- Les autres ressources de l'institution le cas échéant (correspondant handicap, animateur sécurité prévention ...).

L'objectif est de rechercher les solutions à mettre en œuvre pour favoriser le maintien ou le retour dans l'emploi, dans le respect des règles du métier de chaque intervenant, notamment le secret professionnel et le secret médical.

Une triple mission est assignée à ce « groupe GRH » :

- Il assure la veille systématique des situations à risques et participe à l'évaluation de ces risques,
- Il a une fonction transversale en permettant d'apporter un appui circonstancié aux cadres confrontés à ces situations,
- Il participe au traitement des cas individuels : en cas de troubles du comportement d'un agent, il apporte son aide au chef direct de l'agent pour l'assister dans la mise en place des mesures particulières nécessaires. En cas de réintégration suite à un arrêt prolongé, il définit le mode d'accompagnement de la personne et identifie les acteurs chargés de le mettre en place.

6.2 LA PLACE DE L'ENCADRANT.

Il est au cœur de la situation difficile. Sa place est d'autant plus importante que, sans sa coopération, le médecin de prévention peut avoir du mal à cerner le problème ou aider la personne à s'orienter vers des soins. En effet, nous avons vu que la personne en difficulté peut être dans un déni de sa maladie et des perturbations au travail. Avec ce déni, la personne se protège de ce qu'elle ne veut pas voir car la réalité serait trop difficile à accepter. Dépasser ce déni pour pouvoir dialoguer avec la personne de ses difficultés et de soins éventuels est très difficile pour le médecin. Il est le plus souvent indispensable que la personne puisse être mise devant les faits réels pour fissurer le déni. Qui d'autre que l'encadrant peut apporter ces faits réels ?

Les médecins de prévention, comme les assistants de service social, ont besoin que l'encadrant puisse rapporter les difficultés rencontrées. Pour cela il faut un écrit. Mais qu'écrire ?

Il semble important de rester sur des faits : ce que le cadre a vu, entendu directement (« j'ai constaté que... ») ou ce qu'un tiers lui a rapporté (« un tel m'a dit que... »).

Il ne doit y avoir ni interprétation, ni jugement, ni diagnostic (au sens médical). Il ne s'agit pas d'un rapport administratif lourd mais d'un compte-rendu écrit factuel qui sera montré à l'agent (rapport écrit sur la façon de servir).

Ainsi le cadre va pouvoir dire à l'agent qu'il sollicite le médecin de prévention (ou à défaut le médecin agréé) et lui énoncer les éléments qu'il porte à la connaissance de celui-ci : faits observés au travail qui sont la raison de son inquiétude et de sa demande d'aide auprès du corps médical.

On peut citer des exemples de faits perturbant qui peuvent être relevés par l'encadrement, et dont la description pourra permettre au médecin de prévention de lever un éventuel déni de la part de l'agent :

- Temps de travail :
 - non-respect des horaires
 - absences non justifiées.
- Insuffisances dans le travail lui-même, en terme qualitatif et/ou quantitatif. Un comparatif peut être établi avec des postes équivalents.
- Comportements inadéquats avec les collègues, les usagers ou des partenaires externes : dérangements, colères, menaces, agressions physiques ou verbales, bousculades, propos déplacés... ou au contraire, attitude de retrait, d'absence...
- Attitudes "bizarres" (à décrire), rituels, thématiques récurrentes, verbales ou écrites, déstabilisant l'entourage professionnel...

Par ailleurs, si la situation est grave au point qu'il faille solliciter l'avis du comité médical, un rapport circonstancié sera rédigé par l'administration pour la constitution du dossier de demande auprès du comité médical. Dans le contexte des textes réglementaires l'avis du médecin de prévention sur la compatibilité des conditions de travail avec l'état de santé sera transmis au médecin agréé en charge de l'expertise médicale de l'agent. Nous sommes ici en amont du traitement du dossier par le comité médical ou la commission de réforme. La qualité du travail d'élaboration du dossier médico-administratif ainsi soumis pour avis à ces instances, sera garante du traitement « éthique » des droits médico-sociaux et de santé au travail des agents.

Le chapitre sur les difficultés des encadrants a relaté toutes les raisons qui peuvent rendre difficile la réalisation d'un tel écrit. Le médecin de prévention doit aussi pouvoir entendre l'encadrant, comprendre où il en est et l'accompagner dans ses questionnements, vers ce travail de mise à plat de la réalité. Il faut pouvoir lui expliquer que rédiger un tel écrit et le montrer à l'agent est une étape indispensable, mais que l'on va voir ensemble ce qu'il peut faire.

Le médecin de prévention devra s'adapter aux spécificités du cas traité, tout en essayant de ne pas cautionner des situations liées à des positions défensives de l'encadrant, plus largement de l'administration ou rejetant du collectif de travail. Le médecin de prévention devra être très vigilant à bien garder son cadre d'intervention et sa place dans le dispositif médical de soins et de prise en charge, social et professionnel.

L'encadrant peut aussi solliciter l'aide de sa hiérarchie pour rédiger cet écrit.

Ainsi chacun se repositionne dans l'accompagnement de l'agent en difficulté. L'encadrant pointe les dysfonctionnements au travail et sollicite un avis auprès du médecin de prévention s'il constate que ces dysfonctionnements ne se résolvent pas.

6.3 LA PLACE D'UNE EQUIPE MEDICO-SOCIALE.

Il convient de souligner l'intérêt et l'importance du dialogue entre les médecins de prévention, de soins, agréés (notamment en situation de temps partiel thérapeutique) et l'assistant de service social. Les échanges avec le secrétaire général se feront dans le respect des déontologies de chacun.

Le cadre direct se sentira alors « correctement soutenu » et l'agent bénéficiera ainsi d'une écoute pluridisciplinaire et pluri-professionnelle élargie à tous les professionnels de santé concernés.

Ce travail d'équipe aura également su préparer l'entourage à l'accueil de la personne en difficulté. Nous sommes ici à la convergence des droits de l'agent à voir sa santé dûment promue par l'adaptation et l'amélioration de ses conditions de travail, respect de ses droits à retravailler « progressivement si besoin », et de l'obligation faite aux employeurs publics de maintenir au travail les agents présentant des incapacités techniquement « compensables » et compatibles avec les activités, même s'ils ne sont pas reconnus « travailleur handicapé ». Les correspondants handicaps dont la désignation relève du protocole d'accord d'octobre 2001 seront associés à ces actions.

6.3.1 Le rôle du médecin de prévention.

Le professionnalisme du médecin de prévention doit lui permettre de canaliser la confrontation à la souffrance de même que les risques de substitution à l'institution ou d'abandon par sentiment d'impuissance ou démission.

Le médecin de prévention doit être sollicité le plus tôt possible, dès qu'il n'est plus possible de régler les problèmes dans le bureau, dans la subdivision, la cellule, quand les tentatives de solutions mises en place en interne n'ont pas abouti. Il ne faut pas laisser une situation insatisfaisante perdurer et se dégrader.

Dans le cadre de la surveillance médicale particulière (article 24 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié), notamment des agents souffrant de pathologies particulières, le médecin de prévention peut

proposer à l'administration de recevoir un agent. Ces visites médicales ont, alors, un caractère obligatoire.

Que peut faire le médecin de prévention ?

Son rôle est d'être attentif à toute altération de la santé des agents du fait du travail. Il est le conseiller de l'administration et des agents à ce sujet. Il peut, du fait de sa position au plus près du travail, analyser les interfaces entre la santé et le travail non seulement dans le domaine spécifique de la santé au travail mais aussi dans celui de la gestion des droits médico-sociaux des agents (circulaire du 31 janvier 1989 et loi de 2005 sur les droits des personnes handicapées face au travail).

Il va donc faire une double évaluation :

- une évaluation médicale
- une évaluation de la situation de travail.

ceci avec un regard professionnel neutre.

Nota bene : en l'absence ponctuelle de médecin de prévention dans un service, ce dernier devra transférer la demande de prise en charge de la démarche au coordonnateur régional qui fera assurer la démarche par un médecin de prévention disponible dans la région.

6.3.1.1 L'évaluation médicale

L'évaluation médicale s'appuie sur :

- La consultation médicale et la connaissance du dossier médical (possibilité de contacter les médecins qui soignent l'agent, avec l'accord de celui-ci, pour un échange d'informations dans les deux sens) ;
- La possibilité de demander des avis médicaux complémentaires .
- L'explicitation des difficultés posées ou rencontrées par l'agent au travail (au travers notamment des faits rapportés).

Dans le respect des prescriptions réglementaires définissant et cadrant les interrelations médecin de prévention / comité médical : le médecin de prévention se prononce sur la compatibilité des conditions de travail qu'il connaît avec la promotion de la santé des agents au travail qu'il évalue de par sa compétence spécifique.

6.3.1.2 L'évaluation de la situation de travail

L'évaluation de la situation de travail s'appuie sur :

- La formalisation des difficultés posées ou rencontrées par l'agent au travail notamment au travers des faits rapportés.
- Les dires de l'agent concernant son travail.
- L'étude du poste de travail.

Il faudra analyser la fonction occupée, les différentes tâches à accomplir (on ne s'arrêtera pas au travail prescrit mais on recherchera le travail réel), leurs rythmes, les objectifs de production, les compétences requises, les exigences physiques, relationnelles, les critères de réussite, les relations à développer en interne et en externe, les responsabilités, les moyens...

Ceci sera aussi complété par l'analyse des facteurs promotionnels ou inhibiteurs liés au poste lui-même ou à son environnement. (confiance ou défiance de l'environnement, compétence de l'entourage, stabilité de l'encadrement...).

Le médecin de prévention interroge le travail car la santé mentale résulte d'un équilibre entre l'individu et son environnement. Le travail est un facteur de santé mais il peut être aussi un facteur de déséquilibre.

Le médecin de prévention sera donc attentif à l'environnement de travail pour deux raisons:

- il recherche les facteurs déstabilisants.
- avec une attention aussi soutenue, il cherche à entendre les perturbations de l'entourage professionnel consécutives à la maladie de l'agent.

Il est en effet le médecin de prévention de tous les agents.

6.3.1.3 *Ce que permet cette analyse/évaluation*

Cette analyse/évaluation permet si cela est nécessaire :

- Des propositions d'adaptation des conditions de travail éventuellement en liaison avec le comité médical (temps partiel thérapeutique par exemple): le but est de rechercher un nouvel équilibre qui permette à l'agent de travailler sans être en trop grande difficulté et en tenant compte des capacités de l'entourage à travailler avec lui.
- L'orientation et le suivi de l'agent vers une structure de soins (dans ce cas, un travail avec l'ASS peut aider l'agent à faire cette démarche).
- Un arrêt de travail, mais ce n'est pas toujours le cas.
- Des suites médico-administratives : demande d'avis au comité médical.
- Proposition d'un suivi social.

6.3.1.4 *Le problème de la restitution*

La restitution est souvent vécue par les encadrants comme étant trop brève, peu informative et finalement peu aidante et ne permettant pas de poursuivre les échanges.

Une question revient souvent qui est de savoir si le problème est médical ou non.

Cela peut résulter du besoin de mettre une limite entre ce qui relève de la sphère psychique, qui fait peur et que l'encadrant voudrait bien ne pas avoir à affronter et ce qui serait « normal » et que l'encadrant veut bien prendre en charge.

Il faut donc que les médecins de prévention puissent entendre ce besoin profond des encadrants de pouvoir être rassurés sur ce point là où ils expriment un malaise réel.

Pour le médecin de prévention, cette question est difficile, car il est tenu au secret médical.

Cependant, il faut répondre.

L'avis médical de santé au travail portera sur l'adaptation des conditions de travail et non sur la pathologie. Le médecin de prévention assumera ainsi ses responsabilités de santé au travail qui impliquent qu'il doit particulièrement en cas de difficultés se prononcer sur la compatibilité des conditions de travail avec l'état des incapacités médicales relatives ou absolues qu'il aura évalué cliniquement. Répondre sans dire ce que l'on ne peut pas dire et sans renforcer les peurs, en respectant l'éthique médicale de la santé au travail.

La solution est de reprendre les comportements de l'agent et d'analyser ensemble, dans le cadre d'une réflexion collective (médecin de prévention, assistant de service social, secrétaire général, encadrant) s'ils sont compatibles avec un maintien au travail, si une demande de changement de l'organisation et des conditions de travail a pu être entendue et effectuée. La question commune est de savoir si l'état de la personne lui permet actuellement d'exercer son travail ou non, tout en restant dans le champ de l'analyse des comportements et non dans le champ du diagnostic.

Le médecin de prévention restitue ainsi au cadre et à l'agent son analyse du poste de travail et en particulier ce qui a pu éventuellement générer une perturbation au travail et ce qui pourrait contribuer à l'amélioration de la situation. La mise en œuvre collective que peut impliquer la réorganisation du travail est gérée sans ignorer l'importance des collectifs de travail conformément aux règles spécifiques définies pour la prise en charge du retour au travail des personnes handicapées.

6.3.2 Le rôle de l'assistant de service social

L'assistant de service social est souvent « porte d'entrée » de la demande d'intervention grâce à sa présence sur les lieux de travail. Sa disponibilité et sa position d'écoute le rendent particulièrement attentif aux signes de mal-être et de souffrance au travail. Il offre un lieu de parole libre de toute pression hiérarchique et assure les personnes du secret.

L'assistant de service social évalue la prise en charge la plus appropriée, son intervention est un acte professionnel.

Il travaille en partenariat avec le médecin de prévention pour tout ce qui relève du volet médical mais est également amené à partager son analyse avec le Secrétaire Général, dans la limite du secret professionnel et sous réserve de l'accord de l'agent.

Une fois que la demande est clairement posée vis à vis de l'agent (formalisation de l'écrit du cadre), et en concertation avec le médecin de prévention, l'assistant social est en mesure :

- de proposer à l'agent un accompagnement social qui s'appuie sur une écoute active et respectueuse de l'ensemble de ses difficultés professionnelles et personnelles (sur le plan social, financier, familial,...). Il contribue à l'aider à prendre conscience des perturbations occasionnées par son comportement au travail et à donner un sens à une orientation thérapeutique. Lorsque c'est nécessaire, il l'informe de ses droits et de ses obligations sur le plan administratif et lui explique les démarches à effectuer.
- d'écouter les difficultés rencontrées par les collègues de travail, l'encadrement de proximité, d'apporter à l'encadrement quelques points de repères sur la « conduite à tenir » et de donner son éclairage dans l'évaluation de la situation de travail

Grâce à sa position, l'assistant de service social apprécie s'il est nécessaire de donner, en accord avec l'agent, des éléments de compréhension sur ce qui se passe en dehors du travail. Il est ainsi en mesure d'apporter une évaluation sociale qui repose sur une analyse des conditions de vie personnelle ou familiale de l'agent. Cette évaluation sociale vient enrichir l'évaluation professionnelle et éclairer l'Administration dans la recherche de solutions adaptées à la situation et acceptables par l'agent et le collectif de travail dans son ensemble.

L'attention portée à l'environnement personnel de l'agent permet de repérer les facteurs déstabilisants et de l'aider en l'orientant vers les structures compétentes (service social de secteur, thérapeute de couple ou de famille, associations spécialisées...).

L'assistant de service social est, en collaboration étroite avec le médecin de prévention, un lien avec l'agent, la famille, mais aussi les collègues, le service du personnel...

Ainsi, dans les limites des compétences professionnelles de chacun et dans le respect des règles déontologiques, le travail d'analyse en binôme médecin de prévention - assistant de service social, quand il est possible, permet une prise de recul de chacun et une meilleure évaluation globale de la situation. Cette étroite collaboration est donc à privilégier.

6.4 LA PLACE DU SECRETARIAT GENERAL

Le secrétaire général, garant du bon positionnement fonctionnel et /ou hiérarchique des ressources humaines, alerte et mobilise les intervenants potentiels. Il doit notamment assurer la continuité de l'accompagnement en cas de changement de l'encadrement de l'agent.

Sa place est à étudier dans différentes situations:

- Malgré une démarche correctement "amorcée", on peut ne pas obtenir la participation de l'agent et il peut arriver que celui-ci ne veuille pas rencontrer le médecin de prévention, même avec un travail de facilitation de l'ASS : Le secrétaire général, dans ce cas, peut faire acte d'autorité et convoquer l'agent à une visite chez le médecin de prévention.
- Lui-même ou le bureau du personnel peuvent avoir des informations utiles à une approche concertée, respectueuse de l'agent et de ses droits : Le secrétaire général a un rôle d'alerte de l'équipe et provoque la réunion d'échanges.
- Les difficultés rencontrées par l'agent peuvent nécessiter une adaptation de poste ou des compléments de formation.
- Les difficultés de l'encadrant peuvent nécessiter un soutien, soit hiérarchique, soit méthodologique...

Les perturbations au travail, si elles ont été bien posées, peuvent cependant permettre d'utiliser différents leviers dans les cas de difficultés majeures décrites ci-après : sanction disciplinaire et décisions médico-administratives..

6.4.1 La sanction disciplinaire.

Le fait d'être malade ne doit pas être déresponsabilisant et ce n'est pas parce que l'on relève de la maladie que ne se pose plus la question de la discipline. La part des conséquences de la maladie sur les activités professionnelles devra être systématiquement faite. Sauf dans certains cas de désorientation liée à des pathologies sous jacentes susceptibles de relever d'une inaptitude médicale au travail et de soins, la personne en souffrance a comme tout le monde besoin de repères. Cela l'aide et la sécurise. L'examen de l'opportunité d'une sanction disciplinaire, dans le cadre du déni de la maladie et plus particulièrement en cas de refus de soins, s'il est expliqué et rattaché à des perturbations au travail verbalisées à l'agent peut aider celui-ci à prendre conscience de ses difficultés réelles, de leur impact sur la qualité du travail et le pousser à participer à une démarche globale intégrant le processus de prise en charge médicale. Une telle démarche sera mise en œuvre le plus rapidement possible après la constatation des dérives et sera ajustée à la gravité de celles-ci. Elle n'est pas antinomique avec un suivi médical ou un suivi social, au contraire.

6.4.2 Les décisions médico-administratives.

Elles supposent un travail commun entre le médecin et l'assistant de service social, mais aussi l'encadrant et le secrétaire général.

Dans toutes ces démarches il y a un point de vigilance essentiel : ce n'est pas sur la base de la maladie que se prononce l'incapacité de travailler mais sur les dysfonctionnements au travail.

Les responsables hiérarchiques ne chercheront donc pas à évincer la personne malade mais à évincer les comportements inadaptés au travail.

6.4.2.1 L'aménagement de poste de travail :

Conformément à l'article 26 du décret 82-453 du 28 mai 1982 modifié : « le médecin de prévention est habilité à proposer des aménagements de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents.»

Conformément à l'article 7 du décret du 14 mars 1986 : « les comités médicaux sont consultés obligatoirement ... pour l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé ou disponibilité. »

6.4.2.2 L'affectation dans un autre emploi sans changement de grade :

Conformément à l'article 1^{er} du décret 84-1051 du 30 novembre 1984 : « Lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente, et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'administration, après avis du médecin de prévention, dans l'hypothèse où l'état de ce fonctionnaire n'a pas rendu nécessaire l'octroi d'un congé de maladie, ou du comité médical si un tel congé a été accordé, peut affecter ce fonctionnaire dans un emploi de son grade, dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer les fonctions correspondantes »

6.4.2.3 Le reclassement des agents inaptes :

Conformément à la circulaire n° 2005-37 du 10 juillet 2005 relative au reclassement des agents devenus inaptes, chaque service doit élaborer un plan d'action pour la réorientation et la reconversion des agents inapte. Ce plan doit inclure, le cas échéant, les agents relevant de cette circulaire.

6.4.2.4 La mise en congés d'office:

Conformément à l'article 34 du décret du 14 mars 1986 : Si l'état du fonctionnaire paraît nécessiter l'octroi d'un congé de longue maladie ou de longue durée, compte tenu d'attestations médicales ou du rapport des supérieurs hiérarchiques, le chef de service peut, après concertation avec le médecin de prévention, saisir le comité médical et provoquer ainsi l'examen du fonctionnaire, en vue de lui accorder ce congé de longue durée ou de longue maladie. »

Dans l'attente de l'avis du comité médical, si les difficultés perdurent, cela relève soit de la prise en charge d'urgence, soit du disciplinaire.

6.4.2.5 L'hospitalisation sur demande d'un tiers:

(Article L 333 du code de santé publique)

Cette hospitalisation sous contrainte peut être nécessaire, exceptionnellement, dans les états d'agitation aiguë non maîtrisable au travail. L'hospitalisation sur demande d'un tiers doit être mise en œuvre quand nécessaire, car on ne peut laisser un agent en très grande difficulté mentale rentrer chez lui. En effet, il serait alors toujours sous la responsabilité de l'administration qui, en cas d'accident de trajet, pourrait voir sa responsabilité recherchée.

La procédure est très encadrée. Il faut :

- Une demande manuscrite d'un tiers : l'assistant de service social se met en lien avec la famille pour solliciter le conjoint ou à défaut un parent direct, en cas d'échec de cette démarche, toute personne peut tenir ce rôle.
- Un premier certificat circonstancié d'un premier médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil qui peut être le médecin de prévention ou un médecin urgentiste (par exemple le 15). Si une telle solution n'est pas possible il ne faudra pas hésiter à appeler les pompiers qui sont habilités à transporter les personnes vers une structure hospitalière d'urgence qui fera le premier certificat et orientera vers l'hospitalisation spécialisée.
- Un deuxième certificat sera fait par le psychiatre de l'établissement d'accueil qui recherchera une éventuelle cause organique au trouble constaté.

7. LES LIMITES DE L'ACTION

Pour mener à bien une politique d'insertion des personnes souffrant de handicaps, il faut bien mesurer les limites d'action de chacun et notamment du médecin de prévention et de l'assistant de service social. Ces derniers ne possèdent pas de baguettes ou de remèdes magiques. Chaque situation est spécifique et a des réponses propres qui s'élaborent au fil du temps et des interventions. Ils ne peuvent pas travailler sans la confiance et la participation de l'encadrant et de l'agent.

La démarche peut être entravée ou stoppée si les perturbations au travail n'ont pas été bien factuelles ou dites à l'agent. Elle peut être également mise en difficulté si la demande auprès du médecin n'a pas été transparente vis-à-vis de l'agent.

7.1 DU MEDECIN : DES LIMITES DEONTOLOGIQUES ET JURIDIQUES.

7.1.1 Le secret professionnel et médical :

Le secret professionnel et médical est notamment défini par les textes suivants

- Article 226-13 du code pénal
- Article 4 et 95 du code de déontologie
- Article 11 du décret du 23 mai 1982 modifié le 9 mai 1995
- La circulaire de 2 mars 2004 relative au fonctionnement des comités médicaux

Le secret médical est le corollaire de la confiance qui permet au médecin de travailler.

Il régit les relations avec :

- L'institution.
- Les collègues et l'encadrement.
- Les médecins de soin avec lesquels ces aspects médico-légaux peuvent entraver l'échange, qui ne peut se faire qu'avec l'accord de l'agent.
- Les médecins agréés, le comité médical et la commission de réforme.

L'obligation du secret médical s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir. Il n'y a pas de partage de secret, hormis les dérogations légales.

Le secret médical diffère du devoir de réserve qui s'impose à tout fonctionnaire.

Ainsi, quand le médecin de prévention est amené à travailler en partenariat, il doit respecter certaines règles :

- même si la pathologie dont souffre l'agent est connue de tous, le médecin ne la nomme pas afin que sa parole ne cautionne pas ce qui peut ne rester qu'une rumeur
- l'agent présentant une incapacité médicale constitutive d'une gêne pour le travail n'est pas tenu de révéler à son employeur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé qu'il a pu obtenir auprès de la Commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH anciennement COTOREP). Le médecin de prévention est de même tenu par cette obligation de discrétion.

Le médecin doit expliquer les contraintes et les risques professionnels à éviter sans autres justifications médicales en dehors de celles qu'il doit à l'agent lui-même.

Lorsque le cas d'un agent est discuté en réunion formelle, il est indispensable que ce dernier soit informé de ce qui s'est dit, et mieux, qu'il participe directement à la construction de sa réinsertion.

7.1.2 Le statut du MDP au sein de l'administration

Les textes qui définissent son statut des médecins de prévention au sein de l'administration sont le décret du 28 mai 1982 modifié le 9 mai 1995 et le décret du 14 mars 1986 relatif à la médecine agréée dans les articles qui concernent directement le médecin de prévention. Ces textes précisent les rôles du médecin de prévention et donc permettent d'identifier ce qu'il n'est pas :

- Il n'est pas là pour régler des situations relevant de l'évaluation de la compétence professionnelle des agents ou de la discipline. Il ne se substitue pas à l'encadrement ou à l'institution.
- Il n'est pas un contrôleur de l'absentéisme.
- Il n'est pas habilité à statuer sur une décision d'aptitude médicale. En cas d'incapacité médicale absolue, l'agent sera orienté en urgence vers les soins. La définition de l'aptitude médicale à l'emploi et aux fonctions relève du médecin agréé en charge de l'étude des droits médico-sociaux au travail et à l'emploi dans la fonction publique.

Le médecin de prévention évalue les capacités/incapacités médicales relativement aux propositions éventuelles de tâches que l'Administration prescrit à l'agent. Mais il ne peut être celui qui va évaluer les compétences professionnelles de l'agent, il ne doit statuer que sur la compatibilité des conditions de travail avec la promotion/préservation de la santé au travail².

Le médecin de prévention ne peut pas prendre en compte les exigences de productivité comme doit le faire le responsable de l'institution ou son délégué.

² aménagement des postes ...[art 26 du décret de 1982].

Le médecin de prévention contribuera en participant au travail pluridisciplinaire et pluri-professionnel de santé au travail à la recherche de solutions « ergonomiques optimales » fondée sur les éléments cliniques qu'il aura pu recueillir lors de l'examen médical de l'agent, sur la connaissance des situations de travail (tiers temps technique) et sur les informations relatives au travail prescrit et à l'évaluation des risques professionnels que l'Employeur aura transmise au groupe de travail GRH.

Les propositions du médecin de prévention seront ainsi confrontées aux limites d'adaptation de la structure, confrontation qui relève de la hiérarchie qui restera au final responsable des choix techniques d'adaptation et d'organisation du travail ainsi que de leur impact en terme de construction/déconstruction de la santé de l'agent.

7.2 DE L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL : DES LIMITES DEONTOLOGIQUES

Il s'agit de limites déontologiques et juridiques d'une part, de limites liées aux compétences professionnelles propres d'autre part.

L'obligation du secret professionnel est prescrite dans la loi à l'article 225 du code de la famille et de l'aide sociale et à l'article 226-13 du nouveau code de procédure pénale.

Cette obligation est générale et absolue –personne ne peut en affranchir l'assistant de service social (hormis certains cas particuliers définis par la loi, inscrites à l'article 226-14 du nouveau code de procédure pénale).

Les principes généraux, devoirs et obligations de la profession d'ASS sont repris dans le code de déontologie de l'ANAS du 28/11/1994.

L'organisation et la pratique de la profession, au sein du ministère de l'équipement, font l'objet d'une circulaire ministérielle 2003-45 du 15 juillet 2003 complétée par la circulaire du 7 juillet 2006 relative au processus de pré positionnement des assistants de service social.

7.3 DU SECRETARIAT GENERAL

Le bureau des ressources humaines se trouve souvent démuni pour traiter ces cas difficiles en raison de leur complexité d'une part, de la précision de la réglementation de la médecine statutaire d'autre part qui nécessite, pour être bien appliquée, une connaissance complète de dispositifs mis en œuvre de manière assez rare . Dans de tels cas le recours à l'administration centrale peut être nécessaire ainsi que des formations continues sur ces thèmes encore aujourd'hui assez méconnus.

8. RETOUR ET SUIVI AU TRAVAIL

8.1 L'ACCUEIL APRES UN ARRET PROLONGE OU CONSECUTIF A UNE MUTATION

A la suite d'un arrêt prolongé il est indispensable de préparer la reprise avant le jour de la reprise effective.

Pendant l'arrêt, il est souhaitable qu'un lien soit maintenu avec l'agent par le service, par l'assistant de service social et le médecin de prévention.

Bien qu'aucun cadre réglementaire n'en sous-tende l'existence dans la fonction publique de l'Etat, une visite de pré-reprise sera systématiquement proposée à l'agent.

Pour se rendre auprès du médecin de prévention l'agent devra disposer d'un ordre de mission spécifique pour couvrir les éventuels accidents de trajet. Cette visite faisant suite à un arrêt de travail sera formellement distinguée de l'éventuelle intervention du médecin agréé. La visite de pré-reprise est

justifiée par la nécessité d'expertise en médecine de prévention notamment en matière d'adaptations ergonomiques du poste de travail de l'agent.

Une telle visite s'inscrit dans la logique réglementaire des surveillances médicales particulières, prévues à l'article 24 du décret du 28 mai 1982 modifié, au bénéfice des agents après un congé de longue maladie ou de longue durée et aux agents présentant des pathologies particulières. Les congés ordinaires de maladie sont donc aussi concernés particulièrement dans le contexte de l'évolution du mi-temps thérapeutique vers le temps partiel thérapeutique (loi du 2 février 2007).

Le secrétaire général organise ensuite les modalités concrètes de la reprise effective du travail avec les membres du réseau coopératif et convoque l'agent pour définir les conditions de sa reprise. Un suivi médical renforcé peut-être proposé à l'agent en amont de la reprise du travail.

Plusieurs personnes ressources se mobilisent donc avec l'agent :

- le secrétaire général, en lien, si nécessaire avec l'encadrant de proximité du dernier poste tenu par l'agent
- le médecin de prévention
- l'ASS
- d'autres partenaires internes si nécessaire : responsables formation, moyens généraux, animateurs de prévention, correspondants handicap...
- et externes à l'administration : médecins de soins, spécialistes consultants médecins et paramédicaux, médecins agréés...

Toutes ces personnes disposeront d'une connaissance de l'environnement du travail

- soit directe, tiers temps du médecin de prévention, présence effective et permanente sur le terrain de par la fonction exercée au ministère ...
- soit indirecte : les informations relatives à l'interface santé/maladie/travail figurent par exemple dans le rapport écrit du médecin de prévention (rédigé consécutivement à la visite de « pré reprise »). Rappelons que ce rapport est défini par les réglementations organisant les relations médecine de prévention/médecine agréée et qu'il est destiné aux médecins siégeant en comité médical et en commission de réforme, structures en charge des avis médico-administratif en amont de la décision administrative de reprise du travail consécutivement à un arrêt maladie.

Ainsi les différents services, les acteurs du collectif de travail et tous les professionnels concernés œuvrant en synergie, la santé des agents et leurs droits seront dûment préservés.

Il importe en effet que chaque agent soit traité dans le respect des cadres réglementaires définissant pour ceux-ci comme pour l'administration les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité (Art. L 230-1 à 3 du code du travail), de contrôle des droits médico-sociaux des agents (gestion équitable de leurs droits maladies) et de promotion de la santé au travail.

On soulignera le rôle particulier de l'assistant de service social. Celui-ci reste l'interlocuteur privilégié de l'agent. Il explicite et prépare avec lui les diverses démarches proposées.

A l'interface de la sphère privée et professionnelle, il pourra favoriser les liens et doit rester à l'écoute de l'agent et des différents acteurs mobilisés.

L'objectif de cette mobilisation est de pouvoir répondre à un triple questionnement :

- Quelles sont les capacités « médicales » (au sens large du terme : physiques, psychologiques, mentales) et quelles sont les compétences professionnelles de la personne, actuellement ?
- Quel profil de poste peut-on lui proposer ? où ?
- Y a-t-il des mesures d'accompagnement à prendre pour favoriser l'adaptation au poste (adaptation du matériel, de l'environnement, du contexte relationnel, des accès...) ou des mesures de formation à mettre en place ?

En ce qui concerne les compétences de la personne on rappellera les connaissances et savoir-faire acquis par le cursus scolaire et professionnel. Ceci sera complété par l'analyse des facteurs promotionnels ou inhibiteurs liés à la personne, c'est-à-dire ce qui va lui permettre de développer ses compétences ou ce qui va entraver ce développement (la stabilité ou la vulnérabilité en milieu hostile, la capacité d'adaptation aux changements, les capacités de communication, la disposition à s'insérer dans un groupe, dans un projet...).

Dans ce travail d'analyse des compétences de la personne il semble que l'on se trouve dans une certaine tension, voire une contradiction: être sincère et ne pas effrayer.

Comment concilier ces deux propositions ?

La bonne attitude semble être la suivante : dire quelque chose, quelque chose d'exact et surtout quelque chose d'utile, ce qui est sans doute la meilleure façon de ne pas effrayer. L'employeur a légitimement besoin d'être rassuré, mais il faut éviter qu'il ait le sentiment d'avoir été trompé.

La proposition qui est faite, c'est de parler des compétences de la personne, de ce qu'elle sait faire et non de ses déficiences. Il s'agit de pouvoir travailler sur les « pleins du gruyère » et non seulement sur les trous, et de pouvoir, aussi, expliciter les difficultés que la personne va ressentir.

Le dialogue entre tous les professionnels concernés et notamment entre le médecin, l'assistant de service social, et l'encadrant doit se tenir sur ce champ là. Il en va du respect du cadre éthique de l'action de maintien dans l'emploi. Cette démarche « éthique » découle du cadre fixé par la loi du 11 février 2005 relative au droit des personnes handicapées et à celle relative à la lutte contre les discriminations.

En ce qui concerne le poste de travail il faudra définir : la fonction occupée, les différentes tâches à accomplir, leurs rythmes, les compétences requises, les exigences physiques, relationnelles, les objectifs de production, les critères de réussite, les relations à développer en interne et en externe, les responsabilités, les moyens...

Ceci sera aussi complété par l'analyse des facteurs promotionnels ou inhibiteurs liés au poste lui-même et à son environnement (confiance ou défiance de l'environnement, compétence de l'entourage, stabilité de l'encadrement...).

Il ne faut pas oublier les mesures ergonomiques.

À la suite de ce temps de recherche et d'analyse, il peut, soit être proposé un poste en adéquation avec les qualifications de la personne, soit sembler nécessaire de poursuivre un travail d'analyse.

Quand les limites des compétences internes sont dépassées, une compétence externe est une solution possible en particulier pour aider l'agent à cerner ses qualifications et les facteurs promotionnels ou inhibiteurs. En effet, il n'est pas toujours possible d'envisager un bilan de compétences standard pour une personne ayant une réduction des capacités médicales d'ordre psychique, et il faudra alors faire appel à un centre de bilans spécialisé.

Afin de répondre à la nécessité de travailler avec les compétences de la personne, à la nécessité d'avoir des repères, des limites, une gestion équitable, il est indispensable, surtout dans ces cas là, de rédiger systématiquement une fiche de poste adaptée. Ceci est d'autant plus important à réaliser pour un agent présentant des difficultés psychiques. Même si les tâches demandées peuvent être simples, un cadrage par une fiche de poste est absolument nécessaire.

8.2 LE SUIVI DE LA PERSONNE.

Le souci en la matière est de savoir rester vigilant dans la durée, pour pouvoir anticiper une éventuelle déstabilisation, sans pour autant stigmatiser l'agent.

Les personnes qui se sont déjà mobilisées lors de l'insertion ou de la réinsertion, restent les personnes ressources pour l'agent, ses collègues de travail, son encadrant: il s'agit avec le secrétaire général, de l'assistant de service social et du médecin de prévention, mais aussi, selon les besoins et les situations, des responsables ressources humaines, formation, moyens généraux, animateur sécurité prévention, correspondant handicap...

Le fonctionnement et la constitution de cette équipe peuvent varier selon les cas :

- Le secrétaire général doit inciter et veiller à la coopération complémentaire des intervenants.
- L'encadrant est en premier lieu responsable de l'accompagnement professionnel. Il est celui qui va apprécier le travail effectué et le comportement de l'agent. Il sera le premier à constater et à factueliser d'éventuelles difficultés.
- Le médecin de prévention suit régulièrement et à une fréquence qu'il fixe et propose à l'Administration et à l'agent une surveillance médicale particulière. Le médecin de prévention reste en lien, comme précédemment, avec l'équipe de soins qui suit l'agent (avec l'accord de celui-ci), le milieu de travail, l'assistant de service social et les autres membres du réseau.
- L'assistant de service social accompagne sur le plan social, régulièrement et dans la durée, l'agent qui le souhaite et recherche des réponses en partenariat avec les acteurs concernés (encadrement, médecin, Secrétaire général...) toujours dans le double souci de prendre en compte les impératifs du monde du travail et l'intérêt de la personne.

Si les compétences internes sont dépassées, un recours à une aide extérieure, intervention d'un tiers ou tuteur, peut alors être envisagé tel que le prévoit l'agence de formation et d'insertion des personnes handicapées qui souligne l'intérêt d'un regard extérieur dans l'accompagnement de l'insertion.

Dans ces démarches, deux écueils sont à éviter :

- une stigmatisation de la personne,
- un manque de cadrage d'autant plus qu'une personne en souffrance a besoin de repères. Cela l'aide et la sécurise.

9. CONCLUSION

Dans une visée de maintien dans l'emploi, les situations sont variables et se traitent au cas par cas. Les spécialistes de l'accompagnement des personnes qui présentent des troubles du comportement disent qu'il n'y a pas de recettes mais seulement des repères qui permettent de faire des essais, d'éventuelles erreurs et à nouveau des essais...

Quatre points sont essentiels :

- Ne pas déroger aux règles scientifiques, techniques, économiques, juridiques, ergonomiques, sanitaires, médicales cadrant une organisation du travail respectueuse de la santé des agents, des collectifs de travail et des objectifs découlant de la mission de service public. Elles figurent dans de nombreux textes, divers et variés dont il conviendra de ne pas oublier que le challenge du maintien dans l'emploi impose de les comprendre avant de les appliquer si l'on veut donner vie à la notion de travail pluri-professionnel en réseau.
- Ne pas laisser les situations se dégrader
- Centrer le problème sur les difficultés au travail.
- Formaliser la demande d'intervention du groupe GRH.

Un bon dialogue et de la confiance sont nécessaires entre tous les membres du groupe GRH et entre les membres de cette équipe et l'agent. En conséquence, une pratique régulière d'échanges, entre les différents intervenants, pour assurer une cohérence, facilitera le traitement des cas plus compliqués, sans empathie inconsidérée et sans aucune antipathie. La recherche de l'équité pour chacun dans un contexte de neutralité bienveillante sera la règle.

Des pratiques professionnelles privilégiant les approches pluridisciplinaires sont ainsi à rechercher car souvent nécessaires pour garantir aux agents une adaptation de leurs conditions de travail et au service une bonne intégration dans les équipes de travail.