



COLLÈGE COOPÉRATIF EN BRETAGNE

DPITSH

*Chargé de Projet d'Insertion Professionnelle
des Travailleurs en Situation d'Handicaps*

Certification professionnelle de Niveau II
*délivrée par l'Etablissement Collège Coopératif en Bretagne
(J.O. du 12/05/2011 – Code NSP 332p)*

**Comment prévenir les situations
de handicap en lien avec la
souffrance au travail chez les
professionnels d'une association
œuvrant dans le secteur de la
protection de l'enfance**

Présenté et soutenu publiquement par :

JEHANNO - yves
Promotion 17

Tuteur :

FERRE – François - Marie
Responsable de la formation DPITSH

RENNES – Décembre 2012

Université Rennes 2 - Campus La Harpe
Avenue Charles Tillon - CS 24414
35044 RENNES cedex

Tél. : 02.99.14.14.41 - Fax : 02.99.14.14.44

Email : ccb@uhb.fr - Site Internet : <http://www.ccb-formation.fr>

N° de SIRET : 32712493900056 - N° de déclaration d'existence : 53 35 00693 35 - Code APE : 8559A

Mots-clés

Travail – Souffrance au travail – Situations de handicap – Santé – Prévention - Risques psychosociaux – Désinsertion professionnelle

Synthèse

Révélee au public par la médiatisation des suicides au sein de grandes entreprises, la souffrance au travail n'épargne pas le secteur social et médico-social. Les enquêtes statistiques sur les conditions de travail ou les risques professionnels mettent en évidence l'augmentation des états de fatigue générale et du stress au travail. Ce fait social a des incidences sur la santé des salariés : plus de 31% des ayants droits à l'OETH sont des victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles, environ 150000 avis d'incapacité sont émis chaque année. La prévention de la désinsertion professionnelle devient un enjeu partagé par les acteurs de la santé et du handicap.

L'évolution constante ces dix dernières années du contexte législatif et réglementaire oblige les établissements sociaux et médico-sociaux à réviser leurs fonctionnements et leurs organisations. Nous constatons une aggravation des caractéristiques des personnes et des enfants accompagnés qui présentent des pathologies psychiques et des situations de désocialisations aiguës. Les professionnels sont amenés à développer des pratiques et des postures de soin et sont confrontés à la violence. Ces enjeux de changement augmentent de manière significative l'exposition aux risques psychosociaux.

Nous appréhenderons ces enjeux au sein de l'association Enfance et Famille, agréée dans le secteur de la protection de l'enfance qui emploie 278 salariés. A partir d'une recherche documentaire, d'une enquête globale et d'entretiens, ce mémoire présente un pré-diagnostic du dispositif de prévention des risques psychosociaux et formule des propositions.

Remerciements

A ma famille pour leur compréhension de ces temps entre parenthèses

A mes collègues de travail pour leur soutien

Je remercie aussi François-Marie Ferré, tuteur sur ce projet, pour m'avoir guidé dans la construction de ce mémoire.

« Ça ne marche pas tous les jours

En claquant les doigts

Elle leur raconte des histoires

Elle y arrive comme ça »

Bord de mère¹

¹ Bord de mère, écrit dans le cadre d'ateliers écritures animés par Sylvain Coher au Centre de Culture populaire de Saint-Nazaire, avec la participation du comité d'entreprise de l'association Enfance et Famille, éd Cénomane.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	5
PREMIERE PARTIE : SOUFFRANCES AU TRAVAIL ET SITUATIONS DE HANDICAP : UN FAIT SOCIAL	8
CHAPITRE 1 : LES APPROCHES THEORIQUES, LE TRAVAIL, LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL	9
CHAPITRE 2 : LA SANTE AU TRAVAIL	17
CHAPITRE 3 : SOUFFRANCES AU TRAVAIL, CONSEQUENCES SANITAIRES, ECONOMIQUES, SOCIALES ET PRODUCTION DE HANDICAPS.....	24
CHAPITRE 4 : LA BRANCHE SANITAIRE, SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE PRIVEE A BUT NON LUCRATIF	33
DEUXIEME PARTIE : LES MODELES DE PREVENTION METHODOLOGIE D'ENQUETES ET D'ENTRETIENS.....	41
CHAPITRE 1 : LES MODELES DE PREVENTION.....	42
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE ET D'ENTRETIENS	50
TROISIEME PARTIE : L'ASSOCIATION ENFANCE ET FAMILLE PRE DIAGNOSTIC : DU MODELE A L'ANALYSE	55
CHAPITRE 1 : L'ASSOCIATION ENFANCE ET FAMILLE.....	56
CHAPITRE 2 : CONTEXTE SOCIO – ECONOMIQUE ET DES CHANGEMENTS	61
CHAPITRE 3 : LE CONTEXTE DES RELATIONS PROFESSIONNELLES ET DES RELATIONS A L'OCCASION DU TRAVAIL	76
CHAPITRE 4 : OBJECTIFS ET EXIGENCES DE L'ORGANISATION	84
CHAPITRE 5 : OBJECTIFS ET EXIGENCES DES SALAIRES.....	98
QUATRIEME PARTIE : SANTE AU TRAVAIL, ENQUETES ET PRECONISATIONS	107
CHAPITRE 1 : SANTE AU TRAVAIL.....	108
CHAPITRE 2 : QU'AVONS-NOUS APPRIS ? RETOUR SUR NOS HYPOTHESES	121
CHAPITRE 3 : LES SALAIRES EN SITUATION DE HANDICAP DANS L'ASSOCIATION.....	133
CONCLUSION GENERALE	142

Table des sigles

AED :	Aide Educative à Domicile
AEMO :	Aide Educative en Milieu Ouvert
AGEFIPH :	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
APR :	Action Prioritaire Régionale
ARACT :	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARTT :	Accord pour la Réduction du Temps de Travail
ASP :	Accueil et Soutien Parental
Ass F :	Assistant(e) Familial
AT – MP :	Accident du Travail – Maladie Professionnelles
AF :	Accueil Familial
CAF :	Caisse d'allocations familiales
CARSAT :	Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
CE :	Comité d'Entreprise
CSE VM :	Centre Socio-Educatif Ville Marine
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
DIAPPA :	Démarche Inter - Associative d'un Projet Personnalisé et d'Accompagnement
DARES :	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
GIST :	Groupement Interprofessionnel de Santé au Travail
INRS :	Institut National de Recherche et de Sécurité

INVS :	Institut National de Veille Sanitaire
IME :	Institut Médico Educatif
ITEP :	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MECS :	Maison d’Enfants à Caractère Sociale
MOAIJ :	Module d’Orientations Approfondies pour Assurés en Indemnités Journalières
OETH :	Obligation d’Emploi des Travailleurs Handicapés
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OIT :	Organisation Mondiale du Travail
OPCA :	Organisme Collecteur Agréé
RQTH :	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SN :	Surveillant de Nuit
SST :	Service de Santé au Travail
TISF :	Technicien en Interventions Sociales et Familiales
TMS :	Troubles Musculo Squelettiques
UNIFAF :	Fonds d’Assurances Formation de la Branche Sanitaire, Sociale et Médico- Sociale privée à but non lucratif
VAE :	Validation des Acquis de l’Expérience

Introduction générale

Le sujet de ce mémoire repose de prime abord sur une intuition et un constat effectué au cours des mandats d'élu au comité d'entreprise et lors de mon travail quotidien en qualité d'animateur socio-éducatif au sein de l'association Enfance et Famille. Nous observons les départs successifs, selon diverses modalités, de collègues atteints de maladies physiques ou psychiques et, pour certains, présentant des symptômes d'usure professionnelle et de souffrance au travail. Ces départs sont échelonnés et concernent un nombre réduit mais régulier de salariés. Pour ceux déclarés inaptes à leur poste de travail ou dont les restrictions d'aptitude sont prononcées par le médecin du travail, le reclassement dans les établissements de l'association s'avère impossible. Ces situations, après de longs arrêts maladie, se concluent par un licenciement pour inaptitude. D'autres salariés, en butte aux mêmes difficultés, optent pour une fin de contrat sous forme de rupture conventionnelle. Le plus souvent, l'employeur, les salariés et les représentants du personnel ressentent une forme d'impuissance face à ces situations. L'association, par ailleurs, ne satisfait pas totalement à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Les recherches engagées dans ce mémoire nous permettent de se dégager d'une certaine subjectivité et de relier ce constat à un phénomène présent dans tous les secteurs. La souffrance au travail constitue un véritable fait social : des liens sont avérés et de plus en plus reconnus entre les conditions socio-économiques actuelles et l'apparition de pathologies liées au travail. Ces atteintes à la santé physiques et psychiques nuisent à un ensemble de salariés qui éprouvent des difficultés à réaliser leur activité de travail et à tenir leur emploi, autrement dit qui sont en situation de handicap.

Nous souhaitons appréhender la réalité de ces phénomènes à l'échelle de l'association dans une démarche de pré-diagnostic pour repérer les facteurs spécifiques de souffrance au travail, exprimés par les professionnels, travailleurs sociaux, surveillants de nuit et maîtresses de maison. Il s'agit aussi de repérer les conditions, les stratégies individuelles ou collectives qui améliorent la prise en compte des risques psycho-sociaux. Cette recherche, bien que partielle au regard du temps et des moyens qui lui sont consacrés, vise une contribution à la politique de prévention de l'association. Cette contribution est partagée par les collègues qui, lors des entretiens, ont risqué un regard lucide, parfois émouvant ou éprouvant sur leur travail. Il s'agit aussi de leur donner la parole et nous avons cité quelques moments d'échanges dans

ce mémoire. A dessein, nous estimons que la prévention de la souffrance au travail se fonde sur un modèle participatif.

La question centrale s'énonce comme suit : **comment prévenir les situations de handicap en lien avec la souffrance au travail chez les travailleurs sociaux et le personnel d'une association œuvrant dans le secteur de la protection de l'enfance ?**

Hypothèses

Parmi les différents facteurs de risques spécifiques aux métiers éducatifs de la protection de l'enfance, le sentiment d'insécurité et les actes de violence en relation avec le travail auprès des usagers seraient les plus prégnants.

Dans la conception d'une démarche de prévention, il semble nécessaire d'adapter les modèles aux spécificités du secteur, à la culture et aux pratiques de travail des professionnels, en utilisant une démarche participative.

Une démarche de prévention est indissociable des démarches de projets et de changement.

Projet de recherche

Nous chercherons dans le premier chapitre, après avoir défini les concepts et les mots clefs (*travail, souffrance au travail, risques psychosociaux, situations de handicap*) à situer la problématique dans un phénomène global de société et à expliciter le lien entre souffrance au travail, handicap et santé au travail.

A partir d'un plan large, nous zoomerons sur la branche sanitaire, médico- sociale, sociale et le secteur de la protection de l'enfance

La deuxième partie présente les modèles de prévention et de pré- diagnostics des risques psychosociaux et la méthodologie d'enquêtes utilisée auprès des professionnels de l'association.

Dans la troisième partie intitulée « *L'association Enfance et Famille – Pré diagnostic – du modèle à l'analyse* » nous présenterons l'association Enfance et Famille. La présentation et l'analyse des enquêtes s'inspireront du modèle d'intervention du réseau ANACT².

La dernière partie traitera de manière plus spécifique des questions de prévention, de santé au travail et d'emploi des personnes en situation de handicap dans l'association. Nous évaluerons nos hypothèses de départ et présenterons des préconisations

Bien que la démarche soit individuelle, intégrée à un cursus de formation continue, nous avons rendu compte des étapes de cette recherche aux membres du CHSCT³ et au directeur général de l'association, au cours de deux séances de travail. Au terme de ce mémoire, nous prévoyons également une restitution. Nous avons aussi rencontré les directeurs d'établissement pour appréhender les évolutions de leur service et les questionner sur l'emploi et le maintien dans l'emploi des salariés en situation de handicap.

Le mémoire comprend deux annexes distinctes : L'annexe « hors mémoire » comprend les résultats de l'enquête « la vie au travail » analysés par catégories professionnelles et les retranscriptions des entretiens. Pour des motifs de confidentialité des personnes et des sources, cette annexe ne pourra être publiée.

² Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

³ Le Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail.

PREMIERE PARTIE :

Souffrances au travail et situations de handicap : un fait social

Introduction

Cette première partie explore les notions de travail, de souffrances au travail et de situations de handicap. La notion de souffrances au travail nous amène au concept de risques psychosociaux. Quels sont les liens entre souffrances au travail et risques psychosociaux ? Comment définir un risque ? Dans le deuxième chapitre intitulé « *La santé au travail* », nous préciserons ce qui détermine la prévention des risques psychosociaux, les acteurs et le cadre légal. La législation et la prévention des RPS proviennent de la prise de conscience des conséquences sanitaires, sociales, et économiques de ces risques, notamment grâce aux enquêtes européennes et françaises. Fait social, la souffrance au travail produit « du handicap » et des phénomènes de désinsertion professionnelle. Nous présenterons ensuite dans le chapitre 4 la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif pour s'interroger sur la spécificité et les enjeux des risques psychosociaux dans ce secteur.

Chapitre 1 : Les approches théoriques, le travail, la souffrance au travail

La première partie de ce mémoire ouvre le débat et explore entre autres les notions de travail, de souffrance au travail, les théories et modèles d'approche des risques psychosociaux.

1.1. Travail et souffrance au travail

La racine latine du mot « travail » provient du mot latin « tripalium ». Cet instrument formé de trois pieux servait dans les fermes à la contention des animaux. Le « Dictionnaire historique de la langue française » des éditions Robert précise que le mot travail vient du croisement étymologique avec « trabicula » une petite poutre transversale qui servait de chevalet de torture. « Trabiculare » signifiait « travailler » dans le sens de faire souffrir. Cette définition qui associe le travail à l'esclavage et à la souffrance, s'oppose à une vision plus positive : le travail libère, sert une création, permet d'accéder à un statut social. La notion de travail est complexe, multiple, en fonction des approches et des disciplines.

Selon Philippe Davezies « *Le travail, c'est la mobilisation coordonnée des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail* »⁴.

En d'autres termes, l'organisation ne peut tout prévoir à l'avance, ce qui oblige les agents à déployer des stratégies, des savoir-faire, trouver les meilleurs compromis face à l'inattendu, compte tenu de ce qu'ils pensent être le juste et le bien. Le travail est donc une confrontation au réel, à ce qui échappe à la maîtrise. La souffrance au travail est inévitable dans ce rapport entre un travailleur animé par son désir de réalisation, de construction identitaire et la confrontation aux contraintes externes et techniques. Cette souffrance au travail peut prendre sens dans un processus de reconnaissance et se transformer en plaisir. En contrepartie de son

⁴ DAVEZIES Philippe, 1993, « *Éléments de psychodynamique du travail* ». In Education permanente n° 116, p33-46. [philippe.davezies.free.fr/download/down/Elements de psychodynamique-1993.pdf](http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Elements%20de%20psychodynamique-1993.pdf), consulté le 20/10/2012.

travail, le sujet attend une rétribution. Celle-ci n'est pas seulement matérielle mais aussi fondamentalement symbolique.

Selon la théorie de la psycho dynamique du travail, initiée par C. Dejours, la reconnaissance par autrui passe par deux types de jugement : le jugement d'utilité et le jugement de beauté. Le jugement de beauté est apprécié par le travailleur et ses pairs. Il porte sur l'activité, la technique, la beauté de l'ouvrage, et fonde l'appartenance au groupe de pairs. Le jugement d'utilité est celui de l'entreprise qui va considérer la rentabilité et la productivité. Dans un article de la revue « Futur Antérieur », C. Dejours précise le lien entre reconnaissance et identité :

« L'attente de la reconnaissance, les plaintes si fréquentes sur la non-reconnaissance, n'occupent pas une place négligeable dans l'analyse des situations de travail. La reconnaissance est un élément capital de la coopération. En effet la reconnaissance est la forme spécifique de rétribution psychologique vis-à-vis de l'identité dans le monde du travail. L'identité est par ailleurs l'armature de la santé mentale. La reconnaissance est dans le champs des rapports sociaux médiatisés par le travail, la forme élective de gratification dans le registre des attentes du sujet par rapport à l'accomplissement de soi »⁵. La souffrance au travail naît lorsque le rapport entre le désir de l'individu, ses valeurs et l'organisation du travail est bloqué.

Vincent de Gaulejac, sociologue, distingue trois registres dans le travail : le faire, l'avoir et l'être. Le faire représente une activité, la production de biens et de services. L'avoir se caractérise par ses rétributions financières et symboliques. Le travail confère une identité (l'être), une existence sociale et représente un facteur de développement personnel. L'auteur perçoit le mal-être au travail comme un symptôme, conséquence d'un déficit de reconnaissance sur les trois registres définissant le travail :

« Une activité dévalorisée, non reconnue ou qui perd son sens, des rétributions qui ne sont pas ou plus à la hauteur des contributions attendues, une vulnérabilité identitaire qui

⁵ DEJOURS Christophe, 1993, « Coopération et construction de l'identité en situation de travail », in Multitudes, La marche du temps, Futur Antérieur n°16, multitudes-samizdat-net/article.php3?id_article=638, consulté le 27/10/2012.

provoque un manque à être, un conflit entre les aspirations existentielles, une rupture interne entre le moi et l'idéal qui fragilise les assises narcissiques⁶ ».

Vincent de Gaulejac utilise intentionnellement ici, la notion de mal-être, pour mieux mettre en évidence les facteurs économiques et sociaux, les rapports de domination et de pouvoir dans l'économie.

Au cours de la dernière décennie, les notions de violences liées au travail, de harcèlement, de stress, de souffrances au travail sont intégrées dans le concept de risques psychosociaux (RPS).

1.2. Souffrance au travail et risques psychosociaux

Quels sont les liens entre ces deux notions ?

Les recherches sur les relations entre la santé mentale et le travail ne sont pas nouvelles : la psychopathologie du travail issue de la psychiatrie apparaît dans les années 50 autour de deux problématiques ; le statut du travail dans la réadaptation des malades mentaux et le caractère pathogène du travail pour les travailleurs ordinaires.

La souffrance au travail incarne un concept clé de la « psycho dynamique du travail ». Dans un article de la revue « Psychologie française » Pascale Molinier et Anne Flottes précisent le sens de ce concept :

« La souffrance n'est pas le stress (Molinier 2009). Les théories du stress établissent des corrélations entre des facteurs organisationnels et des variations biologiques et comportementales au niveau individuel. La psycho dynamique du travail cherche à comprendre ce que vit le sujet en relation avec son travail.

L'accent est porté sur la capacité à donner un sens à la situation, à se défendre de la souffrance et à conjurer la maladie en mobilisant les ressources individuelles de l'intelligence et de la personnalité mais aussi celles de la coopération et du collectif [...] La souffrance

⁶ DE GAULEJAC Vincent, Travail, les raisons de la colère, Paris Seuil, p27.

*désigne ce qui est énigmatiquement désagréable et déstabilisant, mais son destin n'est pas joué d'avance*⁷ ».

La souffrance au travail telle qu'elle est conceptualisée en psycho dynamique du travail n'est pas une manifestation pathologique mais plutôt l'expression d'un conflit ou d'une tension. Pour Christophe Dejourné, la souffrance est le « *résultat d'un combat du sujet contre les différentes perturbations qui pourraient le faire basculer dans la décompensation* » (Dejourné 1992). Cette souffrance s'origine dans l'écart entre le travail prescrit par les directions et le travail réel éprouvé par le salarié. Cette souffrance peut se négocier favorablement dans une démarche de création ou provoquer selon les individus des manifestations pathologiques.

Le concept de souffrance souvent généralisé et employé dans le langage courant permet de faire le lien entre des facteurs subjectifs et des facteurs environnementaux. Il précède la notion de risques psychosociaux de conception plus récente.

La notion de harcèlement moral est consacrée par le livre de Marie-France Hirigoyen « *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien* » publié en 1998 et qui a provoqué un retentissement important auprès du public.

Marie Pezé considère que ce livre a « *mis le feu aux poudres dans notre société en posant un mot sur un climat négatif sans précédent dans le monde du travail* »⁸. La notion de harcèlement moral selon Marie Pezé représente un risque psychologique particulier et circonscrit. Sa médiatisation attire l'attention sur la plainte individuelle et sur les conflits de personnes qui renvoient aux histoires personnelles et intimes, au détriment de ce que représente et induit le travail lui-même.

Deux lois vont répondre à la publication de différentes affaires et à la vague de suicides au sein des entreprises : en 2002, la loi de modernisation sociale inscrit le harcèlement moral dans le code du travail et en quelques années une jurisprudence va conduire à caractériser la notion plus large de « risque psychosocial ». L'accord interprofessionnel du 2 juillet 2008 sur

⁷ MOLINIER Pascales, FLOTTES Anne, 2011-03-24, « *Les approches en cliniques du travail en France* », in Revue Psychologie Française. www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/revue-psychologie-clinique-francaise.pdf, p4, consulté le 25/10/2012

⁸ Marie PEZE, Rachel SAADA, Nicolas SANDRET, *Travailler à armes égales, Souffrances au travail comment réussir*, Orléans, Pearson, 2011, P3.

la prévention du stress met cette notion au premier plan et pose des obligations en matière d'identification et de prévention du stress professionnel. Plusieurs décisions de justice vont reconnaître le suicide comme pouvant relever d'un accident de travail provoqué par l'employeur.

La loi de 2002 s'inspire du rapport⁹ présenté par Philippe Nasse et Patrick Légeron au ministre du travail de l'époque, Xavier Bertrand. Ce rapport s'inspire de celui réalisé en 2007 par l'agence européenne de santé et de sécurité au travail. Il vise à établir un consensus d'approche sur les RPS et de détailler les méthodes d'observation scientifiques de ce phénomène. Les auteurs définissent le stress comme le premier risque professionnel, en s'appuyant sur les travaux de l'agence européenne et les démarches d'enquêtes et de statistiques utilisées dans d'autres pays. L'objectif est bien de définir des responsabilités consensuelles et une politique de prévention à partir de données épidémiologiques. Les risques sont donc classés en plusieurs catégories sous un seul vocable.

Selon l'INRS¹⁰ les risques psychosociaux regroupent le stress au travail, les violences externes (insultes, menaces, agressions effectuées dans le cadre du travail par des personnes externes à l'entreprise), les violences internes (harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés). Ils se traduisent par un mal-être et une souffrance mentale et physique. Les accords entre partenaires sociaux reconnaissent le caractère plurifactoriel des RPS et admettent l'existence de facteurs individuels mais aussi organisationnels.

L'ANACT propose une définition issue du rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail de mars 2011 : « *Les RPS font référence aux risques pour la santé mentale physique et sociale, engendrés par les conditions d'emplois et les facteurs relationnels et organisationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* ¹¹ ».

La notion de RPS réalise un consensus entre les syndicats, les employeurs et les pouvoirs publics, cependant elle ne fait pas l'unanimité parmi les chercheurs et les psychologues du travail. Vincent de Gaulejac estime que « *Le terme ne spécifie pas le problème. Il propose une étiquette qui désigne un champ sans prendre parti sur sa nature et les moyens de le résoudre.*

⁹ Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail de Philippe NASSE et Patrick LEGERON remis le 18 mars 2008 au ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité.

¹⁰ Institut National de Recherche et Sécurité : INRS

¹¹ ARACT Nord-Pas-de-Calais, 02/02/2012, "Prévenir les RPS dans le secteur medico social- Guide méthodologique », www.npd-aract.fr/IMG/pdf/guide_RPMS-vfinale.pdf, p4, consulté le 15/03/2012.

*La notion de RPS neutralise les enjeux de pouvoir et les conflits*¹²». Ce débat et les divergences des modèles théoriques auront des incidences sur le choix des démarches de prévention.

Dans ce mémoire nous utiliserons les deux notions de manière complémentaires : la souffrance au travail en tant que symptôme subjectif révélateur de conflits et de tensions, les risques psychosociaux dans leurs définitions actuelles employés dans le domaine de la santé au travail.

Le stress est le risque le plus cité et banalisé, mais aussi le plus étudié. Il représente la « porte d'entrée » des RPS. Philippe Nasse et Patrick Légeron considèrent de manière schématique que deux approches « cohabitent » : l'approche «ergonomique » qui défend une vision sociale, organisationnelle et collective du problème et l'approche médicale, plus centrée sur l'individu. Deux modèles scientifiques du stress au travail s'inscrivent dans le courant ergonomique : le modèle de KARASEK (demande-contrôle) et le modèle de SIEGRIST (effort-récompense).

Le modèle de Karasek permet d'évaluer trois dimensions liées au travail : la demande psychologique associée à la réalisation des tâches qui renvoie aux facteurs de charge de travail, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail. L'association « forte demande, plus faible contrôle, plus absence de soutien » devient critique pour l'individu en terme de risques pour la santé. Dans le modèle de Siegrist, les efforts induits par les contraintes et la charge de travail sont atténués par des récompenses matérielles et symboliques. Ces deux modèles sont souvent utilisés dans les enquêtes auprès des salariés.

D'autres modèles appartiennent davantage aux approches individuelles du stress, soit médicales (modèles de Selye et de Laborit) soit psychologiques (modèles de Lazarus) :

Le modèle de SELYE, dès les années 1930, définit le stress comme la réponse de l'organisme à toute demande dans une finalité d'adaptation. Le modèle de LABORIT repose sur une conception « bio-comportementale » du stress. La réaction de stress n'a qu'une finalité : assurer la survie de l'organisme confronté à un danger.

¹² Vincent De GAULEJAC, Op. Cit. p66

Le modèle de LAZARUS est dénommé « modèle transactionnel » car il repose sur deux processus d'évaluation : celle de la menace qui vient mettre en péril un équilibre et celle des ressources dont on dispose. Le décalage induit un processus de stress.

1.3. Souffrance au travail et Situations de handicap

La définition du handicap participe aussi à ce débat. Elle oscille également entre l'approche médicale et l'approche environnementale. La loi de 2005 réalise une synthèse de ces approches. Constitue un handicap : *« toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »*(art 2).

Nous considérons l'importance de la reconnaissance des troubles psychiques dans la législation. La dépression chronique peut être ainsi reconnue comme un handicap psychique.

La question du maintien dans l'emploi d'un salarié se pose quand survient une maladie physique ou psychique, un accident qui entraîne une incapacité. Cette préoccupation concernait à l'origine un public spécifique, les personnes handicapées, mais s'adresse aujourd'hui à un public beaucoup plus large de personnes qui éprouvent des difficultés à réaliser leur activité de travail et à se maintenir dans l'emploi, autrement dit qui sont en situation de handicap. Le statut administratif ne caractérise pas forcément une situation de handicap. Un salarié bénéficiant d'une reconnaissance administrative ne se trouve pas forcément en difficulté dans son emploi. Celle-ci apparaît lorsque l'environnement de travail ne permet pas à l'individu de compenser une incapacité fonctionnelle et/ou de mobiliser ses savoir-faire :

« Un travailleur se trouve en situation de handicap lorsqu'il est placé face à un obstacle tel que l'activité devient pour lui impossible ou fortement limitée, ce qui revient à dire que les caractéristiques du travail lui sont inadaptées. Cette situation résulte donc de la rencontre entre, d'une part des caractéristiques individuelles et d'autre part, les caractéristiques et contraintes du travail qui rejaillissent sur le salarié et son activités » (Eveline ESCRIVA, 2004, p15).

Une activité de travail s'inscrit dans un environnement mais également dans le temps. Une personne peut se retrouver en situation de handicap, suite à un évènement qui transforme ses conditions de travail, ou après une durée d'exposition à des facteurs de risques professionnels. Nous définirons ces situations en termes de processus handicapant. La définition des personnes en situation de handicap utilisée dans ce mémoire, est étendue aux personnes en risque d'inaptitude dans leur emploi.

Les notions de souffrance au travail, de prévention des risques psychosociaux et des situations de handicap s'intègrent dans le domaine spécifique de la santé au travail et, pour ce qui concerne les dispositions légales, dans le droit du travail. Nous traiterons dans le chapitre suivant la notion de santé au travail, les risques et maladies professionnelles, les différents acteurs et les obligations des employeurs.

Chapitre 2 : La santé au travail

2.1. Historique - Définition - Législation et contexte -

La protection de la santé et de la sécurité au travail va fonder progressivement le droit du travail :

« Dès le XIXème, le développement industriel et les conditions de travail extrêmes dans les manufactures conduisent le législateur à édicter les premières mesures de protection envers les travailleurs les plus fragiles : Les femmes et les enfants [...] La loi du 19 avril 1898 sur les accidents du travail fonde la responsabilité de l'employeur quant aux maux découlant de l'activité professionnelle et ouvre la voie à leur indemnisation (loi du 25 octobre 1919) et plus tard, à la prévention des risques professionnels ¹³ ».

La prévention s'appuie en 1945 sur la création d'institutions nouvelles : La Sécurité Sociale, la médecine du travail et les comités d'hygiène et de sécurité dans les entreprises. Ces derniers deviennent en 1982 les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Depuis les années 80, la commission européenne impulse l'actualisation des normes et du système de santé au travail. L'union européenne promeut une politique d'information, d'analyse et de réseaux, au moyen des agences européennes et d'un observatoire des risques professionnels (Bilbao, Dublin). La directive cadre (12 juin 89) est retranscrite dans la loi française du 31 décembre 1991 qui codifie l'ensemble des principes généraux de prévention des risques professionnels (document unique, évaluation). La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 transforme la médecine du travail en santé au travail, et inclut l'approche pluridisciplinaire. Les missions et l'organisation des services de santé au travail (SST) seront précisées par la loi du 20 juillet 2011.

Les priorités d'action des SST sont formalisées par des contrats d'objectifs passés avec l'Etat et les caisses d'assurance-retraite et de la santé au travail (CARSAT).

¹³ Yves DEGUILHEM, mars-avril 2012, " Histoire de la médecine du travail " in revue Multiple n°138, santé sociaux CFDT, p20.

La notion de santé évolue et ne se réfère plus uniquement à l'absence de pathologies. Elle se définit en interaction avec des facteurs sociaux et environnementaux : « *La santé est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS 1946)¹⁴.

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) propose une définition de la santé au travail, élaborée par un comité mixte OIT/OMS, adoptée en 1950 puis révisée en 1995 :

« *La santé au travail devrait viser les objectifs suivants : promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toute les professions ; prévenir tous dommages causés à la santé de ceux-ci par leurs conditions de travail ; les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé ; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses capacités physiologiques et psychologiques ; en somme adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche. Les activités en matière de santé au travail comportent trois volets : le maintien et la promotion de la santé des travailleurs et de leur aptitude au travail ; l'amélioration des conditions et du milieu de travail pour assurer la sécurité et la santé au travail ; l'adaptation de systèmes d'organisation du travail et de cultures d'entreprises susceptibles de contribuer à la sécurité et à la santé au travail et de promouvoir un climat social positif et le bon fonctionnement de l'entreprise. Dans le présent contexte, l'expression culture d'entreprise désigne les systèmes de valeurs adoptées par une entreprise donnée. En pratique elle se reflète dans les méthodes de gestion, dans la politique appliquée en matière de personnel, de participation et de formation et dans la gestion de la qualité de l'entreprise* »¹⁵.

La résolution de l'OIT dépasse le cadre d'une définition pour proposer des objectifs et les conditions de réalisation de la santé au travail. Ce texte établit un lien entre la santé, les facteurs organisationnels et la culture de l'entreprise.

La santé au travail évolue dans un contexte économique et sociétal en mutation : nouvelles formes d'organisation du travail, évolutions démographiques, vieillissement et allongement des parcours professionnels. Les acteurs de santé au travail constatent dans ce

¹⁴ Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946.

¹⁵ Jeanne MAGER STELLMAN, Chantal DUFRESNE, 2000, « Encyclopédie de sécurité et de santé au travail – Volume1 » books.google.fr/books?isbn:9222092031, consulté le 03/02/2012, p1161.

contexte l'évolution des risques et des pathologies professionnelles : les risques traditionnels demeurent permanents et les enquêtes épidémiologiques révèlent l'importance des effets à long terme de certaines expositions (agents chimiques et biologiques). Les études confirment la réalité croissante des atteintes à la santé mentale et du rôle des facteurs psychosociaux et organisationnels.

La santé au travail intervient dans un contexte de « judiciarisation de la société », provoqué par l'effet des crises sanitaires et des grands procès. Le principe de précaution engage divers niveaux de responsabilité civile et pénale : Responsabilité de l'état, des employeurs (la faute inexcusable) et des différents acteurs.

2. 2. Les acteurs (risques professionnels-prévention)

Le système français repose sur un double dispositif d'intervention publique sous l'égide du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Chaque secteur (travail et sécurité sociale) décline son dispositif de prévention au niveau national et régional :

La direction générale du travail :

- La Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence et de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) – L'Inspection du Travail
- Le Réseau Régional de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT- ARACT)

La direction de la sécurité sociale :

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) - La Direction des Risques Professionnels :

- La Commission des Accidentés du Travail et des Maladies Professionnelles (CAT-MP), assistée de neuf comités techniques (CTN).

- Les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), assistées de Comités Techniques Régionaux.

Autres acteurs :

Les Observatoires Régionaux de Santé (ORST) – L'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) – L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) – Les Services de Santé au Travail (SST).

Les acteurs au niveau de l'entreprise :

Les chefs d'établissements – Le service de santé au travail – Le Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail - Les délégués du personnel – Les salariés.

2. 3. Les risques et les maladies professionnelles

L'organisation internationale du travail définit les notions de danger et de risques :

« Un danger est la propriété intrinsèque ou potentielle d'un produit, processus ou situation à nuire à la santé, à engendrer des dégradations de celle-ci [...] le risque désigne l'éventualité où la probabilité qu'une personne soit blessée ou que sa santé soit altérée suite à l'exposition à un danger. La relation entre santé et risque est constituée par l'exposition, qu'elle soit immédiate ou à long terme. Elle est illustrée par la simple équation suivante : $\text{danger} \times \text{expositions} = \text{risque}$ »¹⁶.

Nous distinguons les notions de danger, de risques et les dommages. Ceux-ci s'appréhendent dans une relation de cause à effet qui apparait évidente en ce qui concerne des dangers et des risques physiques ou chimiques mais peut s'avérer inadaptés aux risques psychosociaux.

¹⁶ OIT, journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, 28 avril 2011, « *Système de gestion de la sécurité et de la santé au travail – Un outil pour une amélioration continue* », p1, www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ced.../wcms_154126.pdf, consulté le 15/04/2012

Les deux méthodologies principales d'évaluation des risques professionnels sont d'une part la fixation des valeurs limites d'exposition et d'autre part l'établissement de listes de maladies professionnelles.

Dans la législation française, plusieurs classifications de ces risques peuvent être proposées selon les critères retenus. En termes de réparation médico légale, la notion de risques professionnels désigne trois types d'évènements définis par le code de la sécurité sociale : *L'accident du travail (AT), l'accident de trajet, la maladie professionnelle (MP)*. Selon le code de la Sécurité Sociale, « *est considéré comme accident de travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée...*¹⁷ ». La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dispose de 30 jours à compter de la date de réception de la déclaration pour se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident.

« *La reconnaissance du caractère professionnel de l'accident permet une prise en charge des soins et diverses compensations financières. En fonction de la gravité de l'accident et de ses conséquences sur la santé du salarié, un taux d'incapacité peut être établi, tout comme une inaptitude temporaire (par la CPAM)*¹⁸ ». Ces dispositions demeurent sous-employées par les salariés victimes de violences dans le secteur médico-social, ce qui peut minorer ces risques professionnels et la reconnaissance des dommages.

Les maladies professionnelles sont définies en lien avec plusieurs catégories de risques : les risques physiques, les risques chimiques, les risques biologiques, les autres risques généraux spécifiques ou encore les risques de stress et de situations de violences.

« *Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle et si elle figure dans un des tableaux du régime général ou agricole de la sécurité sociale (INRS)* ». Les pathologies recensées résultent de l'exposition à des risques physiques ou chimiques. Les troubles mentaux et les

¹⁷ INRS, 08 décembre 2011, "*accident du travail*", www.inrs.fr/acceuil/accidents-maladies/accidents-travail.html, consulté le 17/04/2012.

¹⁸ INRS, 13 janvier 2012, "*Après une déclaration d'un accident du travail*", www.inrs.fr/acceuil/accidents-maladies/accidents-travail/après-une-déclaration.html, consulté le 15/04/2012

troubles du comportement n'apparaissent pas dans ces tableaux, cependant l'OIT en 2010 a intégré ces pathologies dans la liste des maladies professionnelles.

La réforme des retraites prévoit un certain nombre de mesures concernant la pénibilité au travail (art 60 de la loi 2010-1330 du 09 novembre 2010). Certaines de ces mesures renforcent le dispositif de prévention des risques professionnels avec la prise en compte par les entreprises des facteurs de pénibilité au travail et la mise en place d'actions spécifiques. « *La pénibilité au travail est caractérisée par une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé* » (art L 4121-3-1 du code du travail). Les facteurs de pénibilité sont définis dans le code du travail (art D.4121.5) : Contraintes physiques marquées – Environnement physique agressif – Différents rythmes de travail.

Liés aux conditions générales de travail, les risques professionnels font peser une menace sur la santé des salariés. IL appartient à l'employeur de prévenir, de réduire ou de supprimer ces risques.

2. 4. Les obligations de l'employeur- Le cadre légal

Selon l'article L4121-1 du code du travail, l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :

- Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail.
- Des actions d'information et de formation.
- La mise en place d'une organisation et des moyens adaptés.

Depuis le début des années 2000, la cour de cassation a élaboré une jurisprudence de plus en plus sévère envers les employeurs, sur le fondement de ce texte. Ainsi les arrêts du 28 février 2002 précisent qu'en vertu du contrat de travail le liant à un salarié, l'employeur est tenu envers ce dernier d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les accidents du travail. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable au sens de l'article L452-1 du code de la sécurité sociale.

L'article L4121-1 du code du travail spécifie que les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité du travail soient transcrits dans **un document unique d'évaluation des risques**. Ce document dresse l'inventaire et analyse les risques identifiés dans chaque unité de travail. Il est mis à jour au moins une fois par an. Le chef d'établissement présente au CHSCT un rapport écrit annuel faisant le bilan des conditions de travail et un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (**PAPRIPACT**).

Au sein des instances représentatives du personnel, lors des actions d'évaluation des RPS, les débats sont parfois conflictuels par méconnaissance du droit du travail ou en raison de représentations diverses. Les défaillances individuelles de salariés, leur « fragilité » peuvent être soulignées et empêcher l'observation et l'analyse des situations de travail. Le droit du travail prévoit que l'identification des déterminants intra-individuels ne relève pas du rôle de l'employeur. Par contre, il relève de sa responsabilité pleine et entière, le fait d'évaluer et de prévenir tout ce qui dans une situation de travail peut contribuer à altérer la santé de ses salariés.

Nous avons déterminé dans ce chapitre ce que recouvrait la notion de santé au travail, les acteurs institutionnels et ceux présents dans les entreprises, les risques et maladies professionnelles, pour conclure par le cadre et les dispositions légales de prévention qui incombent aux employeurs. Le chapitre suivant précise les principaux risques psychosociaux et présente leurs conséquences sanitaires, économiques et sociales.

Chapitre 3 : Souffrances au travail, conséquences sanitaires, économiques, sociales et production de handicaps

Deux accords-cadres européens concernant les risques psychosociaux (8 octobre 2011, 26 avril 2007) ont initié la législation française sur ce sujet : L'accord sur le stress au travail du 02 juillet 2008 étendu par un arrêté du 23 avril 2009 ; L'accord interprofessionnel du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail ; Le plan d'urgence de lutte contre le stress au travail, décidé en novembre 2009 par le ministre du travail suite au débat médiatique concernant les suicides en entreprise, notamment chez France Telecom.

Cette législation reconnaît, suite aux diverses études et enquêtes européennes et nationales, l'impact sur l'économie et sur la santé des risques psychosociaux ainsi que leurs conséquences sur le plan social.

3.1. Les risques psychosociaux¹⁹

Le mal-être au travail, le stress, les violences au travail, externes ou internes au collectif de travail, l'épuisement professionnel (burn-out) composent les principaux risques psychosociaux.

La définition du stress de l'agence européenne de Bilbao pour la sécurité et la santé au travail est couramment admise : *« un état de stress survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face »*. On distingue le stress aiguë du stress chronique : l'individu est capable de s'adapter à une situation nouvelle, dangereuse

¹⁹ Les définitions et les commentaires sont une synthèse de plusieurs documents référencés dans la bibliographie du mémoire : Cabinet CATEIS, 21/12/2011, « *Guide méthodologique pour la prévention des RPS dans le médico-social* »_ Cabinet Repères et Management, 2011, APR souffrances au travail, « *connaître et prévenir les risques organisationnels* », UNIFAF pays de Loire_ C ROUSSEL MONTFAJON, février 2011 , « *connaître prévenir et prendre en compte les situations de souffrances au travail* », les cahiers d'UNIFAF, 75p_ AREFOR, 2011, documents formation « *Agir sur les risques psychosociaux et organisationnels* »

ou comportant un enjeu si elle n'est pas trop intense et ponctuelle. Il aura de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des contraintes intenses.

Les violences au travail internes au collectif de travail concernent les salariés entre eux ou entre collectifs. Ces violences s'expriment sous formes de conflits, de crises ouvertes, de stratégies de « résistance à faire », et au retournement de la violence contre soi-même. Le harcèlement moral et le harcèlement sexuel sont inclus dans les violences internes. Les deux modes de harcèlement sont encadrés juridiquement et pénalement réprimés.

Les violences externes sont des insultes ou des menaces ou des agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise (clients, patients, usagers) et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être.

Le mal-être au travail qui peut aller de l'inquiétude à la souffrance au travail est un état émotionnel en lien avec le contexte organisationnel et relationnel dans l'entreprise. Ce symptôme renvoie à des causes très variées qui peuvent se cumuler : surcharge de travail, contraintes excessives de temps mais aussi perte de repères, difficultés à trouver du sens au travail, conflit de valeurs, injonctions paradoxales. **La souffrance au travail représente le symptôme aigu du mal-être. Elle est transversale aux autres facteurs de RPS.**

L'usure professionnelle ou burn out, initialement identifiée parmi les personnes aidants ou soignants peut concerner toutes les professions qui demandent un engagement personnel intense.

Le syndrome d'épuisement professionnel est un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique. Il se caractérise par trois dimensions :

- L'épuisement émotionnel : sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles.
- La dépersonnalisation ou le cynisme : insensibilité au monde environnant, déshumanisation de la relation à l'autre (usagers, clients, patients), vision négative des autres et de son travail.
- Le sentiment de non accomplissement : sentiment de ne pouvoir répondre correctement aux attentes de l'entourage, mise en retrait et dépréciation de ses résultats.

3. 2. Effets sur la santé et sur les collectifs de travail

Dans le domaine des risques hygiène et sécurité, il existe un grand nombre de situations professionnelles dans lesquelles le lien entre la cause et l'effet est quasi-mécanique (chutes, etc.). La démarche est probabiliste et tient compte de la durée de l'exposition. En ce qui concerne les RPS, les atteintes ou les effets ne sont pas toujours déterminées spécifiquement par la nature des causes : Lorsque plusieurs individus sont soumis à des stress identiques, les effets peuvent être très divers. Les troubles sont d'ordres psychologiques, physiologiques ou comportementaux :

Psychologiques : variations de l'humeur ; anxiété, tendances dépressives, troubles de la mémoire, fatigue intense, tension permanente sans objet,...

Physiologiques : Manifestations métaboliques et neuroendocriniennes, augmentation de la pression artérielle et de fréquence cardiaque ou palpitation, tension musculaire, sécrétions acides, ulcères, bouche et gorge sèche, ulcères, spasmes, troubles digestifs, diarrhées ou constipation, érythèmes (rougeurs), troubles du sommeil.

Comportementaux : Addictions, sur ou sous-alimentation, réactions agressives, violentes, tentatives de suicide, prises de risque inutiles, colères, conflits, repliement sur soi, apathie...

Effets à long terme : infarctus, hypertension, ulcères, colopathies, asthmes, psoriasis, troubles musculo squelettiques, décompensations professionnelles...

Les troubles individuels cités auparavant proviennent essentiellement des études médicales sur le stress. Le guide du cabinet CATEIS²⁰ distingue des symptômes collectifs ou individuels et des mécanismes psychosociaux. Ces symptômes sont à considérer comme des indicateurs révélant l'existence des RPS. Ils témoignent aussi des résistances collectives ou individuelles aux actions de prévention dans les entreprises.

Les symptômes collectifs peuvent s'exprimer par des violences internes, des conflits, des rumeurs, une perte de la communication informelle et des formes de solidarité au travail. Le

²⁰ Cabinet CATEIS, 21 décembre 2011, "Guide méthodologique pour la prévention des RPS dans le médico-social", p8, www.sante-securite-paca.org/documentation/prevention-action/risques-psychosociaux.pdf, consulté le 21/04/2012

bénéficiaire ou l'utilisateur est souvent nié et ces situations génèrent des phénomènes de maltraitances.

Les mécanismes psychosociaux sont des modes de défense individuels ou collectifs face à des contraintes trop élevées. Ils visent à maintenir un équilibre interne pour « tenir au travail ». Plusieurs « stratégies » sont utilisées : le désinvestissement et le retrait – la désignation de « fauteurs de troubles » et les phénomènes de « bouc-émissaire » - le mécanisme de contrôle spécifique à l'encadrement (en réponse à une forte anxiété) – le déni de réalité interne ou externe (le refus d'admettre sa propre souffrance ou celle des autres).

Le traitement de ces phénomènes nécessite le plus souvent la présence d'un intervenant extérieur au collectif de travail.

3.3. Conséquences économiques et sociales

En Europe, 28% des travailleurs seraient exposés à au moins un facteur de RPS susceptible d'affecter de manière professionnelle leur bien-être mental, soit 56 millions de travailleurs (Eurostat, statistiques in focus, 2009).

La quatrième enquête de la fondation européenne pour l'amélioration de vie et de travail, publiée en 2007, porte sur 25000 travailleurs de l'union européenne et révèle plusieurs éléments :

- Dans le secteur de l'éducation, 37% des salariés estiment que leur travail affecte leur santé. Dans le domaine du soin ce pourcentage s'élève à 39%.
- Les travailleurs européens signalent un certain nombre de problèmes de santé comme étant liés à leur travail : maux de dos : 24,7%- douleurs musculaires : 22,8% - fatigue : 22,6% - stress : 22,3%.....

En France, le ministère du travail réalise l'enquête périodique SUMER²¹ sur les conditions de travail exposant aux dangers et aux risques en général, y compris

²¹ SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels)

psychosociaux: l'évaluation aborde chaque risque et le pourcentage de salariés exposés par secteur économique.

La DARES²² publie les enquêtes « conditions de travail » tous les sept ans (1991-1998-2005): la proportion de salariés qui déclarent vivre des situations de tensions avec le public est en forte augmentation de 1991 à 1998 (47,7%) et diminue en 2005 (41,9%). Sur 22251 sondés, 17,6% ont des craintes pour leur emploi dans l'année et 40,4% n'envisagent pas faire le même travail jusqu'à leur retraite.

L'observatoire EVREST (Evolutions et relations en santé au travail) propose des données sur la pénibilité dans une approche sectorielle, fournies par des médecins du travail : dans le secteur tertiaire, 26% des salariés du secteur de la santé, 17% de l'hébergement médico-social et 16% de l'action social sans hébergement cumulent des contraintes d'horaires et des contraintes physiques (contre 8% dans l'ensemble des secteurs)²³.

L'institut national de veille sanitaire (INVS) : Face au sous signalement des maladies à caractères professionnels, l'INVS en collaboration avec l'inspection médicale du travail a créé un programme de surveillance des MCP²⁴ depuis 2003. Initié en pays de la Loire²⁵, il a été étendu depuis à douze régions. Ce programme repose sur les taux de signalements effectués par les médecins du travail : le taux de signalement moyen augmente avec l'âge (4,6% en 2008- 5,6% en 2009). Les Troubles Musculo-Squelettiques (3,1%-2009) sont la première cause de signalement, puis les souffrances psychiques (2,1%-2009). La tendance est en nette augmentation pour ces deux pathologies.

Les facteurs organisationnels sont évoqués dans un cas sur six pour les TMS. Trois facteurs interviennent dans les souffrances psychiques : les violences psychologiques (44%-2009), les dysfonctionnements managériaux et les collectifs de travail (38%- 2009), l'organisation du temps de travail, rythmes, cadences (24%-2009). Les secteurs d'activités les plus exposés sont respectivement : les activités financières, l'administration publique, le secteur santé humaine/ action sociale.

²² DARES (Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques)

²³ Rapport sur les pénibilités sectorielles à partir des données Evrest 2009-2010, juillet 2012.

²⁴ Maladies à caractère professionnel (MCP).

²⁵ www.invs.fr/publications/2011/synthese-mcp-pays-loire

L'INVS²⁶ a réalisé entre 2006 et 2008 l'enquête SAMOTRACE sur la santé mentale au travail dans deux régions : Rhône-Alpes, Centre. Cette enquête est constituée de deux volets :

Le volet « épidémiologie en entreprises » : Dans le secteur de l'économie sociale, nous constatons que 26% des hommes et 35% des femmes travaillant dans la santé et l'action sociale, 21% des hommes et 40% des femmes travaillant dans les services collectifs sociaux sont en situation de souffrances psychiques.

Le volet « médico-administratif » : depuis novembre 2006, les médecins conseils participent à cette enquête. Ce volet teste une exploitation épidémiologique des données d'attribution de pensions d'invalidité pour les troubles psychiatriques. L'attribution d'invalidité concerne plus particulièrement les femmes (66%). L'âge moyen s'élève à 48 ans (idem hommes/femmes). Les attributions d'invalidité sont en majorité de deuxième catégorie. Les troubles de l'humeur (dépressions) sont majoritaires et constituent le premier diagnostic.

Les médecins conseils estiment que l'activité professionnelle du salarié a contribué à la constitution de son état de santé (complètement ou partiellement) dans 40% des cas. Au début de la démarche d'invalidité, près de 70% des salariés étaient en CDI et 18% se trouvaient au chômage. Les employés sont la catégorie socio-professionnelle la plus représentée. Concernant les secteurs d'activités, celui des activités financières pour les deux sexes et le secteur de la santé et de l'action sociale sont prioritairement pointés dans les deux régions

.Le stress des salariés influe sur la productivité des entreprises et les conséquences sont multiples : perte d'efficacité, absences des salariés, conflits, taux élevé d'accidents du travail, forte rotation des personnels...Selon le rapport de l'agence européenne, 50 à 60% des journées de travail perdues ont un lien avec le stress au travail (OSH in figures : stress at work- facts and figures). En 2002 la commission européenne estime le coût annuel du stress dans l'UE-15 à 20 milliards d'euros. Pour la France, le coût social du stress au travail est évalué entre 800 et 1600 millions d'euros, selon les hypothèses de l'INRS²⁷.

Les différentes enquêtes prospectives et épidémiologiques réalisées dans l'union européenne et en France témoignent de l'impact sur la santé et l'économie des troubles psychosociaux. Ceux-ci représentent un véritable enjeu de santé publique et un fait social.

²⁶ www.invs.sante.fr/publications/2009/journee_sante_/resume_2pdf

²⁷ Philippe NASSE, Patrick LEGERON, mars 2008, op.cit., p27.

Les politiques publiques tentent d'intervenir depuis les années 2000, tant sur le plan juridique que politique : le plan d'urgence de prévention des RPS d'octobre 2009 et les directives du ministère du travail de janvier 2010 imposent aux organisations de plus de 1000 salariés la signature d'accords sociaux en matière de prévention des RPS. Cependant ces questions ne peuvent se résoudre uniquement par la voie réglementaire. Elles devraient être au cœur du dialogue social et peser sur les choix économiques et managériaux.

Le contexte économique actuel provoque un chômage massif et une précarité sociale importante. Les risques psychosociaux et la souffrance au travail font peser sur les salariés une menace latente d'exclusion de l'emploi pour raison de maladie et d'inaptitude à l'emploi. De manière paradoxale, les réformes successives repoussent l'âge de départ à la retraite et prolongent la vie au travail tout en reconnaissant de manière limitée la notion de pénibilité. L'emploi des seniors devient un enjeu national bien que les différentes études reconnaissent une corrélation entre le vieillissement et les situations de handicap.

3. 4. Souffrances au travail et situations de Handicap

Henri Jacques Stiker²⁸ situe la naissance de la réadaptation et le passage de l'infirmité au handicap à l'avènement de la première guerre mondiale. Selon l'auteur, l'afflux des mutilés de guerre n'est pas le seul déterminant de ce changement :

« Aujourd'hui encore, j'accorde plus d'importance aux accidentés du travail qu'aux invalides de guerre. S'il est vrai que c'est la question des invalides de guerre qui a établi le concept de réadaptation et mis en place le reclassement professionnel, donc la réintégration dans la société, y compris économique, les idées de réparation, de responsabilité collective, d'implication de l'état, de normalisation sur la moyenne, d'assurance sociale, avaient germé à propos des accidents du travail ».

C'est d'ailleurs en fonction du travail que le législateur définit le handicap dans la loi du 23 novembre 1957 :

²⁸ Henri Jacques STIKER, 2005, Corps infirmes et sociétés – Essais d'anthropologie historique, édition3, Dunod, Paris, 253p, p134.

« Est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont réduites du fait d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ».

Les conditions de vie au travail ont changé depuis cette époque, cependant les conditions de travail et le contexte économique participent toujours à la « production » de handicap.

Le 08 juin 2011 la conférence nationale du handicap évoque ce sujet :

«Le maintien dans l'emploi constitue un enjeu important lors de l'apparition d'un handicap ou d'une incapacité dans le milieu professionnel. Ainsi en 2009, 5% des salariés examinés par le médecin du travail sont concernés par une restriction d'activité ou un aménagement de poste de travail. Par ailleurs 77216 nouvelles incapacités permanentes ont donné lieu à versements de rentes par l'assurance maladie (+1,4% par rapport à 2008)²⁹ ».

L'AGEFIPH³⁰ relève dans son étude sur les motifs d'inscription au chômage des personnes handicapées, que sur 27% des demandeurs d'emploi en situation de handicap (70000 personnes), 55000 le sont suite à un licenciement pour inaptitude³¹.

La DARES a publié une enquête³² en juin 2011 sur les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap : pour 73% le handicap est survenu à l'âge adulte. 35% des bénéficiaires déclarent que les problèmes de santé ont impacté leur vie professionnelle autrement que par l'inactivité, 24% ont été licenciés ou n'ont pas vu leur contrat de travail renouvelé.

Le lien entre travail et production de handicaps apparaît d'actualité : Madame Montchamp, secrétaire d'état auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, rappelait lors d'une table ronde organisée par l'association OETH³³ le 10 novembre 2011, l'importance du maintien dans l'emploi et de la notion de prévention de la désinsertion professionnelle. La prévention de la désinsertion professionnelle figure également dans les

²⁹ Bilan CNH 2011, p8, isuu.com/ministère_solidarité/docs/bilan_cnh_pour_une_société_inclusive/1

³⁰ AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées.

³¹ AGEFIPH, revue tendance, n°9, avril 2007.

³² DARES ANALYSES, 6 juin 2011, n°041, « Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap », travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2011-041-2.pdf, consulté le 12/02/2012

³³ Association OETH : gère les fonds de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés dans la branche sanitaire, sociale et médico-social privée à but non lucrative.

missions des services de santé au travail redéfinis par la loi de juillet 2011. La notion de désinsertion professionnelle devient un enjeu majeur pour l'assurance maladie.

Le secteur de la santé et de la protection sociale n'est pas épargné par la souffrance au travail et les risques psychosociaux : la prévention de la désinsertion professionnelle et la prévention des RPS annonçaient le thème d'une des tables rondes, organisée à l'occasion du vingtième anniversaire de l'association OETH.

Cette notion de désinsertion professionnelle nous évoque le concept de désaffiliation énoncé par Robert Castel³⁴. La désaffiliation est un processus de perte des objets sociaux, identifiée par le « couplage » perte de travail et isolement relationnel. L'auteur définit trois zones successives qui correspondent à ce processus : la zone d'intégration (travail stable et forte inscription relationnelle), la zone de vulnérabilité (travail précaire et fragilité des soutiens relationnels), la zone de désaffiliation (double décrochage travail/relation). Le processus de désaffiliation risque de provoquer la marginalité de l'individu, une vulnérabilité sociale qui se transforme en vulnérabilité psychique. Ce concept de désaffiliation permet de préciser l'enjeu de la prévention de la désinsertion professionnelle et de la prévention des RPS. La prévention a également dans ce sens comme objectif opératoire de maintenir les liens relationnels entre la personne en difficulté et son environnement de travail.

Dans le prochain chapitre, nous découvrirons la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif, et plus particulièrement le secteur de la protection de l'enfance ainsi que l'association OETH. Nous chercherons à déterminer les risques psychosociaux spécifiques à la branche.

³⁴ R CASTEL, 1994, « La dynamique des processus de marginalisation : De la vulnérabilité à la désaffiliation » Cahiers de recherche sociologique, n°22, p 11/27, <http://id.erudit.org/iderudit/100220ar>, consulté le 03/04/2012, p11/27.

Chapitre 4 : La branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif

La branche regroupe trois grands domaines d'emplois³⁵ : il s'agit des métiers du soin, ceux du social, et ceux issus des fonctions supports dans le champ administratif et de la logistique. Plus de 650000 personnes travaillent dans les différents secteurs :

- **Prise en charge des personnes handicapées : 36% des emplois**
- **Secteur sanitaire : 23%**
- **Prise en charge de personnes âgées : 16%**
- **Protection de l'enfance : 9% des emplois, soit 64000 postes**
- **Secteur des adultes en difficultés sociales : 5%**
- **Autres : 11%**

Les emplois de la branche représentent 25% du secteur « santé- action sociale » tel qu'il est défini par l'INSEE.

40% des salariés de la branche évoluent dans des structures de moins de 50 personnes et un tiers dans des structures de plus de 100 personnes. Les structures entre 200 et 499 personnes représentent 1% des établissements et 9% des emplois.

4. 1. Les mutations de la branche

Le contexte législatif et réglementaire est en évolution constante et rapide sur les dix dernières années : la loi du 2 janvier 2002 est suivie par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » et la création des Agences Régionales de Santé. La réaffirmation du droit des usagers s'accompagne désormais d'exigences de formalisme des pratiques professionnelles et organisationnelles censées garantir autant que possible la prise en charge.

De profondes réformes spécifiques à chacun des champs du secteur social et médico-social obligent les institutions à réviser leurs fonctionnements et leurs organisations.

³⁵ UNIFAF, L'OBSERVATOIRE, enquête emploi 2007, Enseignements et perspectives, EE07, 21/01/08, 144p

Les Départements et les ARS ont mis en œuvre le principe de concurrence et d'appels d'offre pour rationaliser le nombre de places ou pour créer des structures. Ainsi on observe un glissement de l'initiative associative sur des territoires vers un positionnement en réponse à une commande publique.

Ces mutations ont pour effets de développer des superstructures administratives et gestionnaires au niveau des départements et régions et modifient les modes d'organisation des associations (fusion, structures matricielles, pôles)

La mise en œuvre de toutes ces transformations, à ressources constantes ou réduites en personnel, génère une tension entre d'une part, l'obligation d'assurer la prise en charge des usagers et d'autre part, la nécessité d'associer les personnels à différentes instances de réflexion et de travail... Le sentiment de surcharge de travail est courant. Les tensions sont également sensibles entre les professionnels attachés à des postures classiques, une culture de métier, et des cadres de proximité qui portent les évolutions et les exigences institutionnelles.

Enfin nous assistons à une évolution continue des caractéristiques des personnes et enfants accompagnés dans le sens d'une plus grande dépendance, de pathologies et de troubles du comportement plus graves, de situations de désocialisation aiguës. Les professionnels sont amenés à développer des pratiques et des postures de soins et sont confrontés à la violence. Ces aspects sont peu pris en compte dans les formations initiales et les dotations en personnels des établissements.

Ces enjeux de changement provoquent une souffrance au travail importante chez les professionnels, employés et cadres et augmentent de manière significative l'exposition aux risques psychosociaux.

4.2. L'association OETH

Par la signature d'un Accord de branche, les syndicats d'employeurs (Croix-Rouge française, FEHAP, SYNEAS) avec les organisations syndicales (CFDT, CFTC, CFE-CGC, CGT et FO) ont décidé de mettre en commun leurs ressources afin de promouvoir une politique active en faveur de l'emploi des personnes handicapées. L'association OETH créée depuis 1992, assure la collecte des contributions financières des établissements de la branche

en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, gère et finance les actions définies par l'accord de branche, suivies et contrôlées par un comité paritaire.

L'Accord de branche 2011-2015 détermine des objectifs et un plan d'actions³⁶ :

- « *Les entreprises et services de moins de vingt salariés bénéficient également des dispositions de l'accord (2/ du préambule, p2) ».*

- Les quatre plans d'actions définis par la loi seront mis en œuvre dans l'accord et complétés par trois autres plans portant sur le travail adapté, la prévention du handicap et l'intégration des handicapés psychiques.

- Plan d'embauche en milieu ordinaire de travail : il fait référence aux référents handicaps dans les établissements et aux partenariats avec les réseaux emplois publics et privés (p4).

- Plan de maintien dans l'emploi : « *les signataires de l'accord affirment que le maintien dans l'emploi doit avoir autant de valeur que l'embauche directe [...] Dès lors que le médecin du travail donne un avis d'inaptitude ou un risque d'inaptitude sur l'activité d'un salarié, l'établissement pourra solliciter le financement d'une reconversion professionnelle [...] de manière préventive, l'entreprise pourra solliciter auprès d'OETH un bilan de maintien dans l'emploi (IV, p8) ».*

- Prévention du handicap : « ***L'évolution croissante du nombre d'inaptitudes prononcées par les médecins du travail démontrent le risque grandissant pour un salarié de développer un handicap physique ou psychique dans son milieu de travail (VI-1, p10) ».*** Ce plan de prévention couvrira deux champs d'action majeurs : la prévention des Troubles Musculo Squelettiques et la prévention des Troubles Psycho Sociaux.

³⁶ OETH, l'accord de branche, www.oeth.org/lassociation-oeth/laccord-de-branche/

4.3. Bilan de l'obligation d'emploi ³⁷

Le nombre de travailleurs handicapés dans la branche s'élève à 9791 en 2008, soit un taux d'obligation moyenne de 4,41%. 8825 sont en CDI et 966 en CDD. Le nombre important de petits établissements caractérise la branche : 47% des établissements ne sont pas assujettis (- 20 salariés- taux : 2,81%). 44% des établissements assujettis sont redevables de la contribution. L'âge moyen des travailleurs handicapés est de 47,5 ans. 43% des bénéficiaires ont plus de 50 ans. 62% des « accidentés du travail » ont plus de 50 ans contre seulement 37% des travailleurs qui ont une RQTH³⁸. Ces derniers sont plus jeunes.

72% des travailleurs handicapés ont une RQTH, 14% sont en invalidité, 10% en AT-MP, 2% ont une carte d'invalidité, 1% de Mutilés de guerre ou assimilés.

Près de 61% des bénéficiaires occupent des emplois du groupe « employés ». Les cadres et professions « intermédiaires » représentent 27% des emplois, les ouvriers 12%. Les groupes professionnels les plus représentatifs sont par ordre quantitatif : les agents de service, aides-soignants, aides médico-pédagogiques, (36,47%) - les professions intermédiaires de la santé et du travail social ; infirmiers, éducateurs (20,88%) – les employés administratifs (15,40%).

L'association OETH a réalisé une étude prospective en 2007 relative à l'âge des travailleurs handicapés en fonction des métiers et des familles de métiers exercés. L'objectif est d'identifier les métiers en tension au regard de la population salariée en situation de handicap. Quatre métiers sont identifiés ; agents de services hospitaliers (ASH), aides-soignants (AS), infirmiers généraux et psychiatriques (IDE), éducateurs spécialisés (ES). En 2007 l'enquête dénombre 1642 ASH, 911 AS et 225 ES, salariés en situation de handicap. L'écart apparaît important entre le secteur sanitaire, médico-social et le secteur de la protection de l'enfance. La différence provient-elle seulement de la démographie par secteur ?

Les données statistiques actuellement en notre possession ne permettent pas d'analyses plus fines, notamment pour le secteur de la protection de l'enfance

³⁷ OETH – Bilan 2008, www.oeth.org/actualites-et-agenda/actualites/actualites/article/oeth-bilan-2008/, consulté le 10/02/2012

³⁸ RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

4. 4. Spécificité des risques psychosociaux dans la branche sanitaire, médico-sociale et sociale

De manière schématique, nous distinguons deux axes d'approche des RPS : les facteurs environnementaux et les facteurs spécifiques aux métiers :

Le premier axe comprend les évolutions législatives et institutionnelles qui impactent de manière sensible l'action sociale et médico-sociale en France. Ce contexte induit des enjeux de changement qui impactent les organisations mais aussi les cultures de métiers. Les conséquences s'appliquent aux associations, aux établissements et aux salariés : choix stratégiques et managériaux, collectifs de travail, activité, plannings, formations, postes de travail. Les missions et les activités de la branche s'exercent dans un environnement social et économique qui influencera les problématiques des usagers et les pratiques professionnelles.

Les risques professionnels inhérents aux actes professionnels de prise en charge éducative, sociale ou thérapeutique sont aussi spécifiques à la branche et tiennent à ses missions.

Ces deux axes ne sont pas clivés mais en interrelations. Si nous considérons, comme exemple, que le public d'enfants dans les MECS présente des caractéristiques psychologiques de plus en plus complexes, l'exposition aux risques professionnels spécifiques va augmenter mais le cadre organisationnel et relationnel dans lequel va s'exercer cette activité sera déterminant.

L'épuisement professionnel (burn-out) est défini comme un syndrome d'épuisement physique et mental qui atteint plus spécifiquement les professionnels de la relation d'aide, d'assistance, du soin et de l'enseignement. Si cette spécificité fait débat entre scientifiques, un investissement, une implication élevée dans le travail et une forte attente de reconnaissance, telles qu'on les rencontre chez les travailleurs sociaux, fragilisent ces professionnels. La charge psychique et émotionnelle caractérise également certains métiers spécifiques de l'accompagnement surtout quand il s'exerce de manière individuelle et/ou quand les affects sont déniés par le collectif ou la hiérarchie.

Vincent de Gaulejac nomme les nouveaux modes de gouvernance transversaux aux institutions (hôpital, éducation, action sociale...) et aux entreprises, des systèmes paradoxaux

: ces systèmes adressent aux salariés des préconisations contradictoires qui les placent sous l'effet d'une double contrainte :

« prenons pour exemple un directeur de structure sanitaire qui a l'impératif d'appliquer une politique de réduction des effectifs, baissant le taux d'encadrement des patients, dont par ailleurs les pathologies s'alourdissent, combinée à l'affichage d'un niveau de qualité élevé, soumis à un référentiel et à des contrôles. Le dirigeant est sanctionné en cas de manquement à l'un ou l'autre de ses objectifs »³⁹.

Le conflit entre ces deux injonctions apparaît insoluble et provoquer pour le moins un certain stress. Des injonctions d'ordre économique et organisationnel, contradictoires avec les missions des établissements, provoquent des tensions importantes pour les professionnels chargés de leur mise en œuvre, à plus forte raison quand ces mesures sont en conflit avec les valeurs personnelles et les cultures de métiers.

Un autre volet spécifique au secteur de la santé et de l'action sociale, mais aussi partagé par toutes les activités de services, comprend l'exposition à la violence du public et des usagers. Nous traiterons plus particulièrement des phénomènes de violence inhérents au secteur de la protection de l'enfance dans la troisième partie du mémoire.

Christine Roussel-Monfajon décline quatre niveaux d'atteintes et de manifestations de l'exposition aux RPS : les manifestations et atteintes individuelles – les manifestations collectives de violence – les atteintes à la vie personnelle - les atteintes à la qualité du service à l'utilisateur et les risques de maltraitance.

Les risques professionnels et les risques de maltraitance institutionnelle sont intimement liés dans un système en boucle où les conditions de travail et l'état moral des professionnels rejaillissent sur l'état moral des usagers et inversement :

³⁹ V DE GAULEJAC, op. cit, p24

« Les dysfonctionnements organisationnels peuvent être à l'origine de situations à risques psychosociaux pour les professionnels et, en cascade, ils sont également propices à la survenue de phénomènes de maltraitance. Une analyse des signalements de maltraitance institutionnelle montre que dans 70% des cas signalés, on repère un dysfonctionnement organisationnel dans la structure d'accueil⁴⁰ ».

Christine Roussel-Monfajon considère que *« c'est dans cette relation indissociable entre la souffrance au travail et la maltraitance institutionnelle que réside la spécificité la plus saillante des secteurs sanitaires, éducatifs et sociaux par rapport aux autres secteurs professionnels⁴¹ ».*

La prévention de la souffrance au travail et des risques psychosociaux participe non seulement au maintien dans l'emploi, anticipe les situations de handicap, mais contribue à la qualité du service rendu aux usagers.

⁴⁰ P BLANC, JM JUILHARD, 2002-2003, in C ROUSSEL- MONTFAJON, op.cit. p20

⁴¹ C ROUSSEL MONTFAJON, op.cit. p20

Conclusion de la première partie

La notion de souffrance au travail s'appréhende par la compréhension de ce que l'homme « engage » dans sa relation au travail. La psycho dynamique du travail est utile pour comprendre les influences bénéfiques ou néfastes sur les individus. Symptôme aggravé et révélateur du « mal-être », la souffrance au travail participe aux risques psychosociaux et ses effets ont des incidences sur la santé. Ces conséquences sont attestées par les études scientifiques et épidémiologiques sur le stress et les enquêtes européennes et nationales sur la santé et les conditions de travail. La prise de conscience de ces risques et de leurs conséquences sanitaires et économiques représentent un fait social avéré et influent sur le droit du travail. La notion de désinsertion professionnelle présente dans les politiques de prévention, provient du nombre important de salariés pour qui une inaptitude partielle ou totale au travail est prononcée en cours d'emploi. Ces personnes se trouvent de fait en situation de handicap et la question du maintien dans l'emploi se pose, le plus souvent dans l'urgence. La branche sanitaire, sociale et médico-sociale, en raison de ses activités spécifiques et des facteurs environnementaux, est particulièrement sensible à ces phénomènes qui peuvent porter préjudice à la qualité des soins ou aux accompagnements des usagers. Cette première partie nous permet d'accéder à des éléments théoriques et conceptuels sur la problématique de la souffrance au travail mais aussi de découvrir les enjeux de la prévention.

DEUXIEME PARTIE :

Les modèles de prévention Méthodologie d'enquêtes et d'entretiens

Introduction

Dans cette deuxième partie, nous présentons différents modèles de prévention en relation avec des approches théoriques diverses. La notion de modèle, support à l'action, est explicitée et s'avère indispensable pour circonscrire et « donner des repères » à notre recherche. Nous avons fait le choix du modèle d'intervention de l'ANACT « L'approche contraintes - ressources - régulation » tout en utilisant dans nos analyses les apports théoriques de la psycho dynamique du travail et de l'approche psychosociale. La méthodologie de recherche prend appui sur ce cadre conceptuel et utilise trois sources d'informations : une enquête globale et catégorielle « La vie au travail », des entretiens collectifs et individuels avec des professionnels à partir de « situations-problèmes », une recherche de données quantitatives et qualitatives. Quatre emplois sont ciblés dans ce mémoire : *Les travailleurs sociaux* (éducateurs spécialisés en majorité), *les assistants(es) familiaux* (distingués des travailleurs sociaux uniquement sur la forme et pour les besoins de l'enquête), *les surveillants de nuit* et *les maîtresses de maison*.

Chapitre 1 : Les modèles de prévention

1.1. Les niveaux de prévention

Les actions de prévention nécessitent au préalable un diagnostic des risques. La pertinence de ce diagnostic sur le terrain induit des pistes de travail. Tous les acteurs de la prévention, notamment les médecins du travail, s'accordent pour distinguer trois niveaux de prévention. Les définitions suivantes distinguent l'approche médicale⁴² et l'approche des risques psychosociaux⁴³ (en italique) :

La prévention primaire : Intervention qui vise à réduire autant que possible le risque, sa survenue ou ses conséquences avant l'apparition de toute atteinte. *« Il s'agit d'intervenir sur l'activité et/ou sur l'organisation pour adapter la situation de travail aux individus ».*

La prévention secondaire : Intervention qui vise à révéler l'atteinte pour prévenir l'aggravation de la maladie par des soins précoces. *La prévention secondaire des RPS agit sur les facteurs individuels et collectifs pour aider les agents à mieux s'adapter à leur environnement de travail et ainsi diminuer l'impact sur la santé. Le risque ne peut être éliminé, mais l'action porte sur l'exposition, la formation, l'acquisition de connaissances et les pratiques professionnelles. « Ces types de dispositifs sont valables lorsque la source de tension ne peut être éliminée mais qu'il convient de réduire les risques liés à l'exposition ».*

La prévention tertiaire : Intervention visant à éviter les rechutes et les complications. Elle concerne l'ensemble des mesures thérapeutiques, de réadaptation, d'aménagement des situations de travail et d'accompagnement psycho-social afin d'offrir les meilleures conditions de maintien dans l'emploi.

« Ce type d'intervention centrée sur l'individu fournit de l'information, de l'aide et du soutien. Elle vise davantage les conséquences que le problème ».

⁴² B. DOREMUS, cours DPITSH 17, février 2012

⁴³ C. ROUSSEL MONTFAJON, op. cit, p38

La prévention nécessite l'implication de tous les acteurs, internes et externes à l'entreprise. Le chargé de mission handicap apparaît plus centré sur la prévention tertiaire quand il réalise un accompagnement individuel visant au retour ou au maintien dans l'emploi, mais la qualité de son intervention dépend des conditions créées par les deux niveaux de prévention précédents. Il importe de bien situer les niveaux de prévention dans la conception des actions de prévention dans l'entreprise afin de les évaluer.

1.2. Les modèles de prévention

« Les modèles dans le domaine de l'intervention sur l'humain, en raison de leur caractère langagier, sont des sortes de « fictions » racontant quelque chose à propos d'une autre chose à priori énigmatique ou inconnue, mais ce sont des fictions qui fournissent des éléments stables et fiables auxquels il est possible de se référer sans avoir à les réinventer sans cesse [...] Les modèles ont pour première fonction de construire les situations en les problématisant de telles manières qu'elles soient intelligibles et qu'elles soient accessibles à l'action. La deuxième fonction du modèle consiste à proposer des pistes d'actions possibles [...] en ce sens le modèle est indissociable de l'action⁴⁴ ».

En lien avec cette définition nous recherchons un modèle qui nous permette de réaliser un pré diagnostic de l'association Enfance et Famille.

L'INRS propose une démarche globale de prévention des RPS. Ce modèle se réfère à celui d'une conduite de projet et comprend de manière schématique cinq étapes successives : le pré-diagnostic ou dépistage réalisé en interne ou en externe, la mise en place d'un groupe projet, le diagnostic approfondi, l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action, l'évaluation et le suivi.

Au cours de la première étape, des indicateurs de dépistage sont définis et recueillis parmi les données mobilisables dans l'entreprise sans investigations auprès des salariés. Ces indicateurs servent également à l'évaluation et au suivi des actions de prévention. Ils sont

⁴⁴ Claude DE JONCKHEERE, 2010, 83 mots pour penser l'intervention en travail social, Genève, les éditions, p266.

regroupés dans deux grandes familles : les indicateurs liés au **fonctionnement de l'entreprise** et les indicateurs liés à **la santé et à la sécurité des salariés**. Les informations permettant de construire des indicateurs sont à rechercher dans le bilan social ou dans le rapport annuel au comité d'entreprise, les procès-verbaux de réunions des instances représentatives du personnel (CE, DP, CHSCT) et dans le rapport annuel du médecin du travail. Le guide de l'INRS propose une liste non exhaustive d'indicateurs. Certains peuvent s'avérer non pertinents avec les spécificités et l'activité de l'entreprise. Les indicateurs retenus prennent sens à partir de leur cumul éventuel, de leur variation au cours du temps et par rapport à des références nationales d'enquêtes sur l'emploi ou la santé.

Le guide de l'INRS⁴⁵ préconise trois niveaux d'indicateurs : **Les indicateurs de risques, de résultats et de moyens**. Les indicateurs de risques concernent principalement les facteurs liés à l'organisation du travail ou à ses changements et au management des salariés. Ils signalent un risque d'atteinte à la santé. Les indicateurs de résultats mettent en évidence une éventuelle détérioration de la santé des salariés ainsi que les incidences de l'activité et du résultat financier des établissements, le climat social... Les indicateurs de moyens sont destinés à apprécier l'effort de prévention consenti par l'association, ils complètent et renforcent les indicateurs de risques et de résultats.

Cette recherche préalable peut être également étendue à un pré diagnostic de l'emploi et du maintien dans l'emploi des salariés en situation de handicap. En effet la démarche de recherche est similaire, en particulier dans la première étape. Les documents à consulter et les acteurs concernés par la démarche sont identiques. Intégrer ces deux approches dans une même démarche permet d'effectuer des liens entre la prévention de la souffrance au travail, les risques psychosociaux et les enjeux de maintien dans l'emploi et d'emploi des personnes en situation de handicap.

Le guide de l'INRS spécifie que « *le recueil des indicateurs se situe en amont d'une démarche de prévention des RPS* ». Il s'assimile à un état des lieux qui peut introduire des problématiques et provoquer un débat entre les acteurs de l'association. Ce modèle demeure cependant parcellaire et ne peut rendre compte de la complexité des interactions entre les facteurs de RPS. Comment par exemple appréhender l'écart entre travail prescrit et travail

⁴⁵ INRS, décembre 2007, dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider, ED 6012 (3^e réimpression juillet 2011), 47p.

réel ou les influences de l'organisation ? Un modèle d'intervention complémentaire prenant en compte l'aspect multifactoriel de ces risques, le rapport de l'homme au travail ainsi que l'environnement de travail, s'avère nécessaire.

« Dans les modèles de l'homme au travail, issus des conceptions « classiques », l'organisation scientifique du travail et le courant humaniste les atteintes à la santé sont l'expression de fragilités personnelles ou de contraintes objectives trop grandes. Le diagnostic et la prévention vont s'orienter vers la détermination des causes qui provoquent une perte de motivation ou d'adhésion des acteurs. Les actions préconisées seront des accompagnements individualisés ou collectifs aidant à la gestion d'un certain nombre de contraintes ⁴⁶ ».

Christine Roussel-Monfajon se réfère à une approche psychosociale du risque expérimentée lors d'une action prioritaire régionale (APR) ⁴⁷ initiée par Unifaf en région Rhône - Alpes :

« En fait, la notion de risque psychosocial se définit par un prisme particulier d'analyse du risque plutôt que par une typologie de risques qui s'assortirait d'une liste exhaustive d'indicateurs [...] Si l'attribution à des causes personnelles ou au contraire à des causes environnementales, a toujours opposé les acteurs du monde du travail, l'approche psychosociale du risque tranche très clairement dans ce débat en privilégiant avant tout les causes environnementales du travail, c'est-à-dire l'activité et ses conditions relationnelles, organisationnelles et sociales d'exercice ⁴⁸ ». L'analyse approfondie de l'ensemble des composantes de la situation de travail permet donc de caractériser l'influence que celle-ci peut avoir sur l'état de santé des individus ou des collectifs.

Le cabinet Repères et Management a accompagné en 2010 une APR dénommée Souffrances au travail, Connaître et prévenir les risques organisationnels, proposé par UNIFAF Pays de la Loire. Les références conceptuelles sont très clairement celles de la clinique du travail, d'orientation psycho dynamique. Les intervenants, psychologues du

⁴⁶ C ROUSSEL MONFAJON, février 2011, les cahiers d'Unifaf, connaître prévenir et prendre en compte les situations de souffrance au travail, 76p, p12.

⁴⁷ Actions prioritaires régionales : Actions de formations innovantes élaborées par les délégations paritaires régionales d'UNIFAF. UNIFAF est l'OPCA (organisme paritaire collecteur agréé – collecte les fonds de la formation professionnelle continue) de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif.

⁴⁸ C ROUSSEL MONFAJON, op cit, p12.

travail pour la plupart, situent le danger du côté de l'organisation. Dans cette optique ce n'est pas l'organisation qui est la cause de la souffrance mais le rapport au travail (missions, tâches, contraintes) et à l'organisation du travail. Les risques se définissent comme la probabilité pour les individus de développer des troubles de nature psychologique et/ou sociale dans la rencontre avec les contraintes de l'organisation. Les conflits subjectifs et intersubjectifs qui en découlent peuvent favoriser une démarche de création ou entraîner des états pathogènes. Les psychologues du travail attirent l'attention sur ces conflits subjectifs qui provoquent des stratégies individuelles et collectives de défense, ainsi que des dénis de certaines dimensions de la réalité de travail. Selon eux, les modèles classiques de prévention ne tiennent pas compte de ces aspects subjectifs qui peuvent brider tout dialogue et actions de prévention.

Nous privilégions les deux dernières approches qui explicitent et utilisent les éléments théoriques de la première partie du mémoire. Cependant, la mise en œuvre de ces approches nécessite des intervenants spécialisés et dépasse le cadre restreint de ce mémoire. Nous recherchons un modèle susceptible de servir de cadre à notre enquête.

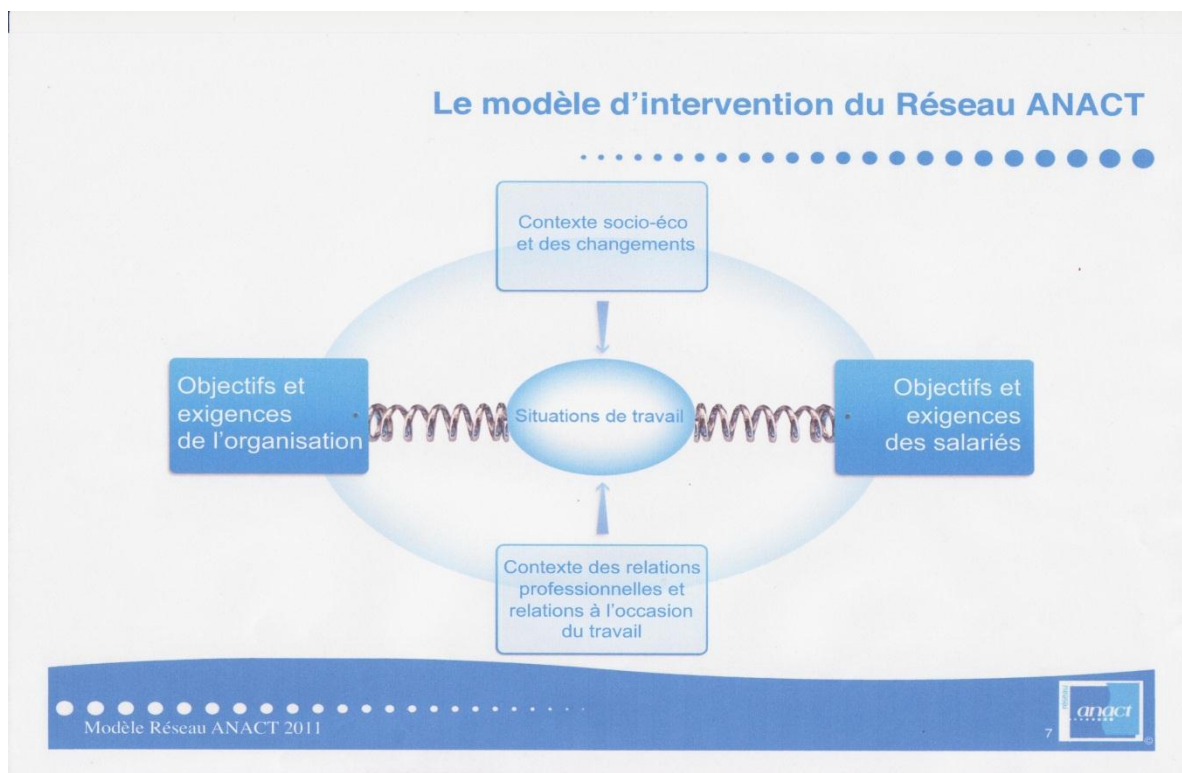
1.3. L'approche « Contraintes – Ressources – Régulations ⁴⁹»

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) propose un modèle d'intervention : l'approche « contraintes-ressources-régulations » issue du modèle antérieur dit « modèle des tensions » refondu en 2011.

Dans ce modèle, l'activité de travail est le lieu où se matérialisent toutes les tensions entre les individus, les groupes et leurs règles et valeurs, en rapport avec les politiques d'entreprises, les attentes sociales et de rétributions des individus, les contraintes de travail. Les interactions et les équilibres sont ainsi régulièrement bousculés et réinterrogés par les changements technologiques, économiques, sociologiques. Le risque est pensé comme un défaut de régulation de ces tensions.

⁴⁹ Les deux tableaux explicatifs du modèle sont extraits de : ANACT, 2011, *prévention des risques psychosociaux – Modèle d'intervention du réseau ANACT – l'Approche « contraintes – ressources – régulation »*, 30p, www.cdg18.fr/hygiene_securite/.../risques%20psychosociaux.pdf, consulté le 16/04/2012

Le modèle d'intervention actuel s'inspire du précédent et s'appuie sur les modèles théoriques du stress et de la santé psychique au travail. La notion de situation de travail moins restrictive remplace l'activité de travail. Les tensions se situent essentiellement sur l'axe horizontal entre les objectifs/exigences de l'organisation et les objectifs/exigences des salariés. Deux autres champs situés sur l'axe vertical influent sur les situations de travail : le contexte socio-économique et les changements, le contexte des relations professionnelles et les relations à l'occasion du travail.



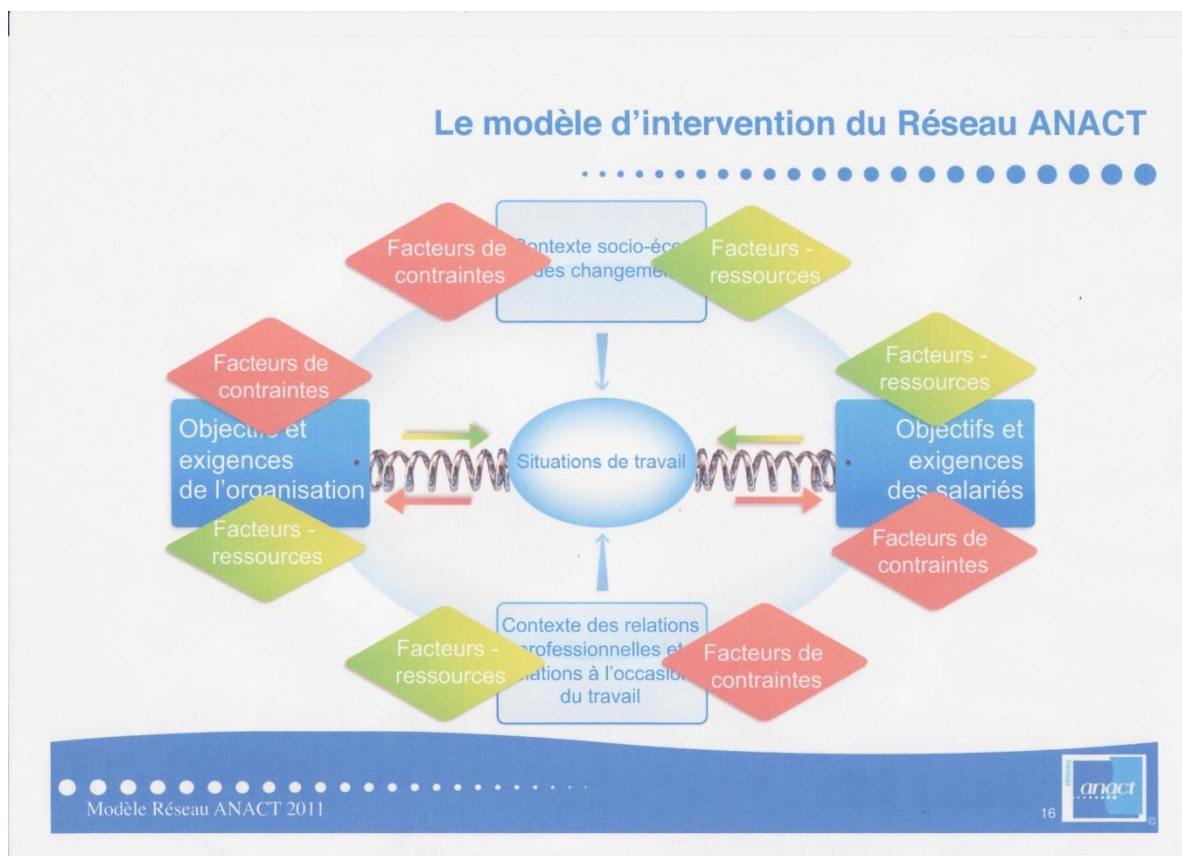
Les objectifs et exigences de l'organisation concernent l'organisation du travail (temps et charge de travail, les formes de prescriptions, la répartition des fonctions...), le management, la gestion des ressources humaines, l'environnement de travail.

Les objectifs et exigences des salariés représentent les conditions nécessaires pour réaliser leur travail dans de bonnes conditions : autonomie, qualité et sens du travail, valeurs professionnelles et éthiques, reconnaissance et équité, participation et intégration, développement des compétences, stabilité d'emploi et besoin de parcours, équilibre vie au travail/vie hors travail.

Le contexte socio-économique et les changements concernent l'environnement global de l'entreprise et du travail qui influencent le rapport au travail et à l'entreprise.

Le contexte des relations professionnelles et des relations à l'occasion du travail va influencer le rapport au travail et à l'entreprise : relations aux collègues, relations à l'encadrement, relations aux publics (usagers, familles), relations aux représentants du personnel.

Le modèle identifie des facteurs négatifs ou positifs au sein de chacun des quatre champs qui déterminent les situations de travail : les facteurs de contraintes font obstacle à l'implication des salariés, augmentent les tensions entre les salariés et l'entreprise dans leurs exigences respectives. Les conflits de buts dans l'activité, empêchent la coopération entre les acteurs et sont perçus comme en lien avec des effets négatifs sur la santé. A l'inverse, les facteurs de ressources favorisent la cohésion de l'entreprise et des collectifs, le bon fonctionnement de l'organisation, sa performance, et ont des effets positifs sur la santé.



La démarche vise donc à réduire les facteurs de contraintes et développer les facteurs de ressources en favorisant les processus de régulation. L'ANACT définit la régulation par la mobilisation effective des facteurs-ressources en situation concrète de travail.

L'ANACT recommande plusieurs étapes dans une démarche « en boucle » :

- Se mettre d'accord pour engager la démarche
- Diagnostic partagé : Recueil de données quantitatives et qualitatives, travail sur les indicateurs – Identifier les facteurs de contraintes et de ressources – Repérage et analyse des régulations dans les « situations-problème » (ces items sont en interrelations et non dans un ordre chronologique).
- A partir des causes identifiées, proposer des pistes d'actions et élaborer un plan d'actions.
- Mettre en œuvre le plan d'actions.
- Evaluation et suivie dans la durée.

Ce modèle, outre sa lisibilité opératoire, insiste sur la nécessité du débat et de l'approche collective du diagnostic et de la prévention. L'analyse et la compréhension des situations de travail avec les collectifs de salariés concernés à partir des situations-problèmes nous semblent un axe de travail important pour repérer, traiter et prévenir la souffrance au travail. Le guide édité par l'ARACT et l'URIOPS Languedoc Roussillon en donne une définition précise : « *Une situation-problème est une situation de travail où l'on retrouve des tensions évoquées, des difficultés rencontrées par les salariés. Elle pourrait correspondre à la question ; dans quelles situations ressentez-vous (vous ou vos collègues) beaucoup de stress, de tensions, de mal-être ? Elle est clairement délimitée dans l'espace, dans le temps, dans l'activité de travail, dans un contexte*⁵⁰ ».

Ces situations de travail doivent être problématisées en fonction d'un questionnement qui permet d'objectiver la situation en fonction des risques et de leur probabilité. C. Roussel-Monfajon préconise de définir un niveau de risque suivant une cotation définie avec les acteurs.

Ce processus d'objectivation permet une prise de recul essentielle sur chacune des situations identifiées. Nous utiliserons ce modèle dans notre recherche. Le chapitre suivant présente la méthodologie de recherche et les outils retenus.

⁵⁰ UNIFAF, L'OBSERVATOIRE, 2008, enquête emploi 2007, Enseignements et perspectives, EE07, p9.

Chapitre 2 : Méthodologie de recherche et d'entretiens

Nous expérimenterons le modèle d'intervention du réseau ANACT qui apportera un cadre opératoire mais nous n'envisageons pas dans le contexte de ce mémoire réaliser un diagnostic partagé, aussi nous limiterons notre recherche à un pré-diagnostic. A partir de l'analyse des facteurs d'influences sur les situations de travail définies lors des entretiens, nous définirons les contraintes et les ressources ainsi que des pistes d'actions. Après la présentation de l'association Enfance et Famille, les différents chapitres de la troisième partie correspondront aux quatre facteurs d'influences du modèle. La quatrième partie du mémoire abordera de manière plus spécifique le résultat des recherches sur « la santé au travail » dans l'association, l'emploi et le maintien dans l'emploi des salariés en situation de handicap et présentera des préconisations. Cette recherche repose sur trois sources d'information : les résultats d'une enquête globale sur les conditions de travail réalisée en 2011 auprès de l'ensemble des salariés de l'association, l'analyse de données documentaires quantitatives et qualitatives, des entretiens collectifs et individuels auprès d'un panel de professionnels.

2.1. L'enquête « La vie au travail ».

L'enquête « la vie au travail » était conduite par la section syndicale CFDT de l'association auprès de l'ensemble des salariées entre juin et septembre 2011. Nous utilisons un questionnaire préconisé par la fédération. 96 salariés sur 284 ont répondu au questionnaire, soit 34% de réponses. Toutes les catégories professionnelles sont représentées dont 46,9% de travailleurs sociaux, 16,7% d'assistants familiaux, 13,5% de surveillants de nuit et maîtresses de maison (services généraux).

Nous avons classé les résultats globaux selon cinq items : contexte socio-économique et les changements, contexte des relations professionnelles, objectifs et exigences des salariés, objectifs et exigences de l'organisation, santé, afin d'analyser les résultats globaux. Le questionnaire et les analyses figurent dans l'annexe 1 hors mémoire.

Dans un deuxième temps, nous avons repris les questionnaires et analysé les réponses par catégories professionnelles et par établissement. Nous avons circonscrit l'enquête à

quatre emplois : travailleur social, assistant(e) familial(e), surveillant(e) de nuit, maîtresse de maison. Ces emplois ont tous un lien direct avec la mission éducative de l'association. L'analyse reprend uniquement certaines réponses du questionnaire classées en neuf items : *Etat de santé ressenti, risques du travail sur la santé, pénibilité, Insécurité, reconnaissance et soutien par les collègues, par la hiérarchie, charge de travail, perspective professionnelle, lien à l'organisation*⁵¹. Ces items sont choisis en relation avec la problématique et les hypothèses du mémoire.

Au total, l'enquête catégorielle concerne 42 travailleurs sociaux (48,8%), 15 assistants familiaux (13%), 6 maîtresses de maison (66,6%), 6 surveillants de nuit (46,1%). Si nous prenons comme exemple l'item sur l'insécurité, à la question 14 : « *Vous sentez vous en sécurité sur votre poste de travail* » ? Nous avons coté les quatre réponses possibles : « *oui, tout à fait* » par le signe (-), « *pas toujours, vous vous sentez parfois en danger* » par le signe (+), « *vous vous sentez rarement en sécurité, les situations dangereuses sont fréquentes* » par le signe (++), la quatrième réponse possible « *toujours en insécurité* » est assimilée à la précédente. Ces informations cotées sont classées dans des tableaux par emploi et par établissement pour chaque répondant afin de déterminer les pourcentages de réponses par catégorie professionnelle. Les tableaux et les analyses figurent dans l'annexe 2 hors mémoire.

2.2. Les entretiens

Au total, les entretiens ont concerné treize salariés volontaires : deux assistants familiaux, deux maîtresses de maison, trois surveillants de nuit, six éducateurs spécialisés. Les salariés étaient répartis par groupe métier de deux participants (5 groupes). Trois entretiens individuels ont eu lieu pour des raisons de disponibilité ou de confidentialité. Nous avons privilégié les entretiens avec deux participants issus d'établissements différents, sauf pour les assistants familiaux, afin de faciliter les échanges et de comparer les modes d'organisation. Tous les principaux services sont représentés.

Les entretiens sont directement inspirés du modèle de l'ANACT et visent à révéler des « situations- problèmes ». Le mode d'entretien est non-directif, bien que nous ayons

⁵¹ Annexes 2 : Enquête par emplois – items – questions – code.

conçu au préalable une grille d'entretien⁵². La question centrale est systématiquement posée après un temps de présentation : « *Dans quelles situations de travail ressentez-vous (vous ou vos collègues) beaucoup de stress, de tensions, de mal-être* » ? Les autres questions servent à recadrer les échanges et à objectiver la question centrale en fonction des facteurs d'influence. Nous cherchons aussi les stratégies individuelles et collectives utilisées par les professionnels pour surmonter ces épreuves.

Les objectifs, l'organisation, le guide d'entretien, les retranscriptions et les analyses par entretien figurent dans l'annexe 3 hors mémoire (p28 à 110). ***Les annexes hors mémoire ne pourront être publiées ni communiquées pour des raisons de confidentialité.***

2.3. Les données quantitatives et qualitatives

Les données quantitatives :

L'enquête « La vie au travail » nous apporte nombre d'indications sur le ressenti des professionnels en fonction des différents thèmes choisis. Ces données sont à mettre en relation et à croiser avec des données RH, des données de résultats et d'activité et celles portant sur l'organisation, pour effectuer des liens et construire des hypothèses.

Principaux documents consultés : *Le rapport annuel au comité d'entreprise* (données ressources humaines ; effectifs, pyramide des âges, absentéisme, turn-over des effectifs, mobilité interne et externe, contrats à durée déterminée, déclaration travailleurs handicapés, nombre d'AT-MP, plan de formation...), *les rapports d'activité annuels des établissements* et services intégrés dans les rapports pour l'assemblée générale des adhérents, *le dossier d'habilitations*, *le règlement général intérieur de fonctionnement*, *les projets d'établissements...*

⁵² Annexe 1 : guide d'entretien

Les données qualitatives :

Les données qualitatives nous permettent de réaliser des hypothèses et des liens entre des données historiques, des données sur l'évolution des modes d'organisation et du travail, la législation, les règles, le climat social, les modes de prévention en exercice et la santé des professionnels.

Principaux documents consultés : les *procès-verbaux des comptes rendus du comité d'entreprise et du CHSCT*, le *Document unique*, le *plan de prévention annuel*, les *Accords d'entreprises*, le *rapport du médecin du travail*, le *journal de l'association*, les analyses figurant dans les *projets d'établissements* et dans les *rapports d'activité*.

Lors de la première année de formation DPITSH, nous avons rencontré individuellement les directeurs d'établissements et le directeur général de l'association pour présenter le cursus de formation, comprendre les enjeux et les conséquences des évolutions législatives et économiques sur les services et obtenir des informations sur l'emploi et le maintien dans l'emploi des professionnels en situation de handicap.

Nous avons choisi d'informer et de rendre compte régulièrement des résultats de notre recherche aux membres du CHSCT. Nous sommes intervenus lors de deux séances de cette instance et prévoyons une restitution en fin de formation.

Conclusion deuxième partie

Cette deuxième partie répond à plusieurs interrogations préalables à l'écriture de ce mémoire : Comment articuler nos premières approches théoriques sur les relations entre le travail, les situations de handicap et notre terrain d'enquête l'association Enfance et Famille ? Qu'elle méthodologie de recherche allons-nous utiliser pour appréhender les risques psychosociaux et proposer des modalités de prévention ?

Nous avons privilégié sur le plan théorique la psycho dynamique du travail et l'approche psychosociale. Le modèle d'intervention de l'ANACT complète ces approches en proposant une « lecture » globale et opératoire de la complexité des risques psychosociaux. La recherche d'indicateurs et de données quantitatives et qualitatives sur la relation travail / santé complète l'analyse des situations de travail.

La recherche utilise des documents internes à l'association et les résultats d'une enquête syndicale complétés par des entretiens. Nous invitons le lecteur à consulter les annexes hors mémoire. Celles-ci constituent la trame des deux parties suivantes.

TROISIEME PARTIE :

L'association Enfance et Famille

Pré diagnostic : du modèle à l'analyse

Introduction

Les titres des chapitres de cette troisième partie correspondent aux quatre facteurs d'influences du modèle de l'ANACT. Auparavant nous présentons dans le premier chapitre l'association Enfance et famille, les missions et la structure de l'emploi. En fonction des différents facteurs d'influences, chaque chapitre comprend des résultats et des analyses de l'enquête « La vie au travail », des données quantitatives et qualitatives issues de divers documents, des extraits d'entretiens à partir « de situations-problèmes ». En fin de chapitre, un tableau récapitule les contraintes et les ressources qui influent sur le travail.

L'histoire de l'association accompagne les évolutions de la législation. Le chapitre 2 explore le contexte socio-économique actuel, ses contraintes et ses paradoxes, mais ce détour par l'histoire apporte du sens aux enjeux actuels.

« L'ambiance », le soutien, la reconnaissance du travail par la hiérarchie et par les collègues participent au « soutien social au travail » et contribuent à diminuer les tensions. Nous traiterons aussi dans ce troisième chapitre des relations avec les usagers, des phénomènes de violence et d'insécurité.

Le Management des ressources humaines et les modes d'organisation influent sur les situations de travail. A partir de plusieurs documents, des résultats de l'enquête et d'un entretien, nous tenterons dans le chapitre 4 de cerner quelques facteurs de tensions. Des situations de travail et des témoignages spécifiques aux différents emplois illustreront les attentes des salariés quant à leur travail.

Chapitre 1 : L'association Enfance et Famille

Enfance et Famille, régie par la loi de 1901, est une association de solidarité et d'action sociale vouée à l'enfance et à la jeunesse en difficulté. Agréée pour des missions de service public dans le secteur de la protection de l'enfance, elle propose des actions diversifiées de prévention, de protection et d'éducation :

- Accueils aux fins d'orientation et placements d'urgence
- Assistance éducative en milieu ouvert, en internat et en placement familial
- Accompagnement et soutien dans le champ de la parentalité

Le territoire d'intervention est historiquement celui du tribunal de Grande Instance de Saint-Nazaire, mais il intègre aussi les secteurs des délégations de la solidarité (DGAS, Conseil Général 44), Pays de Retz, bassin de Saint-Nazaire, Blain et Châteaubriant.

L'association emploie dans ses établissements 278 salariés dont 116 assistants(es) familiaux (effectif au 31/12/2011).

1.1. Les établissements de l'association

Le Centre d'Accueil et d'Observation (CAO)

Missions : accueillir, observer, orienter. C'est la mission d'accueil d'urgence qui caractérise le CAO.

Le centre d'accueil et d'observation est habilité par le ministère de la justice et le Conseil Général de Loire-Atlantique pour recevoir 22 garçons et filles de 4 à 18 ans, au titre de l'assistance éducative (art 375), la protection de l'enfance délinquante (ordonnance de 45) et de la protection de la famille (art 46 du code de la famille et de l'aide sociale. Effectif depuis 2003, le protocole d'urgence du département définit les missions et spécifie les conditions d'admission et la durée du séjour des jeunes.

Deux unités de vie situées à Saint Nazaire accueillent des groupes d'âges complémentaires. Le métier principal est celui d'éducateur spécialisé.

Le Centre Socio-Educatif Ville Marine

L'hébergement collectif et individuel, l'alternance entre le domicile familial et le centre ainsi que l'accompagnement éducatif au quotidien, caractérisent ce mode d'accueil.

Le CSE Ville marine est assimilé à une MECS et habilité pour recevoir 52 enfants et adolescents de 4 à 21 ans, relevant de mesures judiciaires et administratives de placement. Le centre se présente comme un internat mixte dont l'hébergement s'effectue en maisons individuelles et en appartements. Il se compose de quatre unités de vie par groupes d'âges, d'une unité de 18 jeunes en appartements collectifs et individuels, d'un atelier d'insertion et d'un pôle administratif. Seule une unité de vie « Les Eolides », implantée à Paimboeuf, se situe à distance de Saint-Nazaire.

L'Accueil Familial – accueil familial et soutien à la parentalité

Le lieu de vie et l'accompagnement éducatif des enfants et adolescents au domicile d'un(e) assistant(e) familial sont spécifiques au mode d'accueil.

L'Accueil Familial est habilité par le Préfet et le Président du Conseil Général pour accueillir jusqu'à 155 enfants de 0 à 21 ans, dans le cadre de mesures d'assistances éducatives judiciaires ou d'une protection administrative. Les formes d'accueil sont diversifiées en fonction des mesures de placement et des effets attendus par la prise en charge : accueil court de dépannage, accueil d'urgence, accueil de soutien à la parentalité, accueil dit familial de suppléance. Le siège administratif comprend différents bureaux pour le personnel administratif, la direction, les psychologues et travailleurs sociaux et des salles de réunion.

Le Service Educatif en Milieu Ouvert (SEMO)

L'exercice de l'accompagnement éducatif dans le milieu naturel de l'enfant caractérise le service

Le SEMO est habilité pour mettre en œuvre 347 mesures administratives ou judiciaires. Les mesures d'AEMO sont ordonnées par le Juge des Enfants en application des articles 375 à 375-8 du code civil et du décret 75-96 du 08 février 1975. Le service a pour mission d'exercer une action éducative, en principe dans le milieu naturel de l'enfant. Il s'agit de

protéger l'enfant, de faire respecter ses droits, de le maintenir autant que faire se peut dans son milieu naturel, d'apporter aide et soutien à la famille et d'apprécier la notion de danger pour l'enfant.

L'aide éducative à domicile est une « prestation de l'aide sociale à l'enfance », une mesure de prévention et de protection administrative contractualisée avec la famille. L'AED est orientée vers la famille pour l'enfant. Le SEMO dispose d'un siège administratif.

Le Service d'Assistance Educative Intensive en Milieu Familial (SAEIMF)

Le service est habilité depuis 2009 pour accompagner trente mesures éducatives administratives ou judiciaires s'exerçant au domicile familial des mineurs. La création du SAEIMF s'inscrit dans le cadre de la diversification des mesures prévues dans la loi du 05 mars 2007. Les missions sont similaires à l'AEMO et à l'AED et ont un socle juridique commun. L'aspect intensif les caractérise. Le SAEIMF a la possibilité de réaliser des hébergements périodiques ou exceptionnels dans les établissements de l'association.

Espace famille

Enfance et Famille a souhaité dès 1981 proposer une aide à des familles confrontées à une problématique de séparation et de divorce dans un objectif de prévention. En 1995 l'Espace Famille comprend trois services : Le service d'enquêtes sociales (fermé en 2009 pour des raisons financières) – le service de médiation familiale – l'espace rencontre. La médiation familiale concerne des personnes en conflit ayant un lien familial. L'espace rencontre permet le maintien ou la reprise des liens entre enfants et parents, en cas de conflits, de séparations, de divorces, quand l'exercice normal du droit de visite n'est pas possible. La plupart des situations reçues à l'espace famille le sont à la demande du Juge aux Affaires Familiales dans le cadre d'un jugement ou d'une ordonnance.

Cet établissement ne relève pas du secteur de la protection de l'enfance. Le financement provient de multiples partenaires dont la CAF.

Les trois derniers établissements cités (SEMO – SAEIMF - Espace Rencontre) ont une direction commune. Bien que conservant un fonctionnement distinct, ils sont regroupés dans

le Pôle Milieu Ouvert. Un projet de locaux commun et de mutualisation des services administratifs est en cours.

La Direction Générale (DG)

En lien avec les équipes de direction des établissements, les instances du personnel, la DG développe six grandes fonctions dans le respect du projet associatif :

- Fonctions de Pilotage et de coordination ; management de l'organisation, animation des instances sociales, activation des partenariats extérieurs
- Fonctions de représentation et de communication
- Fonctions administratives
- Fonctions de gestion financière
- Fonction ressources humaines
- Evaluation, recherche et développement

La DG dispose d'un siège administratif.

1.2. Les emplois de l'association⁵³

Les 278 emplois sont répartis selon les catégories professionnelles : direction et chefs de service (15 – 5%), personnel paramédical (8 psychologues – 4%), administratifs (18 – 6%), services généraux (35 – 13%), éducatifs (86 – 31%), assistants(es) familiaux (116 – 39%).

Les travailleurs sociaux sont majoritaires et correspondent au « cœur de métier » de l'association. Les deux emplois principaux sont assistant familial et éducateur spécialisé.

Les services généraux regroupent plusieurs emplois : les surveillant(e)s de nuit, les maîtresses de maison, les agents de service et les ouvriers d'entretien.

Les surveillants de nuit et les maitresses de maison travaillent essentiellement dans les deux MECS de l'association : le Centre d'Accueil et d'Observation et le Centre Socio-

⁵³ Rapport annuel 2011, p9

Educatif Ville Marine (4 surveillant(e)s de nuit et 4 maîtresses de maison au CAO – 5 maîtresses de maison et 9 surveillant(e)s au CSE-VM).

En 2011, l'association a embauché 109 salariés supplémentaires pour effectuer des contrats à durée déterminée (CDD). Les 456 contrats recensés représentent 9308 jours de travail, selon le rapport annuel 2011 au comité d'entreprise. Parmi les établissements de l'association, les deux MECS utilisent la majorité des emplois en CDD (CAO : 33,9% - CSE VM : 44,9%).

Chapitre 2 : Contexte socio – économique et des changements

« Le contexte socio-économique et les changements font référence à l'identité de cet établissement, son histoire, sa culture, son projet, ses perspectives. Il s'agit aussi de rendre compte des changements : de leur nature, de leur fréquence, de leur sens, des modes d'association des salariés⁵⁴ ».

Au préalable, un bref détour par l'histoire de l'association en relation avec son implantation géographique et l'évolution des lois de protection de l'enfance s'impose. Il nous permettra d'appréhender le contexte socio-économique actuel, les enjeux, les contraintes et les ressources de l'association qui s'adressent aussi aux professionnels qu'elle emploie.

2.1. De l'œuvre de l'adoption à l'association Enfance et Famille

Ce passage d'une œuvre caritative à un statut associatif, puis l'octroi d'agréments nécessaires à la création d'établissements sociaux, s'inscrit historiquement dans un double mouvement par lequel l'état réglemente l'action sociale tout en déléguant largement au secteur privé l'initiative et la mise en place des politiques publiques.

Michel Chauvière définit trois formes historiques de partenariat public privé pour le secteur de l'aide et de l'action sociale⁵⁵ : le partenariat partagé du modèle fondateur, le partenariat démocratique et contractuel du milieu du XX^e siècle et le néo-partenariat contemporain.

⁵⁴ ARACT Nord/Pas de Calais – CIDES – CHORUM – *Prévenir les RPS dans le secteur médico-social, guide méthodologique*, février 2012, p13, www.npdc.aract.fr/portal/pls/portal/docs/11188379.PDF, consulté le 15/04/2012

⁵⁵ CHAUVIERE Michel, « *secteur social et médico-sociale et formes successives du partenariat public privé en France* », CERSA

Le compromis historique concerne l'adhésion du catholicisme social et du réformisme radical au pouvoir et a pour enjeux de stabiliser les relations entre une administration républicaine et une société civile très confessionnelle. La loi de 1901, la législation et le financement public permettent d'institutionnaliser les différentes initiatives d'origine laïque ou confessionnelle.

La technique contractuelle du prix de journée relaie la subvention toujours aléatoire et permet aux associations de se professionnaliser. La Sécurité Sociale soutiendra le modèle français de partenariat démocratique entre l'état, les associations et les professions.

Ce modèle perdurera jusqu'aux années 1980. A partir de cette date, Michel Chauviere considère que l'aggravation de la conjoncture économique, le « New-management » et les lois sur la décentralisation fragiliseront l'équilibre précédent.

« *D'une volonté individuelle à une organisation collective* » : ce titre extrait du journal de l'association⁵⁶ à l'occasion du soixantième anniversaire, illustre les différentes étapes de l'association. L'œuvre fondée par une jeune chrétienne nazairienne, Mademoiselle Jeanne Henry, avec l'aide des bénévoles de la société Saint Vincent de Paul, devient en 1943 « *La société de protection et d'adoption des enfants délaissés* » sous statut loi 1901. Sous ce même statut, le nom change suivant les époques, les contextes législatifs et l'évolution des pratiques sociales.

Nous pourrions distinguer schématiquement trois étapes : « les fondations » de 1943 à 1970, « la construction » de 1970 à 1980 qui comprend le développement des établissements et la professionnalisation des éducateurs, Enfin la période contemporaine pendant laquelle se succèdent le renforcement des structures administratives et de direction, des restructurations internes, la diversification des services et une fusion entre associations. Depuis la création de l'association, les modes organisationnels, les statuts et pratiques des professionnels ont constamment évolués.

La première habilitation date de 1947. La protection des mineurs s'exerce essentiellement par le placement dans des familles d'accueil. En 1968 l'association se compose de deux établissements : le Placement Familial et le Centre d'Accueil et d'Observation (CAO) crée en 1958. La première éducatrice diplômée de l'école de Marseille est recrutée en 1962.

⁵⁶ L'ancre et la plume-n°7- octobre 2003

Les familles d'accueil ne sont pas toujours en mesure de prendre en charge des adolescents souvent difficiles. Dès 1971, les internats éducatifs se développent : création des foyers de semi-liberté Ker-Avel et Jean Bart pour les garçons, du foyer Robert Gentin en 1972 pour les filles.

En 1980, le Service Educatif de Milieu Ouvert débute son activité et une véritable Direction Générale d'association dispose en 1985 de locaux spécifiques. La création de services se poursuit et la restructuration des internats s'engage : les deux foyers fusionnent en un seul établissement en 1982 : la Ville Maude. Celui-ci va modifier ses modes de prise en charge en éclatant en petites unités dans différents quartiers de Saint-Nazaire. Cet établissement va fusionner avec le foyer Robert Gentin et devenir le Centre Socio-Educatif Ville Marine (1996) en appliquant la mixité dans les groupes d'enfants et d'adolescents.

Création d'un atelier d'insertion en 1987, géré actuellement par le CSE Ville Marine.

Inauguration de l'Espace Famille en 1996, géré par le SEMO et regroupant les activités de Médiation Familiale, l'Espace Rencontre et le service d'enquêtes sociales créé précédemment. A l'aube des années 2000, l'association s'est professionnalisée et dotée d'établissements spécifiques sous l'égide d'une direction générale. Avant de poursuivre par les changements actuels d'organisation, attardons-nous sur l'environnement législatif de la Protection de l'Enfance.

2. 2. L'environnement législatif de la protection de l'enfance de 1943 à nos jours

*« La législation de 1943 et 1945 consacre la bipolarité du système français de protection de l'enfance [...] Chacun des deux acteurs, santé et justice, dispose d'une forte légitimité, de « territoires », de législations et d'organisations spécifiques, mais également de domaines de compétences partagés et complémentaires... »*⁵⁷ Cette bipolarité perdure toujours aujourd'hui, la protection de l'enfance en danger comporte deux volets : la protection administrative confiée depuis les lois de décentralisation au Conseil Général (1982,1983) sous

⁵⁷ Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière » -n°1- 1998-« Qu'elles alternatives à l'éducation surveillée en1945 », p41/54.

la tutelle du ministère de l'action sociale et de la santé (code de l'action sociale). La protection judiciaire des mineurs, confiée au ministère de la justice à travers ses représentants dont le Juge des Enfants.

Les ordonnances de 1945 énoncent plusieurs principes dont le choix de l'éducatif sur la répression ainsi que l'individualisation du jugement et de la décision. L'ordonnance de 1958 restreint le pouvoir administratif et permet aux Juges des Enfants de statuer dans le domaine civil. Il peut prononcer des mesures éducatives en faveur de mineurs dont « *La santé, la sécurité ou la moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises* » (art 375 du code civil). Les mesures d'actions éducatives en milieu ouvert sont instituées en 1959.

Plus récemment, la loi n°2- 2002 rénovant l'action sociale et la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, influencent le secteur et le travail des professionnels

La loi n°2-2002 réactualise et réforme la loi de 1975. Elle renforce le droit des enfants accueillis dans un établissement ou un service social ainsi que le droit des familles, au moyen de nombreuses dispositions : livrets d'accueil, projets individuels de prise en charge, conseils de la vie sociale...

Le législateur souhaite remettre de l'ordre et de la cohérence dans le secteur habilité de la protection de l'enfance. Pour cela les établissements doivent se doter d'un règlement intérieur et d'un projet spécifique. Ceux-ci sont soumis à une évaluation interne et externe périodique. Les autorisations et habilitations des établissements sont accordées au regard des schémas départementaux arrêtés conjointement par les préfets et les présidents des conseils généraux. Les règles d'approbation budgétaire, de procédure et de tarification sont aussi modifiées dans un souci de contrôle et d'économie.

La loi du 05 mars 2007 renforce la prévention et diversifie les modes d'intervention auprès des enfants et de leurs familles. De nouveaux modes d'accueil des enfants permettent de sortir de l'alternative « aide à domicile placement » dont l'accueil de jour sans hébergement. L'accueil exceptionnel et périodique est inscrit au plan judiciaire comme une modalité d'exercice particulière d'une AEMO⁵⁸ (art 375 ; 2 du code civil). Dans le cadre de la

⁵⁸ Action éducative en milieu ouvert

protection sociale ou administrative, l'accueil provisoire du jeune peut être modulable (art L222-5 du CASF⁵⁹).

La loi introduit dans le CASF les dispositions de l'article 3 de la convention internationale des droits de l'enfant dès l'article premier : « *L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins et le respect de ses droits doivent guider toute action le concernant* » (art L112-4 du CASF). Le président du Conseil Général est le garant de la continuité des actions auprès de l'enfant.

L'association poursuit son développement dans ce contexte législatif malgré des aléas financiers de plus en plus prégnants. Le service d'enquêtes sociales ferme suite à la baisse importante du montant forfaitaire par enquête octroyé par le ministère de la justice.

2005 : Fusion-absorption de l'association « La Providence » qui gère une maison d'enfants à Paimboeuf. En 2008, la maison d'enfant est réduite à une unité « les Éolides » rattachée avec une partie du personnel au CSE Ville Marine.

Les professionnels intègrent progressivement les établissements de l'association qui vont diversifier leurs activités : mesures administratives pour le SEMO (AED), et en 2009 création du Service d'Action Educative Intensive en Milieu Familial (SAEIMF). Ce service constituera en 2011 le pôle Milieu Ouvert avec le SEMO et Espace Rencontre.

L'Accueil Familial diversifiera également ses prestations. Tout en conservant son mode d'accueil traditionnel, deux autres modes d'accueil seront créés : l'accueil et soutien parental (ASP) et l'accueil familial renforcé.

L'association réussit dans un contexte difficile à diversifier en partie ses activités, bien que le projet d'accueil de jour reste dans les cartons faute de financement et que des problèmes de financement pèsent sur la médiation familiale et le fonctionnement des internats. Examinons le rôle du Conseil Général depuis les lois de décentralisation et les effets paradoxaux de la législation dont nous pensons qu'elles ont des incidences sur le travail des professionnels.

2.3. Législation : Contraintes et paradoxes

⁵⁹ Code de l'action social et des familles

La loi de 2004 renforce et complète les différentes lois sur la décentralisation de 1982 et 1986. Il appartient en effet au département de mettre en œuvre, définir et financer la politique d'action sociale. La décentralisation représente pour Michel Chauvière « *l'une des transformations structurelles majeures* »⁶⁰.

Selon l'auteur, le néo-partenariat contemporain succède au partenariat contractuel et démocratique. Aux trois partenaires traditionnels : état, acteurs associatifs, professionnels, s'ajoutent les collectivités locales, les usagers et le secteur marchand. Logiquement la décentralisation doit engager de multiples coopérations entre tous ces acteurs mais les principaux ajustements sont financiers et préjudiciables pour le secteur social institué.

Le partenariat est fréquemment cité pour sa valeur démocratique et son esprit de consensus. Michel Chauvière considère que ce terme masque des rapports de pouvoir quand un financeur (le département) est seul pilote d'un dispositif en s'appuyant sur un groupe d'experts et que les opérateurs « *se battent pour l'accès aux ressources [...] La décentralisation favorise de ce fait la démocratie représentative directe au détriment de la démocratie sociale bureaucratisée [...] mais aussi celle des associations comme dans le modèle du partenariat-partage du compromis fondateur* »⁶¹.

Les associations rencontrent ce que nous nommerons une crise de légitimité. Le rapprochement des instances de financement et de mise en œuvre des politiques favorise la représentativité directe. L' élu tient sa légitimité du suffrage et de la loi qui lui confère une charge et une autorité en s'appuyant sur des outils qui visent à rationaliser et à organiser sa politique et ses coûts. Une nouvelle bureaucratie utilisant l'ingénierie sociale va se développer.

L'association tient sa légitimité de la société civile dont elle est issue et de son expertise technique. Elle demeure incontournable pour appliquer la politique sociale sur les territoires. Cependant sa base représentative est faible et pour certaines associations, dont Enfance et Famille, son implantation locale bien que reconnue limite sa reconnaissance politique. Elle devra donc user de stratégie pour limiter sa dépendance comme en témoigne la politique de l'association depuis dix ans : réécriture du projet associatif ou les valeurs et la dimension

⁶⁰ Michel CHAUVIERE, 2005, revue télescope, *Secteur social et médico-social et formes successives du partenariat public privé en France*, p9, www.cersa.cnrs.fr-publications, consulté le 10/08/2011

⁶¹ Michel CHAUVIERE, op.cit., p12

militante sont réaffirmées (Prévenir, protéger, éduquer) - Evolution de la gouvernance d'association ; le conseil politique remplace le bureau et en complément du conseil d'administration se crée le conseil stratégique ou participent les directeurs d'établissements – Renforcement de la direction générale par l'embauche d'une directrice administrative – Communication interne et externe – Stratégie d'alliances inter-associatives et de participation aux différentes instances du dispositif départemental de la protection de l'enfance. Des commissions associatives de réflexion regroupent adhérents, administrateurs et cadres de directions... Certaines sont ouvertes aux salariés non cadres.

Nous retrouvons cette dynamique dans les titres d'éditoriaux du journal d'association « l'Ancre et le Plume » : « *Enfance et Famille se mobilise* » (janvier 2011, n°26), « *Pour une politique départementale ouverte et concertée – organiser les contre-pouvoirs* » (février 2012, n°29) - « *L'assemblée générale de l'association. Tous concernés* » (mai 2011, n°27) - « *Autour de nous le monde change et les associations doivent s'adapter* » (juin 2012, n°30).

Cette rhétorique vise à convaincre les salariés de l'urgence de la situation afin de recueillir leur adhésion envers les mesures structurelles et économiques en œuvre dans l'association. Ces mesures circonstanciées doivent répondre aux déficits croissants de certains établissements et à un environnement concurrentiel : « *Avec le système des appels d'offre, notre territoire n'est plus préservé, toute association peut s'installer et développer une activité*⁶² » rappelle le directeur général dans un éditorial du journal.

Revenons sur le propos de Michel Chauvière : « *A leur manière la décentralisation et la construction européenne ont facilité l'entrée en scène du secteur marchand [...] Mais aussi en généralisant la culture de la relation de services dans l'identification des activités comme au travers des procédures d'appel d'offres qui mettent en concurrence les différents opérateurs non-lucratifs et lucratifs dans la fiction de l'égalité des chances* »⁶³. Dans ce contexte, l'association Enfance et Famille, alliée pour la circonstance avec d'autres associations de la protection de l'enfance, de l'insertion, du médico-social avec le concours de la pédopsychiatrie au sein d'un groupement de coopération social, a perdu en 2011 un appel d'offre départemental concernant l'accueil d'adolescents en grande difficulté, au profit d'une association nationale et ce, malgré un projet original. Les mesures d'économie sont souvent

⁶² L'ancre et la plume, n°30-juin 2012, p1

⁶³ Michel CHAUVIERE, op cit, p10

évoquées en relation avec le service rendu aux usagers dans les discours des élus et des responsables associatifs à l'adresse des salariés : « *La loi de janvier 2002 [...] qui veut (re)mettre l'utilisateur au centre de l'action, apparaît ainsi comme une entreprise de révision à la baisse des coûts de l'action sociale pour la collectivité et de contrôle administratif renforcé des opérateurs dépendant des fonds publics.*⁶⁴

Michel Chauvière estime que la référence à l'utilisateur et à ses droits, légitime les politiques d'austérité : « *Mode de justification à toute épreuve, l'utilisateur sert notamment au principe anglo-saxon de « l'accountability » (rendre des comptes et faire des économies)*⁶⁵ ». Ce mode de management selon l'auteur participe au déclassement relatif des professions sociales.

L'association Enfance et Famille est donc soumise à une double injonction issue du contexte législatif et économique : réduire ses coûts de fonctionnement tout en diversifiant ses services dans un environnement devenu concurrentiel tout en améliorant et en rendant visible ses prestations. Cette injonction paradoxale risque de provoquer des tensions visibles ou invisibles sur le climat social et la santé des professionnels.

Revenons à la notion d'utilisateur que le législateur a consacré dans la loi du 2 janvier 2002: Sofia Bento-Rossignol considère que « *Le secteur social a longtemps joui d'une liberté de fonctionnement qui n'a pas favorisé la lisibilité de son action*⁶⁶ ». L'auteur estime nécessaire cette reconnaissance des droits de l'utilisateur, d'une part au terme d'une réflexion engagée contre l'assistanat, la substitution parentale et une vision négative et dévalorisée des familles en difficulté, de l'autre pour crédibiliser à nouveau le secteur social en rendant ses actions visibles.

L'utilisateur en tant que « *personne qui a recours à un service, en particulier à un service public*⁶⁷ » est défini par opposition au client. Ainsi Sofia Bento-rossignol rappelle « *Il ne faut pas voir dans le rapport entre la maison d'enfants à caractère social et l'utilisateur, un rapport contractuel classique de droit privé*⁶⁸ ».

⁶⁴ Michel CHAUVIERE. *Les professions du social : Compétences ou qualifications*.p9. Cersa.

⁶⁵ Ibid., p9

⁶⁶ Francis BATIFOULIER, Noël TOUYA. , 2008, S.BENTO-ROSSIGNOL, *Le paradoxe de l'environnement juridique des Mecs*, p15, in *Refonder les internats spécialisés*, Dunod

⁶⁷ Dictionnaire Larousse

⁶⁸ Sophia BENTO ROSSIGNOL, op cit., p21

Le paradoxe de l'aide contrainte est omniprésent dans les pratiques éducatives : si l'enfant et sa famille doivent être associés à l'élaboration de son projet personnalisé, ils peuvent ne pas adhérer à la décision de placement imposée dans un cadre judiciaire. Cette décision est davantage contractualisée dans un cadre administratif, cependant les avis peuvent être contradictoires ou partagés entre les membres de la famille. Ce paradoxe peut générer beaucoup de tensions chez les professionnels qui le vivent au quotidien. En effet, le lien entre l'enfant, sa famille et l'établissement ou le service social se situe davantage dans une relation et une pratique professionnelle que dans un contrat.

2.4. Incidences du contexte socio-économique et des changements sur les professionnels

Depuis les années 2000, les créations d'emplois pérennes sont limitées et s'opèrent davantage au moyen de mouvements internes. En 2005, la fusion absorption avec l'association « La providence » a permis la création d'un nouveau service et la diversification des modes d'accompagnement pour les établissements existants, par le transfert des budgets de la maison d'enfants. Un groupe d'enfants et des professionnels étaient rattachés au CSE Ville-Marine sans augmentation du taux d'encadrement. De fait, ce redéploiement a peu profité aux MECS de l'association qui s'avèrent très fragiles. Ce contexte économique génère des tensions sur le climat et le dialogue social entre administrateurs, directeurs et représentants du personnel. Un projet « d'équilibrage » et de redéploiement interne des deux MECS a rencontré une vive opposition de la part des salariés. Le secrétaire du comité d'entreprise démissionnait récemment. Ces tensions questionnent les modes d'association des professionnels aux projets structurels et l'écart entre les instances de décisions et les acteurs de terrain. Pourtant le dialogue social demeure nécessaire pour créer une politique de prévention durable. Sans nier ces difficultés, nous porterons notre attention sur l'influence des contraintes socio-économiques sur les situations de travail.

Résultats et analyse de l'enquête « La vie au travail »

Le lien à l'activité professionnelle : l'enquête révèle l'implication des salariés pour leur travail (40,6% sont enthousiastes et 36,5 motivés sans plus, par contre 13,5% sont démotivés). L'intérêt pour le travail, son contenu, représente le premier motif de satisfaction du travail

(67,7%). Cette motivation caractérise les professions sociales empruntes d'engagement humaniste et militant. Cependant cet investissement personnel peut fragiliser le professionnel, faute de reconnaissance et/ou quand les conditions d'exercice du métier provoquent des conflits éthiques.

52,1% estiment développer leurs compétences professionnelles dans leur emploi mais 11,5% sont d'avis contraire et 11,5% ont le sentiment de régresser. 20% n'envisagent aucune perspective d'évolution professionnelle contre 11,5% d'avis favorable.

Ces chiffres masquent de profondes disparités entre les catégories professionnelles : les perspectives de promotion ou d'évolution professionnelles sont faibles pour les travailleurs sociaux et les assistants familiaux, inexistantes pour les surveillants de nuit et les maîtresses de maison. Les réponses favorables sont plus faibles que dans les résultats globaux. Le pourcentage élevé des répondants âgés de plus de 50 ans influe de manière négative sur les résultats. Selon cette hypothèse, la question des fins de carrière se pose ainsi que la problématique des parcours professionnels et des positions intermédiaires. Le contexte social ne permet pas d'élaboration sur ces sujets, comme en témoigne le blocage des négociations de la CC66. La mobilité interne ou inter associative représente un axe de travail possible.

« *Avez-vous l'occasion de développer vos compétences professionnelles* » ? La proportion de réponses favorables est relativement faible pour les travailleurs sociaux (37,5%) et les maîtresses de maison (33,3%). Seuls les assistants familiaux (60%) qui bénéficient d'une dynamique de professionnalisation ont le sentiment de développer leurs compétences. Ces résultats nous interrogent. Devons-nous les mettre en lien avec la question des statuts professionnels ? Ou en relation avec la formation continue et des dynamiques de service ?

La charge de travail pour 36,5%, les rythmes de travail (19,8%), les risques pour la santé (14,6%), sont successivement les trois motifs d'insatisfaction énoncés globalement par les salariés : l'intensification du travail représente une donnée constante pour tous les secteurs économiques. De manière paradoxale, la réduction du temps de travail et la loi 2002-2 qui individualise le travail social avec les enfants et les familles, apportent une charge de travail supplémentaire sans compensation par des moyens humains. 20% des travailleurs sociaux se

disent en surcharge et se répartissent pour moitié entre les internats et le milieu ouvert. 50% des maîtresses de maison ressentent également une forte charge de travail.⁶⁹

Les insatisfactions au sujet des rythmes de travail⁷⁰ concernent essentiellement les éducateurs spécialisés et les surveillants de nuit qui travaillent dans les MECS. Ces professionnels, en raison de la mission des établissements, sont exposés à plusieurs facteurs de risque, en particulier les horaires de travail de nuit ou des horaires en équipes alternantes dont les cycles sont variables selon les jours et les semaines. Cette pénibilité avérée par la médecine du travail est renforcée par la faible mobilité des professionnels et l'absence de reconnaissance malgré les dispositions sur la pénibilité incluses dans la loi n° 2010-1330 portant sur la réforme des retraites.

Entretiens par catégories professionnelles

Madame A, éducatrice spécialisée : *« On est référent de 22 situations, ça consiste à faire le suivi global d'enfants placés en famille d'accueil pour lesquels on devait se soucier de leur bien-être et de tout ce qui est nécessaire à l'éducation d'un enfant, la sécurité, l'affection, l'éveil, les activités de loisirs, la scolarité et bien entendu une partie importante : les liens avec leur famille, l'organisation, les visites avec les familles. Les rapports au Juge, les suivis médico-sociaux..... [...] Les parents étaient souvent séparés, habitaient parfois loin, cela augmentait forcément la charge de travail d'être plus vigilant à l'accompagnement des parents »*. Madame A ressent le poids d'une lourde responsabilité, se dit tiraillée *« parce qu'il y avait ces deux missions qui n'étaient pas simples à accorder »* (la mission de protection des enfants et le soutien aux parents)...Elle travaille dans l'urgence, se sent débordée : *« Je travaillais tard, ça m'est arrivé de ramener des rapports à la maison car je n'arrivais pas à les faire sur le temps de travail »*.

Dans cette situation de travail, Madame A ne ressent pas de pressions particulières de la part du service ou de sa hiérarchie. Elle dispose d'une grande autonomie et se sent particulièrement impliquée dans son travail.

⁶⁹ Annexes2, enquêtes, p24.

⁷⁰ Annexe2, enquêtes, p18

La charge de travail importante, les responsabilités liées aux missions, les paradoxes de ces missions, peuvent amener un professionnel à privilégier l'action comme un mécanisme de défense et à s'isoler de ses collègues.

Madame B et Monsieur C, éducateurs spécialisés en milieu ouvert : « *Le turn-over, c'est-à-dire l'afflux de nouvelles situations qui entraîne plus d'investissements et comme ça s'arrête au bout d'un an, tout ce qui va avec, il faut se dépêcher [...] Pas dans l'urgence mais on n'a pas le temps de s'installer*⁷¹ ». La référence à la charge de travail et à l'intensification du travail est bien présente dans le discours de Madame A.

Ce professionnel ressent actuellement de l'insatisfaction et de l'inconfort dans son travail en relation avec sa charge de travail mais aussi par rapport au temps : le temps du travail social, de l'appropriation, de la relation, n'est pas le même que le temps administratif. Chaque travailleur social en milieu ouvert suit trente mesures administratives ou judiciaires. Monsieur B évoque la charge psychique, le sentiment de responsabilité et d'impuissance quand un enfant suivi dans le cadre d'une mesure d'AEMO ne peut être retiré de sa famille où il est en danger, faute de places dans le dispositif d'accueil. Le manque de places en MECS, en ITEP, dans le dispositif d'urgence, en accueil familial est chronique en Loire-Atlantique.

Les éducateurs spécialisés en MECS s'interrogent, lors de l'entretien, sur le sens de leurs pratiques professionnelles et observent l'évolution de ces pratiques depuis leur début dans la profession : le passage de l'accompagnement d'un groupe d'enfants à l'accompagnement plus individualisé. Si le regard n'est pas nostalgique, tous deux sont insatisfaits et s'accordent pour que le travail éducatif en internat continue d'évoluer et d'innover.

Madame D, éducatrice au Centre d'Accueil et d'observation, évoque les situations de violence provoquées par l'admission d'enfants dont l'orientation en ITEP ou en IME bien que prescrites n'est pas effective. L'établissement n'a pas les moyens humains pour proposer des activités éducatives et thérapeutiques en journée, ce n'est pas sa mission.

Madame R, Assistante familiale, évoque la situation d'un enfant placé à son domicile : « *La situation dont je voulais te parler, c'était autour de la prise en charge d'un jeune de 14 ans, en voie de déscolarisation, et qui au cours d'une année de sixième a passé beaucoup de temps à la maison du fait des exclusions liées à son comportement [...] Ce que*

⁷¹ Annexes 6, hors mémoire, p91.

j'ai vécu plus difficilement, c'est l'envahissement professionnel lié à la prise en charge d'un jeune qu'il faut porter, moi ça a été compliqué [...] Je parlais de ce jeune qui relève du médico-social et pas de perspectives d'orientation immédiate [...] Communiquer sur cette difficulté-là a permis de faire avancer une réflexion sur la mise en place du DIAPPA, des possibilités de travailler avec l'atelier de remobilisation, il y'a eu des propositions d'accueil du jeune au service à la journée pour des menus travaux ; ça ce sont des choses un peu nouvelles...Il est occupé au moins trois jours, complètement sur l'extérieur, et le jeune en question est sacrément mieux. On ne peut pas dire que tout est réglé mais quand on lui pose la question il dit : je vais à l'ITEP alors qu'avant ; tu fais quoi ? Je ne fais rien ! »⁷².

Madame R fait référence au dispositif expérimental DIAPPA (Démarche inter associative d'un projet personnalisé et d'accompagnement) initié en 2011 par des associations de protection de l'enfance et une association du médico-social avec le soutien du Conseil Général et de l'Agence régionale de Santé. Cette démarche pragmatique vise à associer des intervenants de chaque secteur autour des prises en charge croisées d'enfants et d'adolescents.

Cet exemple illustre l'influence du contexte législatif et socio-économique sur des situations et des pratiques de travail. Madame R insiste sur la nécessité pour les assistants familiaux de communiquer professionnellement sur leurs limites et leurs difficultés afin de provoquer une réflexion et une action collective. A défaut, le risque d'isolement inhérent à ce métier peut accentuer la souffrance au travail chez le professionnel et provoquer des ruptures professionnelles pour raison de santé. Nous pensons que ce constat est généralisable aux autres travailleurs sociaux.

Selon C. Dejours, la souffrance au travail est inhérente au travail lui-même mais elle peut se transformer de manière positive dans une démarche créative et constructive. Dans cette optique, l'influence et les ressources de l'environnement de travail sont déterminantes.

2.5. Tableaux synthétiques

Les deux tableaux suivants synthétisent les informations principales du chapitre « Contexte socio-économique et des changements ». Le tableau 1 présente les « forces et les

⁷² Annexes 6, p84.

faiblesses » de l'association Enfance et famille. Le second tableau récapitule les contraintes et les ressources citées dans ce chapitre, ainsi que les régulations déjà en œuvre. Ces tableaux servent de repères dans la démarche de recherche, ils ne présentent pas un document achevé.

L'association Enfance et Famille : Contraintes / Ressources – Tableau 1

Domaines d'influences	Contraintes Points de vigilance	Ressources
L'association Histoire Développement	Nombre d'adhérents Dépendance financière Projets d'établissement et évolution des pratiques dans un cadre contraint Parc immobilier inadapté Déficit structurel des MECS Management RH Secteur concurrentiel Modes d'association des professionnels	Implantation locale forte Effectifs salariés Travail et expertise reconnue Professionnalisation Engagement partenarial Démarches de projets
Législation Loi 2002-2 Loi 2007	Appels d'offres Diversification prestations Evolutions des pratiques Pratiques paradoxales Intensification du travail	Stratégie d'alliance et de coopération. Diversification des prestations en cours
Contexte social	Crise du secteur industriel et de l'emploi sur le territoire Caractéristiques des publics accompagnés Demande sociale en hausse Phénomènes d'exclusion	Projets d'établissements et évolution des pratiques Professionnelles dans un cadre contraint Formation, professionnalisation Prévention, santé des professionnels

Enquêtes et entretiens : Contraintes ressources régulations – Tableau 2

Contraintes	Ressources	Régulations
Disparités de l'investissement selon les statuts professionnels Evolutions de carrières Gestion des fins de carrières Développement des connaissances (WS –SN – MM) Charge de travail Rythmes de travail Intensification du travail Evolution du travail social, paradoxes Milieu ouvert – MECS Charge psychique Enfants, adolescents, en exclusion scolaire (ITEP- IME) Isolement des professionnels (Assistants familiaux)	Forte implication Professionnalisation des Assistants familiaux Dispositif inter-associatif DIAPPA Communication	Statuts professionnels Formation Formation continue Ateliers de remobilisation Accueil de jour Collectifs - Réseaux

Chapitre 3 : Le Contexte des relations professionnelles **et des relations à l'occasion du travail**

Anact – Guide méthodologique : *Le contexte des relations professionnelles et des relations à l'occasion du travail constitue un élément déterminant de la relation, voire des tensions entre les salariés et l'établissement. Il s'agit des relations entre collègues (possibilités de travail collectif, de coopération, de soutien social), des relations à l'encadrement (taux d'encadrement, rôle attribué à l'encadrement, formes de soutien, formes de contrôle, etc.), des relations au public, usagers et bénéficiaires, des relations aux représentants du personnel et syndicaux*⁷³.

3.1. Relations professionnelles

Résultats de l'enquête la vie au travail ⁷⁴ :

L'ambiance entre collègues est un motif de satisfaction (44%) ainsi que la reconnaissance du travail par les collègues directs à une large majorité (85,7%) mais cette reconnaissance est inexistante pour 14,3% des répondants. 7,8% font état de pressions psychologiques de la part de collègues et 10,2% ont envisagé de démissionner, 18,2% souhaitent changer de site ou d'établissement en raison de l'ambiance au travail.

53,3% des répondants considèrent que leurs supérieurs hiérarchiques directs sont des personnes ressources mais pour 20,0% ceux-ci n'apportent pas de soutien particulier bien que les professionnels expriment des demandes et des besoins. Nous avons précisé ces résultats dans l'analyse par catégorie professionnelle.

Analyse par catégorie professionnelle : reconnaissance et soutien par les collègues ⁷⁵ :

L'analyse par catégorie professionnelle indique des variations : la reconnaissance est la plus forte pour les surveillants de nuit (83,3%). L'exercice de cet emploi est solitaire. Le surveillant de nuit est sensible en retour à la qualité des relations avec ses collègues. La

⁷³ ARACT, CHORUM, CIDES, op cit, p12

⁷⁴ Annexes 4 hors mémoire, p13.

⁷⁵ Annexes 5, p28.

reconnaissance et le soutien des collègues sont satisfaisant pour 66,6% des maitresses de maison. Le sentiment d'isolement ou de non-reconnaissance est un facteur de risques important pour un surveillant de nuit ou une maîtresse de maison.

Les pourcentages correspondent à l'enquête globale pour les travailleurs sociaux, cependant des variations existent entre établissements : si la coopération est excellente chez les travailleurs sociaux en milieu ouvert, l'enquête révèle des tensions, quoique minoritaires, dans les MECS.

20% des assistants familiaux ne ressentent pas de soutien et de reconnaissance par leurs collègues. Ce pourcentage supérieur à la moyenne indiquerait un risque d'isolement de ces professionnels malgré le dispositif de l'établissement.

Reconnaissance et soutien par la hiérarchie⁷⁶ :

Les variations sont importantes suivant les catégories professionnelles : la proportion de travailleurs sociaux qui estiment cette reconnaissance inexistante s'élève à 29,1%, dévalorisante pour 6,2%. Les professionnels qui expriment ce sentiment travaillent majoritairement en internat, mais cet avis est partagé par le milieu ouvert.

Les surveillants de nuit (40%) et les maîtresses de maison (50%) estiment ne pas être reconnus et soutenus par la hiérarchie. Ce ressenti négatif serait lié au statut professionnel.

Ces deux emplois appartiennent aux services généraux bien que les fiches de postes mentionnent des fonctions éducatives. Dans l'enquête globale, 29,1% des répondants estiment que leur statut n'est pas satisfaisant.

Les assistants familiaux s'estiment en majorité soutenus et reconnus par leur hiérarchie, 13,3% trouvent ce soutien inexistant.

Les pourcentages minoritaires de salariés nous intéressent dans cette étude autant que les tendances majoritaires. En effet, si ces salariés cumulent d'autres facteurs de risques comme nous le constatons, ils sont particulièrement vulnérables et sujets à la souffrance au travail.

⁷⁶ Annexes 5, p 29.

3.2. Insécurité et violence.

Définition de la violence par le bureau international du travail : « Toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail »⁷⁷.

Le psychiatre Bernard Jolivet propose la définition suivante : « Dans le cadre du travail, la violence est l'usage délibéré ou non de la force physique ou morale, directement ou indirectement, contre une personne ou un groupe, menaçant l'intégrité physique et/ou psychique de la ou des personnes »⁷⁸.

Définition de l'insécurité⁷⁹ : « Sentiment de vivre dans un environnement physique ou social favorisant les atteintes aux personnes ou aux biens ».

Résultats de l'enquête : « La vie au travail ».

Les contacts avec les résidents sont un motif de satisfaction pour 24,5% des répondants. Si 47,5% s'estiment en sécurité sur leurs lieux de travail, 51,1% se sentent parfois en danger et 3,3% sont toujours en insécurité.

44,9% ont subi des agressions verbales et 29,2% des agressions physiques lors de leur travail depuis leur embauche. Le sentiment d'insécurité dans l'association se fonde sur des violences réelles vécues dans le travail.

La violence peut exister en interne, au sein des relations de travail entre collègues ou avec la hiérarchie : 5,6% estiment être victimes de pressions psychologiques par des collègues et 23,3% par la hiérarchie. Nous ne traiterons pas ce sujet, faute d'éléments suffisants dans les enquêtes, les entretiens ou les autres documents consultés. Cependant l'employeur et les représentants du personnel doivent être vigilants face à ces violences et prévoir des lieux de résolution des conflits.

Le sentiment d'insécurité est prioritairement ressenti par les travailleurs sociaux à 70,8%. Ce sentiment d'insécurité n'est pas spécifique aux MECS, il est partagé dans une moindre mesure par les professionnels du milieu ouvert: 42,2% en milieu ouvert et 84,4% en internat.

⁷⁷ Christophe DEJOURS, Conjuré la violence, p12, Payot, 2011

⁷⁸ Ibid, p12

⁷⁹ Définition : Petit Larousse

4,1% des travailleurs sociaux s'estiment toujours en insécurité. Nous pouvons considérer ces personnes en grande difficulté pour tenir leur emploi.

Les assistants familiaux ressentent moins cette insécurité, sans doute en lien avec le lieu privé d'exercice de leur activité, mais 33,3% se sentent parfois en danger. La professionnalisation du métier peut accentuer ce phénomène en relation avec l'évolution des problématiques des enfants placés dans ce secteur.

Les surveillants de nuit et les maîtresses de maison sont partagés en deux groupes. Est-ce l'âge du public qui participe à ce clivage ou, comme pour d'autres professionnels, le souvenir persistant d'événements traumatiques ? 16,6% des maîtresses de maison sont en grande insécurité. Le sentiment d'insécurité pour les surveillants de nuit est moins prégnant que nous pouvions le supposer. L'insécurité est-elle banalisée dans cette profession ?

Nous observons que les cadres ressentent aussi ce sentiment d'insécurité pour 60% des répondants.

Dans l'association Enfance et famille, 51,1% des répondants de l'enquête constatent un effet négatif du travail sur leur santé mais les questions sont globales et ne permettent pas de faire un lien direct entre le sentiment d'insécurité, l'exposition à la violence des usagers et les atteintes sur la santé. Les enquêtes nationales ont mises en évidence ce facteur de risques.

Ce sentiment d'insécurité n'est pas spécifique à l'association Enfance et famille : l'enquête en 2001 du Conseil supérieur du travail social auprès de 20 000 travailleurs sociaux fait apparaître un fort consensus sur les violences subies par les travailleurs sociaux dans leur travail : *« 90% des répondants ressentent une certaine insécurité dans leur travail mais 56% n'éprouvent jamais cette insécurité. Le non-accomplissement satisfaisant de la mission (sentiment d'impuissance et de culpabilité) et le sentiment d'insécurité sont les deux éléments jugés insupportables par les travailleurs sociaux »*. Selon Brigitte Bouquet⁸⁰ qui commente les résultats de l'enquête : *« Les provocations, les injures et les menaces verbales font partie du quotidien et constituent des signaux d'alarme de manifestations violentes plus importantes....Ces violences « froides » ne sont pas visibles mais laissent des traces émotionnelles et psychiques chez les travailleurs sociaux [...] Plus de 40% d'entre eux*

⁸⁰ Brigitte BOUQUET. *Violence, Emploi et Santé chez les travailleurs sociaux*, p148, in C. DEJOURS, *Conjurer la violence*, Payot, 2011.

déclarent avoir des troubles du sommeil, ou des troubles du caractère pour 13%, l'enquête révèle une surconsommation de psychotropes et de tabac ainsi qu'une très grande anxiété et des dépressions larvées ».

C. Dejours dans le livre *Conjurer la Violence* issu du travail, de la commission thématique « *Violence, emploi, travail, santé* » réunie sous sa présidence en 2005, considère que la violence est sociale et que ses incidences se généralisent à toutes les activités de service et au secteur public. Les violences commises par les adolescents et les jeunes gens s'observent surtout dans les zones sinistrées par le chômage et par une forte précarité.

Le chômage des parents entraîne des conséquences sur leur santé mais également sur le développement psychologique des enfants : « *De nombreux adolescents et jeunes gens dont les parents n'ont jamais connu d'emplois stables se sont organisés mentalement et socialement pour pouvoir endurer cette condition, de telle façon que s'est formée avec eux une culture dépourvue de référence aux valeurs du travail, et rétive à toute allusion au travail comme médiateur d'accomplissement de soi ou d'émancipation* ⁸¹ ».

Les valeurs de ces jeunes s'opposent aux symboles et à la culture ouvrière de leurs parents. Ils vandalisent divers objets symboliques dont les voitures, des lieux d'habitat ou des espaces publics comme les écoles. Le personnel des services publics, dont les travailleurs sociaux, représentent une cible facile par leur proximité géographique et sociale, en étant assimilés par eux à des représentants de maintien de l'ordre social. L'école devient un lieu d'affrontement privilégié.

Il est nécessaire de resituer la violence des usagers dans une dimension sociale avant d'aller plus loin dans la dimension clinique et les problématiques spécifiques des enfants accueillis dans le cadre de la protection de l'enfance. Ce cadre, malgré les dernières dispositions législatives, se définit en partie par ses contraintes et génère ou provoque selon les modes d'accompagnements une certaine violence.

⁸¹ Cristophe DEJOURS, 2011, *Conjurer la violence, travail violence et santé*, Paris, petite bibliothèque Payot, p39

3.3. Paroles et Situations de travail

Madame B : *« Pour moi le plus dur dans mon boulot c'est la violence !...Ça me fait du mal, que ce soit la violence physique mais aussi verbale [...] la période était explosive avec environ la moitié avec des profils ITEP ou IME, d'une extrême violence [...] Dans la voiture il a commencé à m'insulter, c'est parti de rien, je lui ai posé des questions, ça a été « ta gueule connasse » et j'avais une heure de route, il a commencé à me donner des coups dans le dos dans la voiture et c'est monté, c'est monté, on a failli avoir un accident de voiture et je me suis arrêtée sur une aire d'autoroute et il a commencé à me frapper et j'étais seule ».*

Madame B explique le contexte de la situation de travail qui se déroule pendant les vacances à une période où, du fait des congés d'été, il y'a beaucoup de turn-over dans l'équipe, avec un afflux d'enfants en grandes difficultés. Nous sommes dans le cadre de l'accueil d'urgence qui représente la mission de l'établissement. L'activité est conséquente et les places vacantes sont très rapidement occupées, quelle que soit la période. Nous percevons les contraintes du contexte socio-économique qui influenceront la situation de travail, en l'occurrence l'obligation d'accueil, la situation de pénurie de places d'accueil en urgence dans le département et le manque de places en ITEP.

« On m'a proposé une supervision, je n'ai pas souhaitée [...] La psychologue du service est très à l'écoute des salariés et j'ai lâché tout ce que j'avais dans son bureau et ça m'a fait certainement du bien [...] à aucun moment j'ai ressenti de remise en cause de mes compétences, là l'ensemble de l'équipe avait les mêmes observations et les difficultés étaient partagées, j'étais soutenue par la direction, tout le monde était démuni, je ne me suis pas sentie seule...Ca a été une période douloureuse mais qu'on a vécu en équipe ».

Revenons sur les ressources du contexte des relations professionnelles. Dans cette situation, elles ont été déterminantes pour atténuer le traumatisme de la violence : en premier lieu la disponibilité d'un professionnel ressource, la psychologue du service qui permet à l'éducatrice de « décharger » ses affects, ensuite une direction qui n'est pas jugeante et soutient le professionnel, enfin la reconnaissance des pairs, eux-mêmes confrontés à des difficultés semblables et qui, face à des tensions pour réaliser leur travail, ont su développer des solidarités plutôt que se déchirer ou désigner parmi eux un « bouc-émissaire ».

Dans l'entretien, nous apprenons que l'équipe a pris position pour signifier à la direction son refus d'accompagner cet enfant dans les mêmes conditions que celles évoquées précédemment. Le droit de retrait d'un salarié qui estime qu'une situation de travail est trop dangereuse, lui permet, sous conditions, de suspendre son activité de travail. Il n'a pas été utilisé par les professionnels dans cette situation. Souvent dans ces situations limites de violence, la capacité d'une équipe à communiquer entre ses membres et à alerter la direction sur ses difficultés est déterminante et permet de dynamiser la crise.

Le refus de l'éducatrice de participer à des séances de supervision individuelle nous interroge. Nous estimons que deux conceptions de la supervision s'opposent : la supervision prescrite sur le modèle de la « cellule d'urgence » en relation avec les travaux scientifiques de l'impact sur la santé du stress post traumatique et les pratiques de supervision individuelle utilisées par les professionnels de l'action sociale pour analyser et comprendre des situations professionnelles. L'une n'exclut pas l'autre, nous aborderons ce débat dans la quatrième partie.

Le témoignage de cette collègue concernant d'autres situations de travail antérieures nous intéresse car il met à jour un aspect d'une culture de métier basée sur l'autoritarisme, un certain machisme et le déni des affects révélé par des propos de collègues plus âgés ou de cadres : « Il faut que tu te blindes !... ». Les épisodes de violence sont exprimées comme une phase d'initiation inévitable, inhérentes au métier, ou induites par le manque d'autorité de l'éducateur inexpérimenté qui doit s'endurcir et réprimer ses affects. Ce mode de pensée banalise la violence et bloque toute représentation de la situation groupale ou individuelle des enfants, il peut incarner à l'extrême une forme de maltraitance envers les enfants et les professionnels. Madame B considère qu'elle utilise sa sensibilité et ses affects comme outils de travail, aidée en cela par des approfondissements théoriques élaborés en formation continue et par un cadre de travail collectif soutenant. En ce sens, la violence verbale ou physique, l'insécurité qu'elle provoque, est un défi pour les pratiques éducatives et les organisations et non une fatalité.

La situation de travail relaté par madame B ne nous permet pas d'explorer plus avant les contraintes organisationnelles mais des questions demeurent sur les conditions d'admission des enfants en partenariat avec l'aide sociale à l'enfance et le secteur de pédopsychiatrie.

Les deux situations de travail évoquées concernent des enfants et des adolescents relevant à la fois du dispositif de Protection de l'Enfance et du secteur médico-social. Imputer les

phénomènes de violence à ces derniers serait un raccourci bien rapide. La question de l'évolution et des caractéristiques des enfants accueillis dans les MECS de l'association se pose pourtant et participe à notre questionnement. Cette évolution peut induire des tensions entre les exigences des salariés en termes de qualité de travail, de charge de travail et de santé avec les objectifs et les exigences de l'organisation soumis à la pression de leurs financeurs. Nous examinerons ce sujet dans le chapitre suivant.

3.4 Tableau synthétique

Relations professionnelles et relations au travail : Tableau 3

Domaines d'influences	Ressources	Contraintes
Soutien social au travail	Ambiance entre collègues Reconnaissance au travail	Disparités établissement/emplois Isolement possible : AF- SN – MM Vigilance : % minoritaire
Reconnaissance et soutien par la hiérarchie	Majoritairement favorable	Contraintes organisationnelles MECS/ Urgence Statuts : SN – MM Vigilance : % minoritaire
Insécurité – Violences externes	Soutien hiérarchie Soutien collectif de travail Professionnels ressources Supervisions/régulations	70,8% des travailleurs sociaux MECS – Accueils d'urgence Public : Troubles psychiques importants Dispositif d'accueil peu adapté Risques pour la santé Souffrances au travail

Chapitre 4 : Objectifs et exigences de l'organisation

« Il s'agit du cadre de travail défini par la direction, l'encadrement et en partie par les autorités de tutelle de ces établissements. Plus précisément ces objectifs prennent corps dans l'organisation du travail (la répartition du travail entre les différentes fonctions, temps de travail, charge de travail, travail attendu, exigences dans la réalisation du service, démarches qualité, quantité, etc...), la gestion des ressources humaines et le management (formes d'emploi, rémunération, formation, parcours professionnels, évaluation, etc...), l'environnement de travail (espaces de travail, moyens de communication, outils informatiques...) ⁸²».

Les associations de protection de l'enfance exercent leurs activités dans un cadre institutionnel très réglementé. Les établissements sont habilités par le ministère de la justice et agréés par l'Aide Sociale à l'Enfance pour une période de cinq ans. La demande d'agrément et d'habilitations intègre le projet associatif, les projets d'établissements et les règlements de fonctionnement en relation avec les modes d'accueil et d'accompagnement ainsi que les organigrammes. Les missions des services et établissements sont donc définies très précisément dans ce cadre réglementaire. L'association ne peut créer de postes sans l'accord de son financeur principal, le Conseil Général. La procédure budgétaire tient compte de l'activité et des prix de journée. Globalement les budgets sont reconduits sans augmentations notables et sans crédits nouveaux et ne compensent pas systématiquement les mesures conventionnelles. Les missions, l'organisation du travail et l'activité s'appréhendent dans ce cadre contraint.

Nous ne détaillerons pas dans ce chapitre les modes d'organisation et de management de chaque service. Le lecteur peut se référer à la présentation des services et établissements figurant dans l'annexe. Nous présenterons l'organisation de la gestion des ressources humaines dans l'association ainsi que des thèmes transversaux aux établissements, sources de tension révélées par l'enquête. Enfin nous présenterons une situation de travail issue des entretiens afin d'illustrer les tensions entre les objectifs et exigences des salariés et de l'organisation.

⁸² ARACT, CHORUM, CIDES, op cit, p12

4.1. Fonction et Gestion des ressources humaines

Le règlement général de fonctionnement spécifie que l'association est l'unique employeur, la direction générale au service de l'association garantit le droit des salariés.

La Direction Générale dans sa fonction ressource humaine « *met en place l'accompagnement de ses cadres dans leur fonction de gestion des ressources humaines. La DG est responsable de la mise en œuvre de toutes les obligations légales en matière du droit du travail et relatives à la fonction employeur. La DG assure le dialogue avec les partenaires sociaux et les instances représentatives du personnel* ⁸³ ». Le directeur général préside le Comité d'entreprise et le CHS-CT, il reçoit les délégués du personnel et participe à la négociation annuelle et au comité de suivi ARTT⁸⁴.

La direction générale centralise les procédures de recrutement, les contrats de travail, la paie. Elle suit et constitue les dossiers de GRH (Organisation des élections professionnelles, bilan social, Rapport annuel CHS-CT, heures de délégation).

L'assistante de direction est responsable, entre autres fonctions, de la production du bilan social et « *assure un rôle de conseil technique auprès des directeurs dans leur fonction de gestion du personnel, notamment en gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* ⁸⁵ ».

Le conseil de direction, composé du directeur général et des directeurs d'établissements et services, représente « *l'instance de pilotage privilégié de la direction générale en termes de gestion administrative, gestion financière et gestion des ressources humaines* ⁸⁶ ».

Le directeur d'établissement est « *responsable de l'ensemble du personnel de l'établissement ou du service qu'il dirige. Il sélectionne le personnel à recruter et propose la candidature à l'embauche [...] il est le garant de l'exécution du contrat de travail dans le respect des données conventionnelles, des accords d'entreprise et de la législation sociale* ⁸⁷ ».

⁸³ Règlement général de fonctionnement, p7.

⁸⁴ Accord réduction du temps de travail (ARTT)

⁸⁵ Ibid, p20.

⁸⁶ Ibid,p8.

⁸⁷ Ibid, p16

Les fonctions de chef de service n'apparaissent pas dans le règlement général, elles sont définies par les fiches de postes spécifiques à chaque établissement. Dans la fiche de poste de l'Accueil Familial, le chef de service encadre, anime et conduit l'équipe. Il développe les compétences individuelles et collectives.

Le management stratégique est centralisé et personnalisé, sous la responsabilité du directeur général, assisté de manière collégiale par les directeurs et les administrateurs. Le management opérationnel des ressources humaines est réalisé auprès des équipes par leurs supérieurs hiérarchiques, chefs de services et directeurs, suivant un modèle en « râteau » où chaque dent correspond à une activité et à un territoire.

L'association n'a pas créé de poste de direction des ressources humaines, aussi les fonctions RH vont s'intégrer dans une conception administrative et financière préexistante. Cette difficulté est inhérente aux associations de taille moyenne pour des raisons de « taille critique ».

Cependant la législation du travail et les obligations de l'employeur se complexifient, aussi ces fonctions sont partagées entre agents administratifs et cadres de direction. Le déficit de coordination ou de stratégie d'ensemble peut amener un effet d'empilement des différents accords et dispositifs dont les procédures et les évaluations se diluent. Une secrétaire de la DG suit actuellement une formation pour prendre les fonctions d'assistant(e) RH.

Prenons l'exemple de la formation continue : le directeur général est responsable du plan de formation. Un directeur d'établissement, par délégation, suit le plan de formation assisté par un agent administratif qui s'est spécialisé et réalise le travail administratif. Cet agent participe aux différentes phases d'élaboration du plan et aux recherches de financement complémentaires en relation avec la commission formation du comité d'entreprise et le conseil de direction. Ce mode d'organisation, tout en remplissant sa mission, peine à articuler tous les objectifs et les enjeux d'un plan de formation.

Les modes d'organisation et de participation sont spécifiques à chaque établissement selon son histoire, sa mission et les sensibilités des directions. Cette organisation traditionnelle au secteur de la protection de l'enfance présente des avantages mais génère des tensions, en particulier sur les complémentarités entre établissements et les politiques transversales associatives.

Nous observons que chaque établissement, en fonction de son assujettissement à l'obligation d'emploi de travailleurs en situation de handicap, mène de manière singulière sa stratégie d'emploi. La DG centralise et effectue les démarches de reclassement et de maintien dans l'emploi.

Chaque salarié dispose d'une fiche de poste par métier. Ces fiches de postes sont élaborées par chaque établissement et service en concertation avec les professionnels.

Nous poursuivons notre enquête sur les organisations de travail et ses incidences sur les conditions de travail et sur la santé des professionnels, par l'étude du rapport annuel au comité d'entreprise.

4.2. Le rapport annuel au comité d'entreprise

Le code du travail prévoit de manière très large que le CE a pour objet d'assurer une expression collective des salariés, permettant la prise en compte permanente de leurs intérêts dans les décisions relatives à la gestion et à l'évolution économique et financière de l'entreprise, à l'organisation du travail, à la formation professionnelle et aux techniques de production (C.trav, art. L.2323-1).

Le rapport annuel unique est un document écrit établi tous les ans par l'employeur dans les entreprises de moins de 300 salariés. Ce rapport regroupe un certain nombre d'informations et de documents à caractère économique, social et financier sur lequel le CE doit être consulté (C. trav, art. L. 2323-47).

Nous rechercherons dans le rapport annuel 2011 les informations sur l'organisation du travail, qui ont des incidences sur la santé. Les informations concernant la santé seront étudiées dans la quatrième partie.

L'activité :

Les informations du rapport annuel concernant l'activité des services sont sommaires et quantitatives. Aussi nous nous référons aux rapports d'activité des établissements inclus dans le document de l'Assemblée générale de l'association.

L'activité est importante pour tous les établissements. Les différences entre le taux d'occupation réel et les journées budgétées sont minimales. Cette forte activité a des incidences sur le fonctionnement des services et la charge de travail des professionnels.

Parmi les jeunes présents à l'AF en 2011, *«16% relèvent de l'enseignement spécialisé ou adapté⁸⁸»*. Ce pourcentage est nettement plus important que le ratio régional (6,4%) et l'établissement ne peut répondre aux besoins repérés d'accueil de jeunes par les délégations de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Les causes de placements à l'AF sont successivement : *« l'instabilité, la marginalité, l'incarcération des parents – la souffrance de l'enfant – les conflits de couple – les troubles psychopathologiques ou éducatifs graves. »* Le nombre de jeunes présentant des troubles psychiques augmente (26% à l'AF en 2011). L'évolution des publics et la professionnalisation des assistants familiaux ont des incidences sur le travail des professionnels et sur l'organisation : *« A l'Accueil Familial, de vraies questions se posent sur le nombre d'assistants familiaux nécessaires à la réalisation de l'activité : les droits aux congés, la complexité des situations, les évolutions réglementaires, mais aussi celles des mentalités et des modes de vie qui impliquent plus de relais, des modes de prise en charge toujours plus souples et diversifiés. »⁸⁹*

Dans ce rapport d'activité, le directeur de l'Accueil Familial constate les difficultés professionnelles des assistants familiaux. Un groupe de travail sur les RPS est instauré en 2011 : *« Pour pallier à ces différents risques (RPS), le service a dû mettre en place des dispositifs spécifiques, soit à travers des relais périodiques, soit à travers un accueil à deux assistants familiaux pour les situations les plus lourdes. »*

Au Centre d'Accueil et d'Observation, le taux d'occupation décompté comme dans une MECS, ne reflète pas la mission de l'établissement : la durée de placement des enfants augmente en raison de la saturation du dispositif d'accueil et le nombre d'enfants accueillis dans l'année baisse. La pression des organismes de tutelle s'exerce sur le financement par le truchement de l'activité. L'évaluation de l'activité par la simple mesure des taux d'occupation et du nombre de journées réalisées ne rend pas compte du travail réel et de la complexité des situations.

⁸⁸ AG, 21 juin 2011, Rapport d'activité 2001- Accueil familial, p3

⁸⁹ Document AG 2012, Rapport d'activités accueil familial 2011

Dans le bilan du SEMO, la directrice constate que la durée des mesures diminue : « *Le rapport au temps se restreint. Il convient donc de continuer à apporter une qualité de service mais sur un temps plus court [...] Ceci à des incidences sur l'organisation du service. Il y a lieu d'objectiver les évolutions et le temps nécessaire pour réaliser des tâches incontournables*⁹⁰ ».

Cette préoccupation était évoquée lors d'un entretien avec un travailleur social du service. Un des objectifs du Pôle Milieu-Ouvert vise à retravailler les organisations en mutualisant des moyens en personnel, en locaux et en matériel. Un groupe qualité interne travaille sur ce sujet en relation avec la direction générale.

Evolution de l'emploi et des compétences :

Les établissements privilégient le recrutement de salariés qualifiés. Les deux emplois principaux dans le « cœur de métier » de l'association sont éducateur spécialisé et assistant familial. L'association ne recrute pas d'AMP et les moniteurs éducateurs accèdent à la qualification d'ES par la VAE⁹¹.

Le recours aux contrats à durée déterminée est toujours important. Il a doublé depuis 2009 et se partage principalement entre les remplacements de congés (37% des CDD, 38% du nombre de jours) et les remplacements des arrêts maladie (25% des CDD, 36% du nombre de jours). La sécurité et la prévention de ces professionnels apparaissent aléatoires, comme l'indique le groupe de travail sur la RSE.⁹²

Turn over :

Le nombre de CDI prenant fin est significatif : « *Plus de départs en retraite, plus de démissions, plus de ruptures conventionnelles et plus d'inaptitudes. L'analyse à faire est complexe et demande à être approfondie en fonction des nombreux paramètres*⁹³ ».

Nous reviendrons sur ces données dans le chapitre sur la santé.

⁹⁰ Ibid., p6.

⁹¹ VAE : validation de l'expérience.

⁹² Groupe de travail sur la responsabilité sociale et environnementale, Compte rendu, 15 juin 2012.

⁹³ Rapport annuel au comité d'entreprise, p1, 2011.

Mobilité interne :

Bien que 17 CDI aient été réalisés en 2011, uniquement deux recrutements ont fait l'objet de mutations internes. Ces données sont à mettre en relation avec l'enquête : 20% des répondants ne voient aucune perspective d'évolution professionnelle contre 12,6% d'opinions favorables (question 39). Afin de favoriser la mobilité interne et prévenir l'usure professionnelle, le règlement général de fonctionnement spécifie que « *Chaque directeur de service veillera à favoriser une mixité d'équipe entre personnel venant des établissements de l'association et candidatures externes*⁹⁴ ». La procédure prévoit l'affichage des offres d'emploi dans les services et la possibilité de réaliser des stages en interne pour les salariés présents dans une même structure pendant sept ans. D'autres dispositions similaires figuraient en externe dans une charte inter associative, aujourd'hui non opérationnelle. Nous constatons l'existence de ces dispositifs et la difficulté à les maintenir opérationnels dans le temps.

Evaluation des accords d'entreprise :

Le rapport annuel en 2011 intègre un suivi des accords d'entreprise et des plans d'actions concertées : le plan d'action concertée relatif à l'emploi des seniors, l'accord d'entreprise sur les entretiens professionnels, le plan d'action concertée relatif à l'égalité professionnelle hommes/ femmes. Ces compléments d'information facilitent l'évaluation des accords et permettent aux représentants du personnel de questionner ces sujets. Nous retenons les informations suivantes : le taux d'emploi des salariés de 55 ans et plus se stabilise à 25,38% et concerne 66 salariés sur un effectif total de 278 salariés. 7 entretiens professionnels sont réalisés sur un prévisionnel de 26 entretiens dont trois concernent des salariés âgés de 50 ans et plus. 7 salariés de plus de 50 ans ont des fonctions de tutorat et sont répartis sur l'ensemble des services. 2 DIF⁹⁵ sur 9 concernent des salariés de plus de 50 ans. Aucune mesure en faveur de l'aménagement des fins de carrière (+55 ans) n'a été réalisée.

⁹⁴ Enfance et famille, Règlement Général de fonctionnement, p23.

⁹⁵ Droit individuel à la formation.

Pyramide des Ages :

La pyramide des âges des salariés de l'association est élevée. La moyenne est de 46,87 ans (voir annexe). Cependant ces données globales sont insuffisantes pour mener une politique de prévention ou de GPEC. Nous avons sollicité la DG afin d'obtenir la pyramide des âges par catégorie professionnelle au 31/12/2010 : la moyenne d'âge des assistants familiaux est la plus élevée (50,53 ans), elle s'explique par l'entrée tardive dans la profession mais a pour conséquence une politique de recrutement et de professionnalisation constante.

La moyenne d'âge des services généraux est aussi élevée (49,74 ans). Le vieillissement de ces personnels va accentuer l'exposition aux RPS et aux risques physiques en raison de la pénibilité de certains emplois (surveillants de nuit, maîtresses de maison).

Le personnel éducatif rajeunit progressivement à mesure des départs en retraite (moyenne : 40,96 ans). La pyramide des âges présente des différences suivant les sexes : Le pic se situe entre 51 et 54 ans pour les hommes et à 30 ans pour les femmes. Cependant, nous n'avons pas d'informations sur les moyennes d'âge du personnel éducatif par établissement, hormis pour les assistants familiaux.

Déclaration des travailleurs handicapés :

Le rapport annuel se limite à la simple déclaration des travailleurs en situation de handicap pour les trois dernières années et spécifie qu'aucune action particulière n'a été engagée en 2011 en termes d'embauche, de reclassement, d'aménagement de poste de travail ou de formation professionnelle.

Plan de formation :

L'ensemble des dispositifs de formations individuelles et collectives apparait dans le plan de formation ainsi que les catégories professionnelles qui les utilisent. Les financements sont engagés dans leur totalité. Un directeur d'établissement et un délégué syndical ont participé à l'APR⁹⁶ « Souffrance au travail ».

⁹⁶ APR : action prioritaire régional. Formation organisé par l'OPCA de la branche ; UNIFAF.

Cependant, le plan manque de lisibilité concernant les actions de formation engagées au titre de la prévention des risques psycho-sociaux et physiques ainsi que pour les formations des personnes en situation de handicap.

4.3 Le lien managérial et le lien à l'organisation

Résultats de l'enquête « La vie au travail » :

La reconnaissance du travail par les responsables hiérarchiques est motivante et satisfaisante pour 75,8% des répondants, inexistante et dévalorisante pour 24,2%⁹⁷. Nous remarquons dans le chapitre 3 que cette reconnaissance était ressentie de manière inégale suivant les catégories professionnelles.

Une majorité de salariés sont confrontés de manière occasionnelle (60,4%) ou fréquente (25,3%) à des changements d'organisation. 30,2% des répondants estiment que le délai de prévenance des changements d'horaires est trop court et que cela occasionne des problèmes⁹⁸.

51,2% disposent d'une grande autonomie dans leur travail et 21,4% sont consultés avant d'avoir des instructions (pour réaliser une tâche ou mener une mission).⁹⁹

64,8% sont consultés sur l'organisation du service et ils estiment que leur avis est pris en compte. 27,3% pensent qu'ils sont uniquement consultés pour la forme et 8% ne sont pas consultés¹⁰⁰.

A la question : Votre fonction est-elle clairement définie ? 75,8% répondent oui, mais 24,2% sont d'un avis opposé¹⁰¹.

Les réponses sont globalement satisfaisantes cependant 20 à 30% des répondants à l'enquête font état de difficultés en relation avec les horaires, la participation effective à l'organisation et à la définition de leurs fonction. Ces difficultés sont-elles spécifiques à

⁹⁷ Annexe 4, Enquête « La vie au travail » question 18.

⁹⁸ Ibid, question 29.

⁹⁹ Annexe 4, Enquête « La vie au travail » question 16.

¹⁰⁰ Ibid., question 17.

¹⁰¹ Ibid, question 22.

certaines catégories professionnelles ou à des modes d'organisation de services en particulier ?

Analyse de l'enquête par catégorie professionnelle :

Une grande majorité des travailleurs sociaux participent à l'organisation des services (64,5%), cependant 29,1% des travailleurs sociaux estiment ne pas avoir d'influences sur l'organisation. Les résultats sont inégaux suivant les établissements : Les travailleurs sociaux en milieu ouvert sont unanimes pour reconnaître leurs participations, les avis sont partagés dans les MECS.

Les assistants familiaux participent à l'organisation en majorité (53,3%), 20% le sont pour la forme et 20% ne sont pas consultés. Il est difficile d'interpréter ces écarts entre professionnels d'un même établissement sinon pour souligner des disparités entre les assistants familiaux en termes de professionnalisation et de projets d'accueils.

Les résultats sont également partagés pour les maitresses de maison et les surveillants de nuit : Il semblerait que plus la qualification des professionnels est faible moins la participation à l'organisation du travail serait effective ou ressentie favorablement. Nous pourrions aussi considérer que les emplois situés en « périphérie » du cœur de métier sont moins valorisés et intègrent à minima les modes participatifs d'organisation. Des différences d'appréciations inhérentes aux modes de management dans chaque établissement sont perceptibles.

Nous pouvons évaluer plus précisément le lien à l'organisation à partir des questions sur les horaires bien que nous n'ayons pas analysé les résultats par catégorie professionnelle : 30,2% des répondants estiment que le délai de prévenance pour les changements de planning est souvent trop court et que cela pose problème¹⁰². 25,3% sont confrontés souvent à des changements d'organisation, 60,4% le sont parfois¹⁰³.

Les contraintes d'organisation sont plus importantes dans les MECS en raison de la présence continue des enfants qui nécessite une organisation de travail par équipes successives. Ces contraintes sont partagées par l'accueil familial : Les accueils relais

¹⁰² Annexe 4, Enquête « La vie au travail » question 29.

¹⁰³ Ibid, question 27.

augmentent pendant les vacances des professionnels et surtout pour maintenir l'accueil d'enfants très perturbé. Les tensions entre les professionnels et le management seront plus sensible dans ces secteurs d'activité.

4.4. Paroles et situations de travail

Albert, surveillant de nuit, évoque l'astreinte de sécurité (le professionnel peut faire appel la nuit à un cadre d'astreinte pour l'informer, recueillir son avis, ou lui demander d'intervenir dans une situation difficile) : « *L'astreinte c'est un peu compliqué, ils se font tirer l'oreille pour venir ! Je l'avais dit en réunion, quand on vous appelle faut venir !...J'ai dû appeler quatre ou cinq fois en cinq ans* ».

Le surveillant de nuit évoque l'appréciation du cadre qui ne se déplace pas comme « *un manque de confiance dans notre interprétation d'une situation* », il exprime dans ce cas un sentiment de dévalorisation professionnelle et un manque de soutien direct par la hiérarchie.

Un deuxième surveillant de nuit, Didier, relate une situation de travail qui l'a particulièrement stressé : « *C'était vers minuit...j'arrive le soir vers 22h30, il y'a échange d'information pour les transmissions et puis après, le jeune n'était pas bien, donc moi je fais mes rondes, comme il y'avait du bruit et de la lumière j'ouvre la porte et je le vois scarifié au bras à coup de ciseaux, ouvrir la fenêtre et qui veut se jeter par la fenetre....et j'étais tout seul...donc j'ai appelé SOS médecins qui est venu, le médecin a appelé le SAMU qui l'a hospitalisé.[...] J'ai géré ça tout seul, même pas de cadres d'astreinte, je gère tout, tout seul maintenant* ».

Suite à des expériences antérieures, nous remarquons que le surveillant de nuit évite d'appeler le cadre d'astreinte. Pourtant la situation est grave et le surveillant doit effectuer des démarches tout en sécurisant le jeune et le reste du groupe. A-t-il le temps nécessaire pour décrire la situation au cadre de permanence ? Cette situation met en évidence un paradoxe : le dispositif de sécurité existe mais le professionnel repousse son utilisation à une situation extrême à défaut. Le dialogue entre tous les acteurs sur cette organisation de travail est nécessaire à partir des situations de travail dans un cadre sécurisant.

Autre question : Comment le surveillant de nuit peut-il évacuer la violence et les tensions accumulées lors de cette situation de travail ? *« Tant que je suis dans l'action ça va et puis une fois que les secours arrivent, je récupère....mais c'est l'appréhension plutôt (quand un jeune va mal)...C'est comme si on peut rien y faire, il faut attendre que ça vienne ».*

Didier ne participe pas à des lieux de paroles spécifiques, supervisions ou analyses de la pratique, il s'exprime peu lors des réunions d'équipe et privilégie les réunions entre pairs, avec les surveillants de nuit des autres unités, pour aborder des difficultés spécifiques. Didier recueille des informations sur les troubles psychiatriques et les tentatives de suicide des jeunes auprès de collègues éducateurs pour compenser un manque de formation dans la certification de surveillant de nuit. Une formation complémentaire sur ce thème, en relation avec les spécificités du travail de nuit, serait indiquée et pourrait intéresser d'autres professionnels.

L'entretien à partir de cette situation de travail permet d'envisager trois axes de prévention qui peuvent être généralisés : la formation, la consultation et l'échange sur les procédures et les organisations de travail, les lieux de paroles.

Le surveillant de nuit travaille seul, ses horaires sont décalés par rapport à ceux de l'équipe éducative ainsi que des autres surveillants. Chaque surveillant tient compte de cet isolement et de ce retrait par rapport au collectif de travail, pour définir ses propres stratégies d'adaptation au travail. Les entretiens révèlent quelques modes de stratégie :

Bernard : *« Moi aussi, j'arrive une demi-heure avant...J'ai besoin de ça, ça me rassure, je ne peux pas aller directement comme cela...¹⁰⁴ ».* Deux surveillants de manière systématique et le troisième de manière ponctuelle commencent plus tôt que les horaires prescrits le prévoit. Albert prévoit d'être appelé par ses collègues éducateurs en cas de problème en soirée : *« C'est exceptionnel, c'est arrivé deux à trois fois, j'ai mis cela en place, c'est entre nous ».*

Ce temps intermédiaire et collectif facilite l'échange avec les éducateurs et les enfants dans ce moment particulier du coucher et de l'endormissement. Lors des entretiens, nous apprenons que les surveillants ont des contacts entre eux en dehors des temps formel de travail. Ces échanges participent à un travail « d'ajustement » informel entre collègues. Les

¹⁰⁴ Annexes 6, p51.

horaires prévoient un temps de « passage de consignes » d'une durée de quinze à trente minutes suivant les établissements. Dans le travail réel, cet écart représente une manière de rendre le travail possible et de maintenir le lien avec le collectif de travail :

Albert : « *Et puis quand il y a des problèmes comme ça, il y a les « éducs ». On leur dit le matin car ils ne sont pas là évidemment. Et c'est là que tu vois qu'il y a une équipe car ils réagissent dans la journée. Ils reprennent ce qui s'est passé la nuit pour le régler, tu vois ? Mais nous, on n'est plus là et tu arrives le soir, des fois tu as un mot d'excuses du gamin, il y a un relais, c'est un travail d'équipe sans qu'on soit ensemble. Ça j'aime bien aussi, tu vois qu'on s'est occupé du cas de la nuit, ça a été pris en compte*¹⁰⁵ ».

La reconnaissance du travail, le sens du travail, l'appartenance au collectif et le soutien sont nécessaires à l'accomplissement du travail. L'écart entre travail prescrit et travail réel nous permet d'appréhender ce qui participe à la prévention de la souffrance au travail. Ainsi les espaces de délibération et d'échanges participatifs sur l'organisation du travail à partir de situations vécues nous apparaissent incontournables. Les entretiens à partir des situations de travail ont révélé des tensions entre catégories professionnelles (assistants familiaux/ référents de situations). Ces tensions peuvent apparaître quand les statuts professionnels et les fonctions évoluent, par exemple pour les assistants familiaux. Les organisations de travail doivent prévoir des temps de régulation pour clarifier les attentes et les complémentarités de chacun.

4.5. Tableau synthétique

Objectifs et exigences de l'organisation : tableau 4

Domaines d'influences	Ressources	Contraintes
Management stratégique	Fonctionnement collégial Commissions Etablissements/Associatif	Fonctionnement centralisé et pyramidal Absence de direction RH Participation salariés Risque de tensions dans un contexte de changement

¹⁰⁵ Annexes 6, p51.

Management opérationnel	Modèle « en râteau » Logique de territoires découpés par mission	Freins aux coopérations et aux actions transversales Charge de travail des cadres intermédiaires
Législation/travail	Assistante RH	coordination - évaluation
Evolution/ emploi	Professionnalisation Qualification Dispositif de mobilité interne Accords d'entreprise Règlement interne Rajeunissement travailleurs sociaux (femmes)	Hausse des CDD Turn-over/ arrêts maladie Hausse des démissions, Licenciements/Inaptitudes Mobilité interne faible Moyenne des âges élevée pour Ass F, Maitresses de M, services généraux, Professionnels en situation de handicap Politique emploi/maintien Thand
Organisation du travail	Autonomie de travail Consultation des salariés par établissements et services Définition des fonctions Collectifs de travail	MECS-AF Délais de chgt d'horaires Inégalités ETB et emplois Ecart fonctions/statuts Astreinte de sécurité Isolement prof Tensions cat prof Espaces de régulation
Plan de formation	Utilise les différents dispositifs	Définition des priorités et évaluations
Activité	Forte activité	Intensification du travail Approche quantitative Public : troubles psychiques Evolution des pratiques profs et projets de services. Risques psycho-sociaux

Chapitre 5 : Objectifs et exigences des salariés

Les objectifs et exigences des salariés eux-mêmes font référence aux conditions permettant de faire de la réalisation du travail une occasion de se réaliser, ou du moins de ne pas se sentir en contradiction avec soi. Il s'agit des exigences en terme d'autonomie, de qualité et de sens au travail, donc les moyens permettant de réaliser un travail de qualité selon les critères des salariés (moyens notamment liés à la quantité de travail ou à la charge de travail), de valeurs professionnelles et d'éthique, de reconnaissance et de sentiment de justice, de participation, d'intégration, de développement des connaissances, de stabilité d'emploi et de construction des parcours professionnels, d'équilibre entre vie au travail et hors travail¹⁰⁶.

Ce chapitre sera essentiellement consacré aux témoignages recueillis lors des entretiens avec les professionnels à partir des situations de travail.

5.1. Paroles et situations de travail

Didier, surveillant de nuit répond à la question : « As-tu l'impression qu'il y a un écart entre ta fiche de poste et le travail réel ? » *Oh oui ! Il y a un sacré écart, l'écart pour finir c'est qu'on remplace l'éducateur la nuit. On est peut-être pas aussi pointu au niveau analyse des personnes mais le boulot la nuit continu, les jeunes se confient, il faut régler les problèmes. Le matin je les réveille et je prépare les petits déjeuners [...] moi je me suis vu avec six gamins au « petit-déj » avec les tickets de bus, et je veux ci et je veux ça, et t'es tout seul, et résoudre les problèmes, certains ont préparé tout le truc, d'autres non... bref le travail d'accompagnement aussi bien la nuit que le soir et le matin ».*

Didier travaille dans une équipe où le turn-over est important, composé de jeunes éducateurs et de remplaçants. En raison de son expérience et de son ancienneté, il rappelle les règles et maintient la cohérence de l'accueil : « *Je gère beaucoup plus de choses qu'avant et pour le même prix* ».

¹⁰⁶ CIDES,ARACT Nord-Pas de Calais, Guide méthodologique, Prévenir les RPS dans le secteur Médico-Social, Fev 2012, p12.

As-tu l'impression que ton travail est reconnu ? *« Non, je sais qu'ils ont besoin de moi, mais reconnu non, je vais te donner un exemple : Ils mettent des nouveaux horaires pour l'été, crois-tu qu'on a été consulté ? Rien du tout. Ils ont mis des heures en plus le samedi, le dimanche et les jours fériés. Avant je finissais à huit heures, maintenant à huit heures quinze, c'était imposé et même en réunion de veilleurs on n'en a pas parlé. Pourquoi ne pas donner notre avis ? Cela fait un consensus entre éducateurs et chefs de service : le soir on vient un quart d'heure plus tard mais le matin on finit 45 minutes plus tard, cherchez l'erreur et c'est le matin que je dors, au final l'amplitude est plus longue. Ça vient de sortir, on a l'impression d'être la dernière roue de la charrette »*¹⁰⁷.

Lors de l'entretien, nous questionnons les éventuels dysfonctionnements dans l'organisation du travail :

Bernard : *« Depuis quelques temps, je trouve les plannings un peu complexes, la manière dont on peut poser les congés, comment c'est reçu ou alors au dernier moment, tu ne sais jamais [...] et là c'est déstabilisant, moi j'ai l'impression de ne pas être toujours respecté »*¹⁰⁸.

Les surveillants de nuit dans ces échanges formulent des exigences à propos de la reconnaissance de leur travail et de leur rôle éducatif au sein du collectif de travail. Le salarié en échange de son travail attend une rétribution dont la forme la plus simple est le salaire, ce salaire peut être sous-évalué et participe à un sentiment de dévalorisation. Didier y fait allusion : *« pour le même prix »*. Dans l'enquête, *« la vie au travail »*¹⁰⁹ 64,4% des répondants estiment que leur rémunération n'est pas satisfaisante. 24,2% pensent que leurs fonctions ne sont pas clairement définies et pour 29,1% au regard du travail effectué, le statut dans l'établissement n'est pas satisfaisant.

Selon C. Dejours : *« ...Au-delà du salaire, c'est la rétribution symbolique qui est la plus importante pour la santé mentale. Cette rétribution symbolique revêt une forme très spécifique : c'est la reconnaissance [...] La reconnaissance n'est pas une simple gratification plus ou moins démagogique. Pour avoir son efficacité symbolique, elle passe par des*

¹⁰⁷ Annexe 6, p61.

¹⁰⁸ Annexe6, p52.

¹⁰⁹ Annexe4 Enquête « La vie au travail » questions 20, 21,22.

jugements »¹¹⁰. Le jugement d'utilité provient de la hiérarchie, il s'agit de l'utilité technique, économique ou sociale de la contribution du salarié. Le jugement de beauté en référence à la « belle ouvrage » est évalué par les collègues, les pairs et réalise l'appartenance à un collectif, à un métier. La reconnaissance symbolique permet l'accomplissement de soi dans le champ social et participe à la construction de l'identité.

Ainsi, la reconnaissance du travail de surveillant de nuit s'accomplit par le salaire et le statut, mais aussi par son intégration dans l'équipe pluridisciplinaire et sa participation à l'organisation du travail.

Revenons sur le statut spécifique de surveillant de nuit. Dans un passé récent, dans le secteur de la protection de l'enfance, les éducateurs spécialisés étaient présents la nuit dans des chambres de veille. Leur présence sur les lieux de travail était compensée par un forfait horaire. L'évolution de la législation, notamment européenne sur le travail de nuit, les astreintes et la durée légale entre deux journées de travail, ainsi que les contraintes budgétaires, ont mis un terme à ces pratiques. L'avenant n° 284 du 08 juillet 2003 crée le poste de surveillant de nuit qualifié. Une formation spécialisée d'une durée minimale de 175 heures est reconnue par la CPNE. Le surveillant de nuit est rémunéré à partir de la grille indiciaire d'ouvrier qualifié et intègre les services généraux. Ce classement est provisoire dans l'attente de la refonte des classifications au sein de la convention collective du 15 mars 1966.

Ce détour par l'histoire et la législation nous permet d'appréhender les tensions entre cette catégorie de salariés et les objectifs et exigences des établissements. Les surveillants de nuit aspirent à une reconnaissance de leurs fonctions éducatives et au bénéfice des congés trimestriels supplémentaires. La question des parcours professionnels et de la formation est un sujet sensible.

Le surveillant de nuit est susceptible d'être reclassé dans un emploi en journée pour des raisons de santé ou des motifs familiaux. A défaut de poste disponible, le salarié risque un licenciement pour inaptitude. Notons que quatre surveillants de nuit sont reconnus travailleurs handicapés dans l'association.

¹¹⁰ C.DEJOURS, *Conjurer la violence*, p 23, petite bibliothèque Payot, 2011.

Paroles et situations de travail, les maîtresses de maison :

Les maîtresses de maison appartiennent aux services généraux et leur statut est similaire à celui des surveillants de nuit. Elles bénéficient cependant de l'intégralité des congés supplémentaires au bénéfice de l'ancienneté de cet emploi dans les structures. Les deux maîtresses de maison présentes à l'entretien témoignent de la pénibilité physique et psychique de leur emploi. Au cours de l'entretien, les maîtresses de maison évoquent leur travail éducatif auprès des jeunes.

Il y a une part d'éducatif dans votre travail ? Anne : *« Oui, moi j'en ai régulièrement tous les matins en cuisine [...] C'est comme ça quand ils arrivent, s'ils ne sont pas scolarisés ou en stage, ils sont en cuisine avec moi, ils ne vont pas rester au lit toute la matinée alors que les autres sont à l'école...Je peux en avoir deux...Moi je ne suis pas « éduc » et, si c'est deux durs, je ne les prends pas ensemble, il y a des couteaux qui trainent et je fais attention quand même à moi. Il faut avoir l'œil à tout, puis bon ce n'est pas vraiment nous aider car je passe plus de temps à montrer qu'à faire du boulot franchement ».*

Brigitte : *« C'est plus intéressant, plus éducatif, mais bon après on a la charge physique de faire le ménage et tout ce qu'il y a à faire dans une maison, sans faire de l'encadrement de jeunes ».*

Anne : *« Voilà, mais bon après j'aime bien ce travail, mais il faudrait de la reconnaissance¹¹¹ ».*

Il est spécifié dans l'avenant 284 de la convention collective que « la maîtresse de maison, en lien avec l'équipe éducative, contribue à l'accompagnement de l'utilisateur dans les actes de la vie quotidienne ».

L'encadrement systématique d'un atelier cuisine pour des jeunes sans scolarité dépasse sa fonction tout en donnant un sens et un intérêt supplémentaire à son travail. Les deux maîtresses de maison s'accordent pour reconnaître une grande autonomie dans leur travail et des horaires intéressants. Si toutes deux sont bien intégrées dans l'équipe éducative, une autre maîtresse de maison se trouve isolée dans sa fonction et souhaiterait un temps de rencontre, de paroles et d'échanges, commun à l'ensemble des maîtresses de maison.

¹¹¹ Annexe 6, entretien, p69.

Une maîtresse de maison a suivi la formation de TISF¹¹² pour être reclassée dans un autre établissement de l'association. Comme pour les surveillants de nuit, peu de professionnels accèdent à la formation continue ou envisagent un parcours de formation.

Paroles et situations de travail : les Assistants(es) Familiaux :

Quelles évolutions dans la protection de l'enfance et dans ton métier ?

Madame A : « *Nous, c'est très clair, c'était la reconnaissance du métier et le diplôme. L'obligation de formation nous a permis de nous faire connaître beaucoup plus comme travailleur social...Je trouve que, du coup, au milieu de l'équipe des travailleurs sociaux, il y a un autre regard sur la parole de l'AF, des exigences mais aussi une reconnaissance de son boulot et on ressent beaucoup moins cette hiérarchisation des métiers...Je pense que eux (les éducateurs) ont été un peu bousculés dans leurs pratiques et pour nous c'est dû à une autre place, à d'autres exigences, mais on est une équipe de travailleurs sociaux autour d'un jeune et je trouve qu'aujourd'hui je le vis beaucoup plus sereinement qu'il y a dix ans. Ça rompt en partie l'isolement qui est lié à notre travail au quotidien avec un jeune chez soi et que tu puisses interroger, communiquer régulièrement par téléphone et en allant au service savoir que tu peux avoir l'éducateur référent ou faire passer le message par la secrétaire ou le chef de service, ça ce sont des pratiques qui se sont développées.*

Dans le cursus de formation, il y a la compétence de communication professionnelle et je pense que ça a aidé les AF à trouver leur place dans les équipes. On en fait partie et on a le devoir de communiquer, d'interroger et de rendre des comptes, si tu veux c'est plus qu'une obligation, ça fait partie de notre boulot. Je trouve que ça a été valorisé et aujourd'hui je me sens beaucoup moins seule à travailler comme AF par rapport à quelques années ».

Le diplôme d'état d'assistant(e) familiale (DEAF) est institué par l'arrêté du 15 mars 2006. La formation de 240 heures est accessible en cours d'emploi et par la validation des acquis de l'expérience (VAE). L'établissement accompagne les AF en formation par des

¹¹² TISF : Technicien(ne) en intervention sociale et familiale.

tuteurs nommés parmi des professionnels expérimentés. L'avenant n°305 du 20 mars 2007 intègre les AF dans la CC66¹¹³.

La professionnalisation nécessaire et progressive des assistants familiaux risque de provoquer des tensions avec les missions et les exigences de l'établissement, comme l'exprime madame A et son collègue : tensions autour de la définition des fonctions et des rôles complémentaires avec les éducateurs référents de situation, tensions autour des conditions de travail (droit aux vacances et dispositifs relais, vie familiale et vie professionnelle). Autre enjeu de la professionnalisation, le métier doit devenir attractif afin de garantir un bon niveau de recrutement. Nous nous éloignons de la vision passéiste des familles d'accueil. La prévention de la souffrance au travail doit prendre en compte ces évolutions.

Paroles et situations de travail – Les éducateurs spécialisés :

Bernard, éducateur spécialisé en MECS : *« On a plusieurs situations de parents très pervers avec qui on est dans l'impossibilité de travailler et au final les gamins retournent vivre chez les parents [...] On a essayé « d'équiper » les gamins, donc on a un peu d'espoir qu'ils se positionnent et se protègent [...] J'ai raccompagné le gamin chez lui, le père m'a pratiquement chassé, on s'est dit au-revoir avec le gamin. Tu repars de là, tu ne mets pas la radio...*

Ça avait été discuté et vu dans le bureau du Juge et tout, on a réussi à trouver un étayage dans le bureau du Juge, mais bon. ».

Dans cette situation le retour en famille apparaît contraire aux valeurs de l'éducateur dont la première mission est la protection de l'enfant. Ce paradoxe provoque un dilemme, un conflit interne, amplifié par l'investissement personnel de l'éducateur auprès de l'enfant. Le travail perd son sens et son utilité. Ce conflit ne peut être résolu que par l'expression des affects dans un espace collectif et/ou individuel afin de retrouver du sens. A défaut, ces dilemmes non pris en compte peuvent avoir des incidences sur la santé. Des éducateurs travaillant en milieu ouvert expriment des situations similaires. Ils ressentent un sentiment

¹¹³ Convention collective nationale de travail des établissements pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

d'impuissance et une forme de malaise face à des situations d'enfants en danger qui restent dans leur famille, faute de places en institution.

Myriam, éducatrice spécialisée en MECS : *« Je me souviens avoir dit attention ! Si on en met deux autres avec les mêmes problématiques, ça va exploser, on ne gèrera pas...Y avait-il moyen de dire non ? je ne sais pas et effectivement il y a un lit, une place, il faut l'occuper et au-dessus de...il y a d'autres instances. Il ne s'est pas écoulé un mois avant l'explosion. ça a recréé un phénomène de bande... et c'est très difficile à gérer [...] On parlait de stress... l'équipe le disait au directeur, au chef de service, on se plaignait, on essayait de dire, on ne savait plus comment s'y prendre et j'avais l'impression que les choses ne bougeaient pas de trop...On entend : vous êtes des professionnels, vous saurez faire [...] Les jeunes rentraient et sortaient à tout heure, se couchaient à deux heures au plus tôt...Il n'y avait plus de service, rien [...] On a demandé deux journées pour se poser sans les mêmes, ils vont tous quelque part et deux jours pleins, pas de repas, sinon on ne peut pas se retrouver...On voulait réfléchir sur le pourquoi ça se barrait de partout, les règles, les jeunes, on s'arrête et on revoit les règles de vie ».*

Dans cette situation de travail, la demande de l'équipe est prise en compte par la direction, certains jeunes sont réorientés et les éducateurs prennent du temps pour réfléchir sur leur organisation et sur l'accueil des jeunes. Plus tard, des séances d'analyse des pratiques sont instaurées.

A défaut de soutien de la hiérarchie, nous estimons que ce contexte de travail présentait des risques pour la santé des professionnels. Le cadre d'accueil ne garantissait plus la bientraitance des usagers.

Les professionnels ont su réagir en remettant en cause pour un laps de temps la permanence de l'accueil en foyer, sans laisser les jeunes livrés à eux-mêmes et en négociant des lieux d'accueils transitoires. Plusieurs décisions d'équipe vont dans ce sens : les réunions d'équipe et les synthèses ont lieu au siège de l'établissement, pendant ce temps la structure est fermée, ce qui facilite une certaine prise de distance. Les admissions d'enfants et d'adolescents en MECS s'effectuent sous la pression des services de tutelle dans des délais rapides. Ces pressions génèrent des tensions entre les professionnels, les directions et la direction générale dans un contexte économique et législatif peu favorable aux maisons d'enfants et aux éducateurs d'internat.

5.2. Tableau synthétique

Le tableau suivant présente de manière synthétique les facteurs de contraintes et les objectifs et exigences exprimées par les professionnels au cours des entretiens.

Objectifs et exigences des professionnels : tableau 5

	Contraintes	Objectifs et exigences
Surveillants de nuit	Horaires de travail de nuit Rapport vie sociale/ vie professionnelle Relations au collectif de travail Organisation/horaires Statut technique/éducatif Fortes responsabilités sécurité/ éducatif/ formation basique Dépassement de fonctions	Reconnaissance de la fonction éducative et évolution du statut Formation continue et parcours professionnels Participation à l'organisation Anticipation des horaires et congés
Maitresses de maison	Articulation fonctions éducatives et techniques Dépassement de fonctions Relations au collectif de travail Pénibilité physiques/psychiques Isolement professionnelle	Reconnaissance fonctions/ éducatives Formation continue et parcours professionnel Participation à l'organisation
Travailleurs sociaux	Articulation vie sociale/ prof Ecart mission/ travail réel Management / lien à l'org	Soutien de la hiérarchie Espaces de régulation/organisation Reconnaissance Formation – parcours professionnels Mobilité
Assistants(es) familiaux	Lien vie sociale/ professionnelle Solitude professionnelle Situations de débordement	Professionnalisation : relais – congés Collectifs de travail- réseau Espaces de régulations

Conclusion de la troisième partie

Cette troisième partie permet de dégager différents enjeux en fonction des facteurs d'influences. Les tensions évoquées sont sources de souffrances au travail mais les enquêtes et les entretiens font état de ressources et de régulations susceptibles d'être réinvesties dans un dispositif de prévention.

Le contexte social, économique et les évolutions de la législation depuis 2002 influencent les pratiques professionnelles et les conditions de travail. Les professionnels, malgré une forte implication, ressentent les contraintes et les paradoxes qui affectent leur travail. Dans ce contexte, nous devons apprécier l'importance des relations professionnelles et le soutien des équipes par l'encadrement. Ce filet de sécurité s'avère indispensable face aux phénomènes de violence et à l'évolution des publics accueillis.

Cependant des disparités existent entre professionnels et certains sont plus exposés ou fragilisés que d'autres. Les problématiques sont aussi différentes selon les emplois et les établissements. Les MECS dans ce contexte de changement sont particulièrement fragilisées et les professionnels sensibles aux modes d'organisation et de participation.

La gestion des ressources humaines, les modes de participation des professionnels et la prévention des RPS demeurent un enjeu pour l'association.

QUATRIEME PARTIE :

Santé au travail, Enquêtes et préconisations

Introduction

Dans le chapitre intitulé « Santé au travail », nous présenterons le dernier volet de l'enquête sur la santé, l'activité du CHSCT et les dispositifs de prévention en usage dans l'association.

Nous reviendrons ensuite sur les « situations problèmes » et les stratégies énoncées lors des entretiens afin de proposer des modes de prévention. Les hypothèses de départ sont-elles pertinentes ou non ? Vous trouverez des réponses dans le chapitre « Qu'avons-nous appris ? ».

L'emploi des salariés en situation de handicap et les conditions de maintien dans l'emploi feront l'objet du troisième chapitre. Au fil de cette dernière partie, nous formulerons des préconisations.

Chapitre 1 : Santé au travail

1.1. Enquête « La vie au travail »

A la question : « Qu'est-ce qui vous semble le plus difficile dans votre travail ? 16,3% des enquêtés répondent les risques pour ma santé. La pénibilité est ressentie de plus en plus fortement (50,5%), à plutôt forte (18,3%). 27,5% se disent tendus et stressés. Pour 28,1%, l'ambiance de travail influence de manière négative l'équilibre personnel et la vie privée. 14,3% estiment leur état de santé mauvais à très mauvais et **51,1%** constatent un effet négatif du travail sur leur santé¹¹⁴.

Ces effets se traduisent pour 28,0% de ces salariés par des symptômes physiques et psychiques : maux de tête, de dos, articulaires, des troubles de la vision, du sommeil et de l'alimentation (26,7%) - un état dépressif, de l'anxiété, de la fatigue (29,3%) - le recours à des produits : alcool, tabac, café (14,7%). Ces effets concernent soixante-quatorze salariés. Le nombre de répondants est plus élevé que ceux déclarant à la question précédente un effet négatif du travail sur la santé. Ceux-ci considèrent que ces effets sont ponctuels (37,8%), réguliers (20,3%), permanents (6,8%)¹¹⁵.

Ces réponses viennent confirmer notre hypothèse concernant l'incidence du travail sur la santé des professionnels dans l'association. Nous avons cherché à affiner ces résultats en classant les réponses par catégories professionnelles.

Etat de santé ressenti ¹¹⁶

Le pourcentage de travailleurs sociaux qui se trouvent en mauvaise santé est inférieur à la moyenne globale (12,5% par rapport à 14,3%). Le facteur d'âge est significatif pour la moitié d'entre eux.

Les assistants familiaux se trouvent en meilleure santé que les autres catégories, bien que l'âge de ces professionnels soit plus élevé, 6,6% se considèrent en mauvaise santé.

¹¹⁴ Annexe 4, Enquête « la vie au travail » question 36.

¹¹⁵ Ibid., questions 37,38.

¹¹⁶ Annexe 5, p23.

Le pourcentage de maîtresses de maison (33,3%) et de surveillants de nuit (16,6%) estimant leur état de santé dégradé est supérieur à la moyenne. Les indicateurs d'âge, de pénibilité et de charge de travail sont à considérer.

Influence du travail sur la santé ¹¹⁷

Les effets négatifs du travail sur la santé sont ressentis de manière sensible par l'ensemble des catégories professionnelles. Les maîtresses de maison et les surveillants de nuit sont plus particulièrement exposés : 50% constatent des effets négatifs ponctuels sur leur santé et 33% des effets négatifs réguliers ou permanent.

Une moyenne d'âge élevée pourrait être un facteur aggravant pour les deux catégories précédentes mais ce facteur est également présent chez les assistants familiaux pour qui les effets négatifs permanents sont les moins ressentis (6,7%), (33,3% pour les atteintes ponctuelles sur la santé). Nous rechercherons des éléments de compréhension dans l'analyse des autres facteurs de risques étudiés.

En troisième position, 29% des travailleurs sociaux ressentent des effets réguliers ou permanents sur leur santé. La majorité travaillent dans les MECS et ont plus de 40 ans.

Bien que les cadres et le personnel administratif figurent à titre indicatif dans l'étude, ces catégories ne sont pas épargnées par l'influence du travail sur la santé.

Pénibilité ¹¹⁸

Selon l'INRS, la pénibilité au travail est caractérisée par une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques cumulés : contraintes physiques marquées, environnement physique agressif, rythmes de travail (travail de nuit, en équipes successives alternantes), travail répétitif.

L'enquête globale présente les résultats suivants : « *pénibilité ressentie plutôt forte* » : 18,3% des répondants – « *De plus en plus forte* » : 50,5% - « *plutôt faible et non pénible* » : 31,2%.

¹¹⁷ Annexe 5, p24.

¹¹⁸ Annexe5, p25.

Les travailleurs sociaux, les surveillants de nuit et les maîtresses de maison témoignent d'une forte pénibilité liée à leur emploi. La pénibilité est faible pour 60% des assistants(es) familiaux.

La pénibilité est avérée pour les surveillants de nuit en raison de leurs horaires de travail ainsi que pour les travailleurs sociaux en internat pour qui les rythmes en équipes alternantes s'apparentent à du travail posté continu, dont les cycles sont variables selon les jours et les semaines. Cependant, les travailleurs sociaux en milieu ouvert témoignent eux aussi de cette pénibilité. D'autres facteurs de risque semblent pris en compte pour caractériser la pénibilité : la charge de travail, le sentiment d'insécurité et la charge psychique. L'enquête rend compte imparfaitement de ce dernier facteur.

Les maîtresses de maison bénéficient d'horaires attractifs réguliers, cependant les résultats de l'enquête sont similaires à ceux des surveillants de nuit. Ces emplois présentent des contraintes physiques (port de charges, station debout, activité physique de ménage), un environnement de travail parfois peu favorable (escaliers, locaux, bruit) et parfois hostile qui génère de l'insécurité, une charge de travail importante.

Les résultats sont également sensibles pour le personnel administratif. Pour cette catégorie, le sentiment d'insécurité est faible. La charge de travail et les contraintes physiques, organisationnelles et environnementales seraient à explorer.

L'influence du travail sur la santé produit des effets négatifs pour l'ensemble des professionnels de l'association, cependant les catégories les plus vulnérables selon les résultats de l'enquête, en relation avec leur emploi, sont les surveillants de nuit et les maîtresses de maison travaillant en MECS. Les résultats sont également sensibles pour les travailleurs sociaux. Si les facteurs de pénibilité concernent particulièrement les emplois en MECS, les autres secteurs sont également touchés et ces résultats sont à mettre en relation avec les facteurs de risques exposés dans les chapitres précédents. La question du vieillissement est bien présente pour les catégories professionnelles les plus exposées au regard des résultats et de la pyramide des âges dans l'association. Nous poursuivons notre enquête en recherchant des informations dans le rapport annuel au comité d'entreprise et à partir de l'activité du CHSCT et des dispositifs de prévention en œuvre dans l'association.

Le rapport annuel au comité d'entreprise :

Nous recherchons dans le rapport annuel des informations concernant le mouvement des effectifs, l'absentéisme des salariés et la répartition des absences. Ces informations sont comparées aux années précédentes.

28 salariés en CDI ont quitté l'association en 2011 : 4 licenciements pour inaptitude¹¹⁹, 7 ruptures conventionnelles, 3 licenciements (AF), 7 démissions, 7 départs en retraite. Ces chiffres sont importants par rapport à 2010 (15 départs de CDI). Les motifs de démission et de rupture conventionnelle ne sont pas indiqués mais certains, selon les représentants syndicaux, sont en relation avec des situations de souffrances au travail.

L'absentéisme pour maladie baisse par rapport à 2010 dans tous les établissements et services, tout en restant à un niveau élevé surtout dans les MECS. Les arrêts de travail pour motif de maladie représentent 36% des journées de remplacement en CDD, soit 3312 jours (3834 en 2010). Les accidents de travail sont peu nombreux et occasionnent 25 jours de remplacement en 2011. La déclaration d'accident du travail est sous utilisée par les salariés victimes d'actes de violence dans le cadre de leur travail (analyse protocole violence).

1.2. Le CHSCT¹²⁰ et la politique de prévention

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés et des travailleurs mis à la disposition de l'entreprise et de veiller à l'observation de la réglementation. Le CHSCT est l'instance où s'étudie la politique de l'établissement en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.¹²¹

Nous étudierons l'activité du CHSCT à partir des procès-verbaux de réunions et d'inspections. Nous présenterons le protocole violence. L'employeur a l'obligation d'élaborer et de mettre à jour un document d'évaluation des risques : le document unique. Il met en place un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact). Le médecin du travail, présent lors des réunions et des

¹¹⁹ Inaptitude : Demandes de reclassement non abouties entraînant un licenciement.

¹²⁰ Comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail (CHSCT)

¹²¹ C.trav, art L4612-1 et s.

visites d'inspection, adresse un rapport annuel à l'employeur et au CHSCT. Nous analyserons ces documents sous l'angle des risques psycho-sociaux et de la politique de prévention, en évaluant la cohérence du dispositif et les tensions éventuelles entre les représentants des salariés et les directions d'établissements. Nous constatons au préalable que les instances de représentation du personnel, Comité d'entreprise, Délégués du personnel et CHSCT existent et fonctionnent, les comptes rendus sont accessibles et témoignent de l'activité de ces instances. Ce constat est favorable à l'élaboration d'une politique de prévention. Le dialogue social est un prérequis nécessaire.

Activités du CHSCT et procès-verbaux de réunions (2011-2012) :

Les réunions sont trimestrielles, présidées par le directeur général ou son représentant. Elles rassemblent les délégués du personnel et des membres de droit : médecins du travail, inspecteur du travail et représentant de la CARSAT¹²². Le CHSCT peut éventuellement faire appel à des personnes qualifiées appartenant ou non à l'entreprise. Je suis intervenu lors de deux réunions : le 18 février 2011 pour présenter ma formation et mon projet de recherche dans l'association, le 02 mars 2012 pour réaliser un point d'étape et présenter un document de travail.

Les procès-verbaux des réunions (PV) témoignent de l'activité du CHSCT. Nous retrouvons une cohérence dans les ordres du jour, certains thèmes sont récurrents : ils traitent des axes de prévention du Papripact et de l'actualisation du document unique, des comptes rendus des visites d'inspection dans les services, de l'analyse du registre d'incidents (protocole violence). Des sujets en relation avec l'actualité et les évolutions des services complètent les ordres du jour. Ceux-ci sont très denses et justifieraient des réunions intermédiaires. Parmi les acteurs, nous observons le rôle technique important du directeur administratif qui seconde le directeur général.

Nous avons recherché dans les comptes rendus l'utilisation du mot-clef *souffrance au travail* : Il est cité deux fois dans le PV du 18 février 2012 : « *Nous n'allons pas plus loin sur ce point, mais nous convenons qu'il sera nécessaire de poursuivre ce travail de fond venant prévenir une certaine souffrance au travail* ». Cette phrase vient ponctuer des échanges sur le

¹²² Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

soutien collectif apporté aux salariées victimes de situation de violence et au risque d'individuation du problème.

La seconde citation concerne la situation d'un responsable hiérarchique : « *La charge de travail, des facteurs organisationnels et relationnels dans l'équipe de direction, explicitent cette situation de souffrance au travail* ».

Dans les différents PV, les échanges entre les délégués et les différents acteurs sur la souffrance au travail ou les risques psycho-sociaux ont lieu essentiellement lors de l'analyse des registres d'incidents car elles mettent en évidence des situations de travail. Ce constat vient conforter notre hypothèse de travail. Cependant les PV de réunions ne comportent pas de relevés de décision ou d'accords, même si les désaccords entre employeur et délégués sont signifiés, le rôle consultatif de l'instance semble limitatif.

Les interventions et les préconisations des médecins du travail justifieraient un récapitulatif spécifique dans les PV, celles-ci sont pourtant citées comme par exemple lors de la séance du 28/02/2011 : « *Il y a des signes d'alerte important et qui méritent qu'on s'y attarde au niveau de l'association. Il est nécessaire qu'un travail d'accompagnement de ce service soit réalisé (régulation institutionnelle par exemple), permettant à l'ensemble des salariés de ce service de s'exprimer, d'analyser ce qui se passe, ce qui s'est passé* »¹²³. Autre exemple : Le médecin du travail s'inquiète pour les surveillants de nuit « *qui se retrouvent seuls à gérer des situations extrêmement délicates [...] Ce sont des personnes qui n'ont pas la même formation que les éducateurs mais qui doivent la nuit intervenir auprès des mêmes problématiques* »¹²⁴.

Nous ne relevons pas dans les ordres du jour en 2011 de références aux accidents du travail, au rapport annuel des médecins du travail et à l'évaluation des mesures de prévention.

La lecture des PV révèle aussi des désaccords et des tensions entre l'employeur et les délégués du CHSCT. Ces tensions s'expriment essentiellement à partir du programme des visites d'inspection dans les services et les établissements et dans la méthodologie pour définir les risques dans le document unique.

¹²³ PV du 18 Février 2011, p5.

¹²⁴ PV du 29 juin 2012, p7.

Les délégués du CHSCT souhaitent lors des visites rencontrer les salariés sans la présence du directeur de l'établissement afin de pouvoir échanger plus facilement sur les conditions de travail. Les délégués souhaitent également que l'animation des entretiens et des groupes de salariés réunis pour réactualiser le DU, ne soit pas réalisée par les directeurs dont ces salariés dépendent. En ce qui concerne le premier point, le DG répond « *Les directeurs ne sont pas prêts à accepter une telle organisation de visite [...] Ils ressentent de la crainte vis-à-vis du CHSCT, cette instance serait inquisitrice en intervenant de la sorte dans les services*¹²⁵ ». Des désaccords apparaissent également sur les PV d'inspections ainsi que sur la méthode pour définir la chronicisation des risques.

Nous constatons que les questions de santé au travail suscitent des tensions et révèlent des enjeux entre directions et représentants du personnel, d'autant plus que le CHSCT dispose de prérogatives et de moyens étendus. Ces tensions peuvent nuire à la conception et à la mise en place d'une politique de prévention. Elles sont aussi révélatrices des exigences de salariés et d'instances qui souhaitent passer d'un mode consultatif à un mode participatif.

Le soutien aux salariés victimes de situation de violence :

Depuis sa mise en place, le CHSCT a été attentif aux situations de violence psychologique, verbale, physique, qui ont pu émerger dans les différentes structures de l'association. Plus généralement repérée lorsqu'il s'agit d'agression physique de l'utilisateur vers le salarié, la violence peut cependant revêtir d'autres formes. Nous pourrions alors parler de « violence interne » entre les salariés eux-mêmes (quel que soit leur statut hiérarchique), et de violence externe de l'utilisateur vers le salarié (les violences entre utilisateurs ou du salarié vers l'utilisateur ne relèvent pas des compétences du CHSCT)¹²⁶.

Elaboré par une commission de travail en 2005, le protocole de soutien aux salariés victimes de violence comprend deux axes : des stratégies de prévention avant les manifestations de violence et des stratégies de réponse aux victimes de violence¹²⁷.

¹²⁵ PV du 29 juin 2012, p2.

¹²⁶ Protocole violence, p4.

¹²⁷ Ibid., p2-3

La prévention se décline par des stratégies en termes de formation, d'organisation de travail et par des espaces de parole individuels et collectifs institutionnalisés. Un registre d'incidents, un système de parrainage des nouveaux salariés et de « tuilage » pour les départs en retraite complètent le dispositif.

Les stratégies de réponse aux victimes de violence comprennent diverses modalités classées en deux catégories : les actions immédiates et les actions à mettre en place rapidement.

Le registre d'incidents¹²⁸, accessible dans chaque structure, est utilisé par le salarié victime de violence et transmis à la direction puis à la DG et au CHSCT. Ce dernier prend contact avec le salarié et les cadres responsables dès réception, puis après deux mois et six mois. Une fois par trimestre, au cours du CHSCT, un point de l'ensemble des registres est réalisé.

A notre connaissance, l'évaluation du dispositif ne figure pas dans le protocole bien que régulièrement celui-ci fasse l'objet de réflexions lors des séances du CHSCT. Le PV de la séance du 29 juin 2012 fait état d'une analyse des registres d'incidents du premier trimestre : les quatorze situations recensées concernent des professionnels travaillant en internat. Sur ces quatorze situations, huit évoquent de la violence physique directe d'un jeune sur un professionnel. Une situation a entraîné un arrêt de travail (durée inconnue). Un seul professionnel sur dix a exprimé le besoin de suivre des séances de supervision individuelle.

Les délégués, lors de cette séance, font un premier constat et questionnent ces situations : deux structures ont fermées plusieurs jours afin de permettre aux équipes un travail sur leurs fonctionnements, le chef de service d'une troisième structure aspire à mener une réflexion sur les projets de service. Les dépôts de plainte par les salariés sont presque systématiques. Le cadre des astreintes de sécurité est questionné et devrait être débattu dans les services et au niveau associatif. Face à ces réflexions, le DG estime ne pas être l'interlocuteur le mieux placé. Il situe son rôle en articulation avec les cadres de direction et souhaiterait les associer à cette réflexion. Les délégués s'inquiètent de l'épuisement et du sentiment d'insécurité ressentis par les professionnels et constatent que « *sept à huit professionnels sont partis en*

¹²⁸ Incidents : Situation insécurisant, à risques, climat difficile, stressant. Violence : psychologique ou verbale, intimidation, harcèlement.

*arrêt maladie, en démission, en rupture conventionnelle*¹²⁹ » dans les foyers d'accueil d'urgence.

Le protocole permet une réflexion et une analyse à partir de situations de travail. Les écrits proviennent essentiellement des salariés victimes de violence. Certains peuvent choisir de ne pas témoigner ou ressentent une difficulté à faire cette démarche. Dans certains cas, ce sont des collègues qui avec leur accord ont témoigné. Pour d'autres, des situations sont tues. Le traumatisme peut induire une certaine honte et l'isolement de la personne qui doit être soutenue par le collectif de travail et l'institution, c'est un des objectifs de la démarche qui vise aussi à questionner cet accompagnement et les organisations du travail.

La supervision individuelle par un psychologue extérieur, bien que préconisée, est peu utilisée, elle demeure une prescription et reste à l'initiative du salarié. Nous savons pourtant par des études médicales que les conséquences d'un traumatisme sur la santé psychique et physique peuvent être importantes. Le CHSCT apparaît en difficulté pour élargir l'analyse de ces situations aux facteurs organisationnels avec les cadres de direction, et définir les différentes actions de prévention. Ainsi, le suivi du registre d'incidents apparaît le principal axe de travail traité au détriment de l'ensemble du protocole. Une évaluation régulière du protocole lors d'une séance de CHSCT élargie aux directeurs pourrait faciliter la mise en œuvre des stratégies de prévention.

Le rapport annuel 2011 du médecin du travail :

Dans son rapport annuel adressé à l'association le 10 mai 2012, le médecin du travail spécifie de manière quantitative les conclusions des visites médicales : Apte : 72 – Apte avec restriction : 3 – Apte avec aménagement du poste de travail : 3 – Inapte temporaire : 2 – Inapte à tous les postes dans l'entreprise : 5.

Ce rapport annuel n'était pas inscrit à l'ordre du jour de la réunion CHSCT du 29 juin. Nous n'avons pas non plus eu connaissance d'aménagements de poste de travail effectués en 2011. Le rapport annuel au comité d'entreprise 2011 indique que quatre salariés ont été licenciés pour inaptitude : deux travailleurs sociaux et deux agents administratifs.

¹²⁹ PV Réunion du 29 juin 2012, p7.

Le document unique :

Le document unique est un inventaire des risques professionnels par unité de travail, les risques sont évalués selon leurs fréquences, la gravité, et les mesures de prévention réalisées ou à engager. Dans un document en date de janvier 2012 intitulé « *Méthodologie de l'élaboration du document unique d'évaluation des risques* », la direction générale indique la méthode de recueil des données pour l'analyse des risques : le recueil de données s'effectue à partir d'entretiens individuels par métier et de groupes de travail animés chacun par un directeur. Ces groupes sont organisés par environnement de travail : Internat - Assistants familiaux - Milieu ouvert - Services administratifs, ouvriers et agents d'entretien. Un membre du CHSCT est présent aux réunions.

Ces groupes de travail s'assimilent à des groupes projets, la méthode est participative mais nous préférerions la démarche antérieure qui réunissait de manière spécifique des groupes métiers.

Dans ce modèle, la situation particulière des maîtresses de maison et des surveillants de nuit peut être minorée : il est difficile pour un professionnel d'être le porte-parole de ses collègues, les échanges sont plus approfondis dans un groupe métiers grâce à une expérience et une culture de métier commune. Enfin, au préalable de ce travail de groupe quel qu'il soit, il apparaît nécessaire de définir des notions notamment sur les risques psycho-sociaux, qui soient partagées par l'ensemble des acteurs. Dans ce contexte un apport formatif extérieur peut s'avérer indispensable. Un des écueils à ces démarches réside dans la difficulté à concilier un modèle épidémiologique des risques avec une approche spécifique des risques psycho-sociaux dans notre secteur. Nous retrouvons cette dualité de l'approche dans la présentation du document unique 2011 : le mode d'évaluation des risques différent selon les unités de travail. Nous présenterons deux exemples :

Service entretien¹³⁰ :

Tâche effectuée situation dangereuse	Causes	Risques associés ou dommage	Gravité	fréquence	Niveau de criticité	Niveau de maîtrise	Etat : Criticité * maîtrisée	Mesure de prévention existante	A prévoir
--------------------------------------	--------	-----------------------------	---------	-----------	---------------------	--------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------

¹³⁰ Document unique. Etude des Risques, 29 septembre 2011, p1.

Gravité : cotation ; très faible (1), faible (2), moyen (3), grave (4), très grave (5). La fréquence est également cotée de 1 à 5. Le niveau de criticité est défini en multipliant gravité par fréquence. Le niveau de maîtrise est coté de 1 à 5, multiplié par le niveau de criticité il donne l'état. En fonction du chiffre obtenu, les mesures de prévention s'avèrent urgentes ou non.

Le modèle d'évaluation des gestes techniques est directement inspiré de l'industrie. Les arrêts de travail sont spécifiés dans la colonne « à prévoir » mais ne participent pas directement à la cotation. Après les aspects techniques, les « *dimensions psychologiques* » apparaissent en titre dans le même type de tableau. Les situations de travail ne sont pas évaluées mais des mesures de prévention sont définies. Le document révèle un écart entre le détail et la précision des gestes techniques et la partie intitulée dimensions psychologiques réduite à la portion congrue.

Educateurs spécialisés :

Tâches effectuée ou situation dangereuse	Cause (qu'est ce qui peut provoquer le risque ?)	Risque associé ou dommage	Mesure de prévention existante	A prévoir ou question
--	--	---------------------------	--------------------------------	-----------------------

Le tableau d'évaluation des risques est moins détaillé que le précédent et ne comporte pas d'évaluation, notamment pour le niveau de chronicité. Il est similaire pour d'autres catégories professionnelles : surveillants(e) de nuit, maîtresses de maison, assistants(e) familiaux. Les indicateurs permettant d'évaluer la fréquence et la gravité des risques par unité de travail (accidents de travail, arrêts maladie, turn-over) ne sont pas indiqués.

Nous estimons que le document est en phase d'élaboration, qu'il se construit peu à peu, tant sur la forme que sur le fond. Nous préconisons la poursuite de la réflexion sur la méthodologie de définition des risques et des mesures de prévention.

Le PAPRI Pact ¹³¹ :

Un document de la direction générale intitulé « Point d'étape sur la démarche de prévention des risques » (janvier 2012) rappelle les axes des plans de prévention 2010 et 2011 et présente un bilan des mesures de prévention et le programme des risques 2012. Nous

¹³¹ Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

choisissons d'analyser ces programmes à partir de deux axes définis dans le document, en observant la cohérence des actions sur ces trois années. En 2010, un axe prévoit de traiter les conditions de travail des cadres ¹³² :

« Permettre aux cadres de se réunir et de réfléchir à la façon dont ils vivent leur poste, comment ils appréhendent les évolutions. Ce travail a été amorcé au sein du conseil d'encadrement, il est envisagé de le poursuivre dans le cadre de séances d'analyse de la pratique pour les chefs de service éducatif. La méthode proposée en Conseil d'encadrement sera discutée au cours d'une séance de travail spécifique réunissant l'ensemble des chefs de service ».

Cet axe devient en 2011 : *« Travailler en conseil d'encadrement sur ce qui fait risque psychosocial, mettre en débat les modes d'organisation »*. En 2012 il s'intitule : *« Travailler sur les risques psycho-sociaux avec et pour le personnel d'encadrement »*.

La lecture du bilan, début 2012, nous informe que l'analyse de la pratique pour les chefs de service reste en débat. Les dates et thèmes des réunions en conseil d'encadrement sont cités pour l'année 2012. L'une d'elle a pour objectif : *« Accompagner les salariés dans leur propre analyse des risques psychosociaux, et notamment la formalisation de priorités d'action »*.

Nous observons le passage de la notion de conditions de travail à la notion de risques psychosociaux en relation avec les modes d'organisation. Spécifique aux cadres hiérarchiques, la réflexion a ensuite pour objectif l'accompagnement des professionnels de terrain. La démarche est pyramidale et nous n'avons pas d'informations sur la méthode.

En 2010, nous remarquons un deuxième axe : *« Engager une réflexion au sein de chaque service sur ce qui peut faire violence dans le cadre de travail »*. Il est spécifié que les modalités restent à définir. Cet axe ne figure plus dans le plan 2011 mais il est indiqué dans le bilan que *« Les établissements ont intégré cette réflexion dans le cadre de leurs activités »*¹³³. Deux formations ont été réalisées sur la gestion de l'agressivité en 2010 et 2011 : l'une spécifique pour 15 salariés de l'Accueil Familial, l'autre pour 15 salariés en inter services. En 2012, cet axe figure de nouveau au programme et une action de formation est prévue.

¹³² Bilan prévention des risques, janvier 2012. DG, P1.

¹³³ Ibid, p3.

Depuis 2011, nous constatons la prise en compte des risques psycho-sociaux. Ceux-ci sont déjà nommés en tant que tel : « *Un travail a été engagé en 2011 avec un groupe d'assistants familiaux sur la prévention des risques psycho-sociaux ; cette démarche qui intègre des échanges de groupe et la participation d'intervenants extérieurs sera poursuivie en 2012 et 2013 ; la participation de représentants du CHSCT serait souhaitée* ¹³⁴ ».

Si nous observons une continuité dans les programmes de prévention, les différents axes, les méthodologies d'actions et les bilans de ces actions sont peu détaillées. Il nous semble particulièrement regrettable dans ce « moment charnière » où s'élabore le document unique et les actions de prévention sur les risques psycho-sociaux, qu'un temps d'élaboration commun réunissant les cadres et les représentants du personnel, éventuellement animé par un intervenant extérieur, ne soit organisé. Ce temps en commun permettrait d'avoir des références communes mais aussi de confronter les représentations et les divergences sur un sujet sensible.

¹³⁴ Ibid., p4.

Chapitre 2 : Qu'avons-nous appris ? Retour sur nos hypothèses

A partir des situations problèmes évoquées par les professionnels dans les entretiens, nous avons tenté de repérer les stratégies individuelles et collectives utilisées pour réguler les tensions dans le travail. Ces stratégies nous renseignent sur ce qui se joue dans l'exercice réel du travail et révèlent des propositions de mesures de prévention ou d'évolution des organisations. Ces mesures peuvent déjà être en usage, d'autres sont à créer ou à questionner. Ces préconisations demeurent limitées par le cadre restreint de l'enquête qui vise autant à expérimenter la méthode qu'à produire des résultats. Nous reviendrons dans un deuxième temps sur nos hypothèses de départ afin de vérifier leur pertinence.

2.1. Situations- problèmes et préconisations

Les assistants familiaux :

Deux situations problèmes sont évoquées : l'une questionne la situation d'un enfant en échec scolaire dont l'orientation en ITEP n'est pas effective et qui reste très présent et désœuvré chez l'assistant familial. L'AF exprime un risque d'envahissement professionnel, des tensions dans la sphère familiale, un sentiment d'isolement ; « *Si on est envahi, qu'on n'arrive pas à communiquer, on s'enferme et le mal-être est grandissant [...] ce sont les autres collègues qui s'en aperçoivent* ¹³⁵ ».

Face à cette situation, l'assistant familial utilise plusieurs ressources : il bénéficie des acquis de la formation et peut contacter le référent de situation, la direction et/ou le psychologue du service...les groupes de paroles permettent aussi d'exprimer une difficulté et correspondent à l'analyse de la pratique.

Cependant si le professionnel est dans l'incapacité de communiquer sur sa situation, le dispositif devient inopérant. Comme l'indique l'AF lors de l'entretien, la démarche de

¹³⁵ Annexe 6, Entretiens, p81.

prévention repose alors sur les collègues qui peuvent intervenir auprès du professionnel en difficulté. Cette intervention a cependant ses limites : « *La seule possibilité dans ce groupe de parole, c'est de dire à la personne qui déverse quelque chose, parce que c'est vraiment un lieu fermé, c'est de l'encourager à aller voir quelqu'un, mais ça reste une démarche personnelle*¹³⁶ ».

Ces questions sont toujours en débat au sein de l'établissement et oscillent entre un accompagnement individuel par des personnes « ressources » internes ou externes au service et des projets collectifs de formation. Les collectifs de travail représentent une ressource importante et l'entretien révèle l'existence de réseaux formels et informels de proximité qui facilitent l'entraide et la coopération entre AF (fratries réparties dans deux familles, loisirs, accompagnements, relais ponctuels). Nous préconisons le recensement de ces réseaux et l'étude des besoins sur une base géographique, qui pourraient orienter l'organisation du service.

La deuxième situation problème concernait les relations parfois difficiles entre les éducateurs spécialisés, référents de situation, et les assistants familiaux. L'évolution du statut des AF qui accroît et reconnaît leur mission éducative peut susciter des conflits à propos des complémentarités entre les fonctions ou des incompréhensions concernant des attentes respectives. Là encore, ces différends doivent pouvoir s'exprimer dans des échanges institués pour éviter que les conflits perdurent. Si les arbitrages sont nécessaires, les échanges collectifs sur les modes d'organisation et les attentes réciproques sont à notre avis à systématiser dans l'intérêt des professionnels et de l'accompagnement des enfants.

« *C'est un point qu'on n'a pas abordé mais le jeune va mieux si sa famille d'accueil va mieux, c'est un tout...* » Cette dernière phrase ponctuant l'entretien semble évidente et pourtant elle révèle le lien entre les démarches de prévention de la souffrance au travail et la bientraitance des usagers. Nous estimons que ces deux axes sont indissociables et participent à la mission de l'association dans un système interactif permanent. Si le dispositif de prévention et de soutien aux professionnels est minoré ou insuffisant, les risques ne seront pas uniquement individuels, supportés par certains professionnels, mais porteront atteintes à la qualité des interventions auprès des usagers. Revenons sur la définition de la bientraitance

¹³⁶ Annexe 6, p 83.

proposée par l'ANESM ¹³⁷ : « *La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance*¹³⁸ ».

La bientraitance se fonde sur une culture partagée qui a des incidences sur les postures et les modes organisationnels : « *Née dans une culture partagée, la posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir ou de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. Elle ne peut se résumer à une série d'actes. Mais cette posture professionnelle n'est pas faite que d'acceptation. Elle comporte tout aussi bien le nécessaire souci de maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires et sécurisantes pour tous, et un refus sans concessions de toute forme de violences et d'abus sur le plus faible, d'où qu'elle émane. Cela implique que les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes*¹³⁹ ».

Nous estimons que la notion de bientraitance représente à la fois un moyen, un objectif et une obligation qui donne du sens et permet de relier les démarches de prévention et les missions des établissements.

Elle a aussi pour objet de réaliser un consensus entre les différents acteurs à partir des projets d'établissements et de services.

Maitresses de maison et surveillants de nuit :

Nous avons réuni ces deux emplois, bien que très différents, dans leurs conditions d'exercices, en fonction de problématiques communes : l'appartenance aux services généraux bien que les fiches de poste mentionnent pour une part des fonctions éducatives, des emplois périphériques et minoritaires au sein des équipes éducatives, des parcours professionnels qui restent à déterminer, une pénibilité physique et psychique importante spécifique à ces emplois, démontrée par les enquêtes. Ces problématiques sont implicites lors des entretiens

¹³⁷ Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

¹³⁸ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Juin 2008.

www.anesm.sante.fr/IMG/pdf/reco.bientraitance.pdf, consulté le 05/10/2012

¹³⁹ Ibid., p15.

qui révèlent une demande de reconnaissance importante et d'intégration dans les collectifs de travail.

Cette demande de reconnaissance s'exprime en terme matériel (statut, droit aux congés, salaires) et sous forme de rétribution morale et symbolique. La reconnaissance influe sur la santé au travail. Ainsi dans l'entretien 3, le SN reconnaît que pour obtenir un week-end complet par mois et une semaine de congés complète par trimestre, les professionnels ont optés pour des horaires comprenant, suivant les semaines, jusqu'à quatre nuits travaillées à suivre. Cette charge de travail représente la contrepartie pour conserver une vie sociale et familiale « a minima ». Cette information nous rappelle que les risques pour la santé dépendent aussi des conditions de travail spécifiques aux emplois.

Les différentes situations problèmes évoquées par les surveillants de nuit sont diverses et ont trait à des situations précises ou à des questions d'organisation et de cohérence d'équipe : tentative de suicide d'un jeune, appréhensions dans l'attente d'un événement incertain dans un contexte de solitude et de travail de nuit, situations de débordement avec violences verbales et physiques, complémentarités dans les fonctions avec les éducateurs spécialisés.

Les surveillants de nuit utilisent plusieurs stratégies pour faire face à ces situations : l'échange d'informations de manière informelle hors travail avec les pairs. Certains arrivent plus tôt au travail « pour une immersion progressive », rencontrent les enfants au coucher et prennent le temps d'échanger avec les éducateurs. D'autres utilisent le téléphone ou internet pour rester en contact avec les collègues d'autres structures. Les surveillants de nuit attendent des éducateurs du soutien et de la cohérence notamment dans les périodes de tensions. Il est prévu dans les unités du CSE Ville Marine que les éducateurs ne quittent pas leur poste tant que les enfants ne sont pas couchés et calmes. Cette pratique entraîne une certaine solidarité et une attention à l'autre. Les réunions entre surveillants de nuit, communes aux deux MECS, sont également appréciées et facilitent l'échange sur les pratiques et la reconnaissance entre pairs.

Outre les évolutions du statut, nous préconisons trois axes de prévention : **les mesures d'intégration dans l'équipe** : participation aux réunions et à l'organisation (horaires-astreintes de nuit), le maintien des temps de tuilage éducateurs/surveillants de nuit – **La généralisation des lieux de paroles** : Analyse de la pratique, supervision – **la formation et la qualification** : La formation a deux objectifs : l'adaptation au poste de travail et le maintien dans l'emploi selon le parcours professionnel. Le surveillant de nuit est prioritaire selon le

code du travail pour être reclassé dans un poste de jour, suite à un problème de santé ou autres motifs, l'accès à une autre qualification se prépare en amont. Ainsi, deux SN ont été reclassés dans l'association vers des postes d'ouvrier qualifié et de maitresse de maison.

Les maîtresses de maison évoquent des temps de groupes anxiogènes en raison des conflits et de la violence des jeunes. La cohérence et la stabilité des équipes éducatives représentent une ressource ou dans le cas opposé une contrainte. A la différence des éducateurs dont les horaires alternent, les maîtresses de maison sont toujours présentes en journée, elles sont donc particulièrement exposées par leur fonction à l'ambiance et à la présence des jeunes.

La charge de travail et la pénibilité physique et psychique sont soulignées mais les deux professionnelles s'accordent pour reconnaître l'autonomie dont elles bénéficient, la stabilité des horaires et la diversité de leur travail. Une maîtresse de maison questionne sa place dans l'équipe et témoigne d'un relatif isolement dans ses fonctions. Elle souhaiterait que les temps d'échange entre pairs soient plus fréquents

Les préconisations sont similaires à celles des surveillants de nuit. La question des parcours professionnels demeure. Une maîtresse de maison de l'association a réalisé une formation de technicienne en intervention sociale et familiale. Le port des charges lourdes est à considérer sans attendre les symptômes de TMS¹⁴⁰.

Les éducateurs spécialisés – Entretiens 1 et 8 :

Nous distinguerons les éducateurs exerçant en milieu ouvert et les éducateurs travaillant en MECS.

Les principales situations problèmes résident dans l'écart entre la mission et la réalité du terrain qui induit un sentiment d'impuissance dans des situations d'enfants en danger et un conflit éthique. A cela s'ajoute une charge de travail élevée. Les professionnels ressentent une forte responsabilité et une charge psychique difficile à évacuer. Lors de l'entretien, les

¹⁴⁰ Troubles musculo squelettique

professionnels reconnaissent que des collègues sont régulièrement en souffrance dans leur travail.

Les stratégies de défense sont individuelles et collectives : un éducateur rencontre régulièrement à son initiative un thérapeute et comme les autres professionnels participe aux séances d'analyse de la pratique organisées par le service. Tous deux estiment que le collectif et l'ambiance bienveillante qui règne dans le service sont aidants. Les travailleurs sociaux citent comme personnes ressources la chef de service et la psychologue qui se rendent très disponibles.

Lors de l'échange, nous réalisons l'importance des relations informelles dans le travail qui permettent de rompre l'isolement et de partager des avis. Dans l'entretien 1¹⁴¹ nous percevons comment une éducatrice expérimentée s'enferme peu à peu dans une suractivité qui l'isole du collectif et devient totalement débordée et submergée par ses responsabilités. Compte-tenu du nombre de situations suivies par les travailleurs sociaux (30 en moyenne) deux réunions de synthèse sont prévues la première année puis une par an si la mesure est maintenue. Les temps d'échanges informels avec la psychologue, la chef de service et les autres collègues ont une fonction de régulation et permettent de rompre l'isolement du référent. Dans une dynamique de changement, l'établissement devenant un « pôle milieu ouvert », il importe de préserver cette latitude et ces espaces de partage. C'est notre principale préconisation.

Les supervisions individuelles sont principalement destinées aux professionnels en souffrance. La supervision individuelle se déroule chez un thérapeute privé indépendant de l'établissement et a pour objectif d'analyser les « résonnances » de l'activité sur le professionnel en fonction de son histoire et de sa personnalité. Les effets attendus sont essentiellement préventifs, aussi nous souhaitons que ce dispositif soit proposé le plus en amont possible.

L'analyse des pratiques dont il est souvent fait référence est utilisée plus fréquemment. Animée par un thérapeute extérieur à l'établissement, elle s'adresse à une équipe qui, à partir de situations précises, analyse les pratiques et les différences d'interprétation entre professionnels. L'analyse vise à accorder, à donner du sens et à révéler les influences des

¹⁴¹ Annexes 6, p 107.

problématiques des usagers sur l'équipe. Le cadre est confidentiel. L'usage de l'analyse des pratiques est commun à tous les établissements mais pas systématisé. Comme pour la supervision individuelle, ses effets sont davantage préventifs que curatifs.

Cependant nous questionnons l'usage et le sens de ces dispositifs : ils sont initialement conçus comme des outils de travail et non pas en tant que mesure de prévention, même si les effets attendus participent à la prévention de la souffrance au travail. Suivant le sens choisi, les représentations diffèrent et nous passons du terme prescription au terme d'outil de travail. Un outil de travail employé au quotidien qui participe à la prévention primaire, c'est le sens de nos préconisations.

Les éducateurs spécialisés travaillant en MECS – Entretiens 6 et 7 :

Les trois collègues évoquent des situations de violence verbale et physique. Un éducateur questionne le sens et les paradoxes de son travail. Il cite comme exemple le retour d'un enfant dans sa famille malgré un contexte de danger et bien que cette famille ait refusé tout travail éducatif. Lors des épisodes de violence, les professionnels ressentent un sentiment de débordement et d'impuissance. L'un d'eux qui a maîtrisé un enfant en crise s'interroge sur sa propre violence : quelle est la limite entre contenance et maltraitance ? Le collègue s'est senti déstabilisé et en souffrance dans cette situation.

Les stratégies et les ressources sont différentes selon les contextes. Un professionnel victime de violences de la part d'un jeune a bénéficié du soutien de l'équipe et de sa hiérarchie. Il a décliné le recours à une supervision individuelle et s'est entretenu avec le psychologue du service. Dans une deuxième situation de violence, une équipe a obtenu de sa direction la fermeture de la structure pendant deux jours pour permettre à l'équipe de réfléchir sur les phénomènes de groupe et sur son organisation. Des jeunes ont fait l'objet d'une réorientation et l'équipe a engagé une analyse de la pratique. Ce temps d'organisation qui s'assimile à un séminaire de réflexion correspondrait à un besoin pour les équipes et pourrait s'instituer dans le fonctionnement de l'établissement. Autre stratégie plus individuelle : un éducateur suit une analyse à titre privé, il l'utilise aussi pour parler de son travail.

Il importe que les situations de violence dans les structures ne perdurent pas mais fassent l'objet de mesures spécifiques, aussi bien pour les enfants et adolescents que pour les professionnels. Le pire serait de banaliser ces phénomènes ou d'attendre la dernière limite

pour agir. Le soutien du collectif de travail et de la direction apparaît la première réponse ainsi qu'un mode de management bienveillant, non-jugeant et soutenant. Nous observons que plusieurs professionnels font appel à des personnes ressources dans les établissements, en particulier les psychologues. Cette fonction de soutien mérite d'être explicite. Le refus des supervisions individuelles proposées nous interroge. Les professionnels ressentent un sentiment de culpabilité ou de honte à être désigné comme victime ou « bouc émissaire » ? « Le traitement » individuel renforcerait ce sentiment et ils opteraient pour une réparation collective. Les modalités d'accompagnement des professionnels victimes de violences sont à questionner régulièrement.

Nous relevons une confusion dans le discours des professionnels au sujet de la supervision individuelle. Celle-ci ne peut se prescrire quand un salarié est considéré victime d'une agression. Nous avons défini auparavant la supervision en tant qu'outil de travail. La victime nécessite selon son état, évalué par le médecin du travail, un suivi psychologique afin de prévenir les conséquences pour sa santé du stress post traumatique¹⁴². Par contre il est préconisé que la prise en charge psychologique immédiate doit avoir lieu le plus rapidement possible après le traumatisme. Nous reviendrons sur ce sujet dans le troisième chapitre.

2.2. Retour sur nos hypothèses

Rappel des hypothèses

- Parmi les différents facteurs de risques spécifiques aux métiers éducatifs de la protection de l'enfance, le sentiment d'insécurité et les actes de violence en relation avec le travail auprès des usagers seraient les plus prégnants.

¹⁴² Un état de stress post traumatique (ESPT) peut apparaître après un événement exceptionnellement traumatisant sur le plan psychologique. Soit il fait suite à un événement présentant une menace pour la vie ou pour l'intégrité physique du sujet. Soit il apparaît alors que le sujet a été témoin d'un tel incident touchant ses proches. Le sujet éprouve alors une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur. L'ESPT s'installe à distance du choc initial (de quelques jours à plusieurs mois). Le sujet revit de manière obsédante l'événement traumatisant (pensées - flashs back- rêves - cauchemars). Il évite tout ce qui pourrait le lui rappeler et va se replier sur lui-même. Il peut souffrir d'agitation, d'angoisses, de troubles du sommeil, de difficultés de concentration...Cet état, s'il dure, risque de se compliquer de troubles psychologiques.
www.ast74.fr/informations-sante-travail/dossier-thematique-6-risques-psychosociaux/id-26-stress-post-traumatique.

- Dans la conception d'une démarche de prévention, il semble nécessaire d'adapter les modèles de prévention aux spécificités du secteur, à la culture et aux pratiques de travail des professionnels, en utilisant une démarche participative.
- Une démarche de prévention est indissociable des démarches de projets et de changement.

Les résultats de l'enquête « La vie au travail » et les entretiens avec les professionnels attestent que le sentiment d'insécurité et les violences externes représentent un des principaux facteurs de risques pour la santé. Ces phénomènes ne sont pas spécifiques à l'association Enfance et Famille mais concernent le secteur de la protection de l'enfance et plus globalement de l'action sociale selon les enquêtes et travaux sur ce sujet. Cependant, les risques pour la santé ne sont pas réductibles à ce seul facteur : la charge psychique, le sentiment d'impuissance ou la perte de sens des missions, la solitude et la non reconnaissance dans le travail, sont évoqués par les professionnels.

La généralisation de la violence des jeunes dans les différents espaces publics nous interroge. C. Dejours met en cause les conditions sociales, dont le chômage de masse des parents, qui provoquent des mécanismes de défense et de rejet intégrés par les enfants et des jeunes adultes.

Jean-Claude Gaillard, thérapeute systémicien et psychanalyste, soutient que « *le façonnement sociétal des enfants et adolescents de moins de dix-huit ans n'est plus le même que celui qui façonnait jusqu'alors les générations successives*¹⁴³ ». Ceux qu'il nomme les mutants sont moins sensibles à la culpabilité et aux conflictualités internes, le désir évolue vers le besoin, aussi ne supportent-ils plus la moindre frustration. Passé et futur sont réunis dans un présent compact et « *les enfants d'aujourd'hui ne sont pas soumis à l'autorité de mode paternel* » ni à la hiérarchie. L'incompréhension des parents et éducateurs face à ce phénomène provoque la violence. JP Gaillard préconise de réinventer l'acte éducatif et pédagogique.

JP Gaillard évoque les mutants normaux. Les enfants et adolescents suivis dans le cadre de la protection de l'enfance ont pour la majorité des troubles psychiques importants qui

¹⁴³GAILLARD JP, décembre 2008, La revue du droit juridique et sociale – journal du droit des jeunes n° 280, p15.

peuvent nécessiter un accompagnement psychologique et/ou psychiatrique. Les familles de ces enfants présentent pour la plupart des difficultés sociales et des parcours chaotiques.

Les professionnels travaillant dans les internats éducatifs de l'association subissent plus fréquemment les manifestations de violence des usagers que dans les autres établissements. Le placement en MECS par décision de justice ou administrative provoque une contrainte de séparation avec la famille, très difficile à accepter par les enfants et adolescents.

Corinne Berthonnaud, psychologue à la maison d'enfants La Passarellà de Montauban : « *La violence est présente dans leurs relations aux pairs avec lesquels ils vivent et qu'ils n'ont pas choisis, et dans les relations aux éducateurs auprès desquels ils interrogent ce qui a été compliqué avec leurs parents. Il y a toute une partie du travail psychique de séparation, de mise à distance qui reste à accomplir*¹⁴⁴ ».

La violence est donc inhérente au placement et se renforce dans la dimension groupale des maisons d'enfants même si la division en petites unités a réduit le nombre d'enfants (de huit à dix par unité). L'enjeu est donc d'accueillir la souffrance de l'enfant et celle de la famille pour élaborer ou co-construire ce que provoque le placement de part et d'autre.

Nous avons observé également dans notre enquête l'afflux dans les MECS d'enfants et d'adolescents dont les pathologies se caractérisent par des passages à l'acte violents. Jérôme Bouts, directeur du foyer *La Jaunaie* à Saint Sébastien-sur-Loire (Loire-Atlantique) explique cette augmentation « *en raison des désengagements opérés du côté du médico-social, de la pédopsychiatrie et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse* ». Néanmoins il situe davantage la violence du côté des institutions et de l'organisation proposée que du côté des jeunes tels qu'ils sont structurés. Nous pensons également que les dispositifs de coopération entre secteurs sont encore expérimentaux et que chaque établissement se protège au détriment de la situation de l'enfant.

Les MECS ne peuvent fonctionner que dans une ouverture et un environnement social. Si des enfants et adolescents restent désœuvrés, exclus du système scolaire ou des dispositifs d'insertion, sans activités de loisirs et de création, la violence sera inévitable.

¹⁴⁴BERTHONNAUD Corinne, Actualités sociales hebdomadaires – n° 2774, p24 – Septembre 2012.

Francis Batifoulrier dans un ouvrage nommé « *Refonder les internats spécialisés*¹⁴⁵ » propose cinq axes de transformation : mettre en œuvre une clinique de l'institution, affirmer la professionnalité des éducateurs d'internat, penser le nouage de l'individuel et du collectif, soutenir la question du soin par une pratique à plusieurs, caractériser les modalités d'aide et de soutien à la parentalité dans une démarche de coévolution. Une réflexion s'engage à travers les projets d'établissements pour proposer des pratiques innovantes à partir de ces différents axes.

Un article récent paru dans la revue *Actualités sociales hebdomadaires*, intitulé : « *Face à la violence, développer une culture de la prévention*¹⁴⁶ » recense diverses innovations en internat éducatif. L'intérêt de cette démarche de prévention est d'agir directement sur les causes de la violence et sur la qualité de l'accompagnement auprès des usagers. En effet prévenir les violences permet d'éviter les exclusions des jeunes et facilite un parcours stable et plus apaisé dans l'établissement. La démarche réaffirme le nécessaire travail avec la famille, « *la mise à sa juste place* » souligne Jérôme Bouts « *Moins on travaille la question de la famille, plus le déroulé du placement sera chaotique, voire violent, et les départs de l'institution précaires pour ne pas dire catastrophiques*¹⁴⁷ ». Les parcours des jeunes sont élaborés au moyen de projets personnalisés qui prévoient une palette de modalités d'hébergement et d'accompagnements, des modes d'accueil hors établissement dans des lieux relais. Les prises en charge partagées entre établissements et secteurs représentent aussi une piste de travail.

La démarche de prévention tient compte aussi des professionnels : « *Les enfants attaquent l'autorité et la relation à l'autre, ils attaquent pour voir si ça tient, justement pour se sentir en sécurité, rassurés par les adultes qui sont là [...] Tenir est le maître mot, tant le bon fonctionnement d'une maison d'enfants est d'abord fonction de la solidité et de la solidarité de ses équipes*¹⁴⁸ ». L'analyse des pratiques et/ou les supervisions sont systématiquement préconisées.

¹⁴⁵ BATIFOULIER F, TOUYA N, *Refonder les internats spécialisés*, pratiques innovantes en protection de l'enfance Dunod, Paris, 2008.

¹⁴⁶ *Actualités sociales hebdomadaires* – 14 septembre 2012 – N° 2774.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p24.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p 26.

Cette démarche de prévention, liée à une démarche de projet et de changement, conforte ma troisième hypothèse. Elle rejoint également les recommandations de l'ANESM citées dans l'article: « *L'instauration de réunions de travail permettant aux professionnels de développer une compréhension partagée de la violence au sein de l'établissement et la mise en place d'un dispositif d'observation et d'analyse en continu des incidents et événements critiques afin de repérer les facteurs de risques.*

Egalement préconisé : l'élaboration de protocoles de gestion de crise définissant les conduites à tenir individuellement et collectivement. L'étayage et la sécurisation des professionnels sous différentes formes : analyse des pratiques et formations spécifiques ».

Nous espérons avoir démontré dans ce mémoire la pertinence du modèle de l'ANACT. Ce modèle très adaptatif permet de recenser les facteurs de ressources et de contraintes internes et externes, spécifiques à l'association, dans un contexte en mutation. Le recensement des facteurs de risques à partir de l'analyse des situations problèmes amenées par les professionnels permet d'objectiver ces situations et facilitent une certaine prise de distance, tout en contribuant à sensibiliser les professionnels sur la prévention. Les entretiens révèlent l'importance de collectifs de travail solidaires accompagnés par un management bienveillant et soutenant. La prévention primaire repose sur cette dynamique. Nous privilégions pour cela une approche collective de la prévention. En effet le premier bénéficiaire et le premier acteur de cette prévention est le salarié lui-même. La démarche de prévention doit donc reposer sur une dynamique partagée, en relation avec les missions des établissements, la qualité de l'accompagnement des enfants et de leurs familles et la santé des professionnels.

Notre démarche dans ce débat rejoint l'éthique du Care « *prendre soin de* » et la définition du concept de bientraitance : *Ainsi la bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque*¹⁴⁹

¹⁴⁹ ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, p13, 2008.

Chapitre 3 : Les salariés en situation de handicap dans l'association

Nous avons essentiellement traité dans notre enquête la prévention primaire et secondaire, les préconisations qui en résultent appartiennent essentiellement à ces deux niveaux de prévention. Cependant nous constatons dans les rapports annuels au comité d'entreprise, d'une part l'insuffisance de la politique d'emploi des professionnels en situation de handicap tels qu'ils sont recensés dans la DOETH, de l'autre le départ régulier de salariés licenciés pour inaptitude ces dernières années. Les questions à propos du maintien dans l'emploi et de la prévention tertiaire demeurent.

3.1. L'emploi des personnes en situation de handicap

En préalable à la rédaction de la monographie lors de la première année de formation, nous avons rencontré les directeurs d'établissements de l'association afin de nous informer sur les enjeux et les facteurs d'influences qui affectaient leurs établissements, la situation de l'emploi des personnes en situation de handicap et les mesures éventuelles de maintien dans l'emploi. En mars 2012, nous présentions au CHSCT un document de synthèse sur ces entretiens, la situation de l'emploi et des « pistes » de préconisations. Nous reprenons pour ce chapitre des éléments de cette synthèse.

Déclaration annuelle des travailleurs handicapés :

Seuls trois établissements en fonction du nombre de salariés sont assujettis à l'obligation d'emploi : l'Accueil Familial, le centre socio-éducatif Ville Marine et le Centre d'Accueil et d'Observation. Cette distinction entre établissements ne facilite pas une politique d'emploi commune associative.

En 2010, l'obligation d'emploi s'élève à 7 unités pour l'AF, l'écart est de 4,58 minorée à 2,58 en fonction de l'emploi des plus de 50 ans. La contribution s'élève à 15 859,40 euros pour l'AF et de 3721,20 euros pour VM (0,84 unités en moins).

En 2011, L'écart avec l'obligation d'emploi se réduit mais il manque 4,58 unités à l'AF minorés à 3,58. La contribution s'élève à 13140,00 euros.

Au total en 2011, dix salariés apparaissent dans la déclaration annuelle, ce qui représente 3,60% de l'ensemble des salariés (278 au 31/12/2011). Ce taux d'emploi est plus bas que celui de la branche. Trois emplois sont représentés : Surveillant de nuit (5), Agent de service intérieur (2), Assistant familial (3). Une majorité de ces emplois sont peu qualifiés et reconnus pour leur pénibilité (travail de nuit). Nous ne connaissons pas la moyenne d'âge des salariés mais nous l'estimons élevée, ce qui à court terme va imposer un renouvellement des effectifs ou des contraintes financières importantes.

Synthèse des entretiens avec les directeurs :

La directrice du CAO a fait appel au GIST¹⁵⁰ pour l'aménagement des postes de travail des secrétaires administratives. Les surveillants de nuit disposent de fauteuils adaptés. La directrice constate que l'architecture des locaux entraîne une fatigabilité pour les personnels. Le poste de travail d'un agent de service a fait l'objet d'aménagement au CSE VM. Le directeur de l'AF relève que la diversité des modes d'accueil et les relais entre assistants familiaux permettent de mieux gérer les fins de carrière. Il constate la difficulté à repérer en amont les professionnels en difficulté dans leur travail. Deux établissements ont fait appel à Cap Emploi et ont trouvé intéressant la pré-sélection des candidatures.

Le directeur général évoque la liberté de choix des professionnels qui transmettent ou non à l'employeur des informations sur leur situation. Il estime être peu sollicité par les organismes placeurs spécialisés.

L'association s'est engagée dans le renouvellement de son parc immobilier et tiendra compte de l'accessibilité pour ses nouveaux bâtiments.

Constats et préconisations :

Nous constatons l'absence de politique concertée en faveur des personnes en situation de handicap au niveau de l'association. En l'absence de direction des ressources humaines, la

¹⁵⁰ Groupement interprofessionnel de santé au travail.

gestion stratégique, administrative et financière est prioritaire dans le contexte actuel. Le statut de travailleur handicapé provoque aussi des représentations sociales négatives, en particulier chez les travailleurs sociaux.

Cette mission de développement pourrait être attribuée à un salarié dans le cadre d'une mission transversale complémentaire à son activité. Cette disposition figure dans les mesures proposées par OETH :

« L'association OETH dans ces mesures d'insertion propose aux établissements de nommer un référent handicap : Le référent handicap est une personne ressource de l'établissement, facilitant la mise en œuvre de la politique handicap souhaitée par la direction, en lien avec les instances représentatives du personnel. Le référent handicap sera associé au réseau animé par OETH et participera aux réunions biannuelles qui permettront échanges et capitalisation des actions menées ¹⁵¹».

OETH finance les coûts pédagogiques d'une formation de deux jours sur ce sujet et cofinance le temps d'intervention pour les actions menées par le référent handicap la première année (1000 euros forfaitaires/ an).

L'association OETH, dans le cadre de la politique de prévention du handicap, accompagne les établissements dans la définition et la mise en œuvre de leur démarche de prévention des risques psychosociaux. La participation au financement d'un intervenant extérieur s'élève pour les structures de 50 à 249 ETP à 75% du devis plafonné à 10000 euros ¹⁵².

3.2. Maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap

Le maintien dans l'emploi concerne tous les bénéficiaires de l'obligation d'emploi tels que listés par l'article L. 5212-13 du code du travail ¹⁵³ mais aussi tous les salariés en risque

¹⁵¹ www.oeth.org fiches mesures.

¹⁵² www.oeth.org

¹⁵³ Les titulaires de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) – Les titulaires de la carte d'invalidité – les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) – les titulaires d'une pension d'invalidité à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gains –

d'inaptitude, en restriction d'activité et en difficulté pour se maintenir dans leur emploi. A l'origine, le concept de maintien dans l'emploi concerne un public spécifique, les travailleurs handicapés, pour ensuite se généraliser. Le maintien dans l'emploi représente un enjeu social important. Traité auparavant par les dispositifs sociaux de sortie du travail, il est lié au vieillissement démographique, à l'allongement de la durée du travail, aux risques professionnels évoqués dans ce mémoire et aux caractéristiques du travail. Il représente un nouveau défi et une obligation pour les employeurs.

Nous avons observé que les indicateurs concernant le turn-over dans certaines équipes, le nombre d'arrêts maladie, les licenciements pour inaptitude et les démissions, étaient en hausse sur les trois dernières années. Il apparaît nécessaire, tout en mettant en œuvre des mesures préventives, de traiter les conséquences des risques du travail sur la santé. Les interventions seront centrées sur l'individu afin d'apporter de l'information, un accompagnement et du soutien. L'objectif de ces interventions demeure le maintien dans l'emploi soit dans le poste de travail initial en l'aménageant, ou en reclassant le salarié dans un autre poste interne à l'association. A défaut, le salarié peut envisager une reconversion et suivre une formation qualifiante pour préparer son retour à l'emploi.

Plusieurs principes guident l'action : Rompre l'isolement de la personne et agir sur les collectifs de travail - S'appuyer sur la réflexion et les compétences de la personne au lieu de se focaliser sur les incapacités – Eviter la résolution dans l'urgence qui empêche d'analyser l'ensemble des solutions de maintien – Elargir la réflexion à l'ensemble des acteurs qui peuvent intervenir dans la situation. Ces quatre axes de travail impliquent de définir une politique de maintien dans l'emploi associative et un dispositif, une démarche d'accompagnement individuel et collective. Le sujet est vaste et nécessite une réflexion avec tous les acteurs concernés, aussi nous limiterons notre propos aux éléments issus de notre recherche.

L'accompagnement individuel :

Dans le cadre d'une inaptitude, la loi impose des délais très stricts entre la première visite avec le médecin du travail et la deuxième où l'inaptitude est prescrite. L'employeur dispose

Les victimes d'accidents de travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% - Les mutilés de guerre ou assimilés.

ensuite d'un mois pour reclasser la personne dans un autre poste, à défaut le salarié est licencié pour inaptitude. Le signalement et l'accompagnement de la personne en amont de cette procédure est vitale pour la démarche de maintien dans l'emploi.

Le signalement provient de la personne elle-même, du médecin du travail lors d'une visite de reprise obligatoire après un arrêt maladie, de la hiérarchie, de collègues ou de délégués du personnel, d'élus du CHSCT après l'analyse du registre d'incidents. Le signalement intervient généralement quand le risque de perte d'emploi devient probable. Evelyne Escriva considère que « *Le plus difficile reste de ne pas s'arrêter au simple constat d'une situation qui le plus souvent apparait sans issue. L'enjeu d'une démarche de maintien consiste justement à ouvrir le jeu en permanence afin d'explorer les pistes et trouver la meilleure option* ¹⁵⁴ ».

Le maintien dans l'emploi prend appui essentiellement sur le triptyque : salarié, médecin du travail, employeur. Cependant des personnes ressources peuvent servir de tiers et d'accompagnant : médecin traitant, représentants du personnel...surtout au début de la démarche afin de faire le lien avec le salarié, de rompre l'isolement de la personne et de l'aider à se mobiliser. N'oublions pas que le principal acteur reste la personne elle-même mais que le temps est nécessaire pour s'inscrire dans une démarche de projet.

Afin d'effectuer cette mission de veille, d'accompagnement initial, le suivi du projet et la recherche des différents acteurs externes, nous préconisons la création d'un comité de pilotage (veille-prévention). Il peut se composer d'un représentant du CHSCT, du référent handicap, d'un représentant associatif, d'un directeur et de l'assistant RH, éventuellement du médecin du travail. Ce comité, sous l'égide d'un responsable de projet, rend compte de son travail au directeur général et au CHSCT. La mission de ce comité peut être élargie au suivi du protocole violence et à des actions de formations internes.

Selon Evelyne Escriva, il est nécessaire de respecter certaines étapes dans la démarche de maintien dans l'emploi : « *L'analyse du contexte de signalement, le diagnostic de la situation de handicap, la recherche de solutions, sa mise en œuvre et son évaluation, le suivi* ¹⁵⁵ ».

¹⁵⁴ ESCRIVA E, op cit, P8

¹⁵⁵ Ibid, p43.

La loi n° 2011- 867 réformant les services de santé au travail a modifié les conditions de l'examen de pré reprise qui devient obligatoire. La loi prévoit que les médecins du travail sont entourés d'une équipe pluridisciplinaire qui a notamment pour mission le maintien au poste de travail.¹⁵⁶ La visite de reprise intervient après un arrêt maladie ou un accident non professionnel d'au moins trente jours et suite à un arrêt maladie de huit jours pour un accident du travail.

La loi prévoit que les médecins du travail soient entourés d'une équipe pluridisciplinaire qui a notamment pour mission la recherche de solutions du maintien au poste.

Dans le cadre de violences et d'agressions sur les lieux de travail, nous préconisons qu'une déclaration d'accident du travail soit faite systématiquement, même en l'absence d'arrêt de travail. Cette déclaration permet d'alerter le médecin du travail et ouvre des droits ultérieurs pour les salariés, notamment pour la reconnaissance des traumatismes psychologiques professionnels au titre des maladies professionnelles.

Les autres acteurs du maintien dans l'emploi :

Si la personne concernée fait partie des personnels relevant de l'obligation d'emploi, l'employeur peut faire appel aux dispositifs de maintien dans l'emploi proposés par l'association OETH. Plusieurs prestations figurent dans ce dispositif : le bilan de maintien dans l'emploi (SAMEH- autres prestataires) – la reconversion professionnelle en partenariat avec UNIFAF- la prime reconnaissance pour le salarié – l'accompagnement à la reprise du travail ou prise de poste – l'aménagement du poste de travail – l'aide à la mobilité avant emploi – le salaire de transition.

¹⁵⁶ Site : travail-emploi.gouv.fr : En vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois, une visite de pré reprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié. Au cours de cet examen de pré reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements et adaptations du poste de travail, des préconisations de reclassement, des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle. Sauf opposition du salarié, il informe l'employeur et le médecin conseil de ces recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié.

Ces mesures sont importantes et couvrent un ensemble de besoins. Pour le salarié en risque d'inaptitude, qui n'a pas la reconnaissance de travailleur handicapé, le parcours peut être complexe.

L'interlocuteur du salarié et de l'employeur, en sus du médecin du travail, est le service social de la CARSAT¹⁵⁷. Celui-ci recense plusieurs dispositions : la reprise du travail à temps partiel thérapeutique – les modules d'orientation adaptée durant les indemnités journalières (MOAIJ) – l'accompagnement social – les bilans de compétences et la formation continue. Depuis 2010, la loi permet à tout salarié de bénéficier de dispositifs de maintien dans l'emploi pendant son arrêt de travail avec le maintien des indemnités journalières.

Les mesures de prévention tertiaires nécessitent un travail préalable pour recenser les acteurs, les dispositifs, les financements possibles et leurs limites. Cette ouverture à tous les acteurs permettra à l'employeur d'accompagner le mieux possible des salariés en situation de handicap.

Le tableau, page suivante, présente le dispositif de prévention global de l'association Enfance et Famille. Dans ce dispositif existant, nous avons fait apparaître (en gras) nos préconisations formulées dans cette quatrième partie

¹⁵⁷ Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Conclusion de la quatrième partie

Tableau synthétique n°6 - Dispositif de prévention global et d'évaluation

<i>Acteurs</i>	<i>Actions de prévention (existant)</i>	<i>Indicateurs/vigilance - Préconisations¹⁵⁸</i>
CHSCT	Procès-verbaux Visites d'inspections	Evaluation annuelle
Médecins du travail - CHSCT	Rapport annuel	Evaluation annuelle
Direction générale Conseil de direction CHSCT Professionnels	DOCUMENT UNIQUE Groupes représentatifs unité de travail Entretiens individuels	Méthodologie d'approches des RPS Travail de réflexion commun avec le conseil de direction et apport de formation Dispositif de Branche : Accompagnement Groupes métiers Evaluation annuelle
DG – CHSCT Acteurs externe	PAPRI Pact	Bilan des actions de prévention Evaluation annuelle
CHSCT – DG Comité pilotage (veille- prévention)	Protocole Violence	Analyse – Evaluation – Analyse des facteurs organisationnels et projets de service Travail préparatoire cellule de veille Evaluation trimestrielle - Annuelle
CE –DG- CHSCT	RAPPORT ANNUEL au CE	Définition des indicateurs Liens avec l'activité et évolution de services, projets Analyses qualitatives Présence CHSCT/conseil de direction
Direction Générale - CE – Commission formation	Plan de formation	Formations/prévention/ reclassement Parcours professionnels Adaptation au poste de travail Entretiens professionnels Evaluation trimestrielle/ annuelle

¹⁵⁸ Préconisations en gras dans le tableau

CE- CHSCT-DG- DP Référent handicap Comité de pilotage (veille- prévention)	Déclaration travailleurs handicapés Actions ponctuelles	Projet : Référent handicap¹⁵⁹ Mission transversale Liens dispositif de branche OETH Animation réseau Accompagnement professionnels (situations de handicap) Evaluation
DG	Disposition règlement général de fonctionnement	Tutorat à l'embauche Modalités mobilité interne/externe Evaluation annuelle
DG -DS	Plans d'actions concertées Accords d'entreprises	Evaluation annuelle-Bilan
DG – CHSCT –CE Conseil de direction	Groupes de paroles Supervision Analyses de la pratique Commissions Groupes projets	Evaluation –Harmonisation -systématisation Supervisions individuelles Analyse de la pratique Groupes de paroles Réunions d'équipes Réunions d'organisation Formation/ réunion/ projet ETB/service Commissions intra/inter Professionnels ressources

¹⁵⁹ Référent handicap : Dispositif de Branche, OETH

Conclusion générale

Au terme de cette recherche et de deux années de formation dans le cadre du DPITSH au collège coopératif de Bretagne, nous portons un regard sur la démarche qui nous a animés.

Plusieurs motifs ont guidé ce choix de formation. En premier lieu la rencontre de personnes déficientes intellectuelles dans un foyer de l'APEI à Saint-Nazaire. Nous avons alors créé un club de voile-croisières qui s'est révélé un véritable outil d'insertion et d'animation. Des projets d'insertion par les loisirs aux projets d'insertion par le travail, il n'y a qu'un pas. animateur socio-éducatif pendant de longues années dans le secteur de la protection de l'enfance, nous constatons combien les évolutions de l'éducation spécialisée étaient partagées par l'ensemble du secteur social. Nous ressentions aussi le fait que les frontières entre les institutions sociales et médico-sociales devenaient ténues, tant à cause des problématiques des enfants et adolescents que par des liens de coopérations associatifs.

Elu au comité d'entreprise, nous avons souvent plaidé pour la diversité des recrutements de professionnels et des parcours de formation. Notre intérêt, la première année au collège coopératif, portait sur les représentations sociales du handicap en découvrant la thèse de JL Blaise et l'ouvrage de JJ Stiker « Corps infirmes et sociétés ». A côté de ces questions théoriques qui pouvaient apporter des éléments sur les freins à l'emploi, le recrutement et le maintien dans l'emploi des professionnels relevant de l'obligation d'emploi dans l'association me questionnaient et nous envisagions un sujet de mémoire sur ce thème.

Nous étions aussi confrontés depuis plusieurs années à la détresse de salariés du fait de leur travail et aux départs réguliers de professionnels licenciés pour inaptitude. Pourtant l'association ne remplissait pas totalement l'obligation d'emploi. Finalement les questions du maintien dans l'emploi et de la prévention de la souffrance au travail se posaient pour l'ensemble du personnel et pas seulement pour les travailleurs reconnus « handicapés ». Ce cheminement détermine la problématique du mémoire :

Comment prévenir les situations de handicap en lien avec la souffrance au travail chez les travailleurs sociaux et le personnel d'une association œuvrant dans le secteur de la protection de l'enfance ?

La démarche de départ se fonde sur une approche personnelle et syndicale mais la posture de recherche utilisée pendant ces deux années permet une certaine distance pour approcher un cadre professionnel. Ainsi, bien que nos fonctions actuelles ne se confondent pas avec un poste de chargé d'insertion, les enseignements de la formation et de cette recherche nous apportent des compétences et une reconnaissance de professionnel-ressource.

Dans la première partie du mémoire, nous constatons que La souffrance au travail et les risques psychosociaux sont devenus un fait social majeur, producteur d'exclusion et de handicap. L'économie sociale est particulièrement concernée par ce phénomène selon les enquêtes françaises et européennes. Ce malaise s'exprime dans les établissements sociaux et médico-sociaux par un turn-over et un absentéisme important, du mal-être et de la souffrance au travail, des maladies physiques et psychiques provoquant des licenciements pour inaptitude. La législation a évolué sur ce sujet et nous avons fait le lien entre ces manifestations, le domaine de la santé au travail et les obligations des employeurs.

La souffrance au travail et les risques psychosociaux s'appréhendent à partir des facteurs environnementaux et des facteurs spécifiques au travail. Si pour les besoins de l'analyse ces facteurs sont distincts, ils demeurent intimement liés. Ainsi l'exposition à la violence et la charge psychique apparaissent inhérentes au travail social mais dépendent aussi de facteurs organisationnels, des modes de management et du contexte institutionnel. Le choix du modèle de diagnostic et de prévention des risques psycho-sociaux doit tenir compte de cette complexité et de la dimension systémique des facteurs de risques. Le modèle doit aussi à la fois « rendre visible » cette complexité et dégager des pistes d'actions. Celui préconisé par l'Anact nous a servi de « fil conducteur ».

La notion de travail et de souffrance au travail explicitée par Christophe Dejours, Vincent de Gaulejac et Marie Pezé s'avèrent indispensables pour comprendre la relation subjective et sociale entre l'homme et le travail et ses effets sur la santé. La prise en compte de ces notions a des conséquences opératoires sur la conception des démarches d'insertion et de prévention. A partir des conclusions de l'enquête et des entretiens, nous avons vérifié ces enseignements et dégagé des pistes de travail. Certaines préconisations rejoignent nos hypothèses de départ.

La restitution et l'analyse de « situations problèmes » par des groupes métiers permettent d'objectiver ces situations et participent à la définition et au traitement des risques professionnels.

Préconisée par l'Anact et expérimentée lors des entretiens, cette méthode de travail inspirée de l'analyse de la pratique représente un espace de paroles pour les participants. Entre autres objectifs, les échanges révèlent l'écart entre le travail prescrit et le travail réel.

Dans la conception d'une démarche de prévention il est nécessaire d'adapter les modèles de prévention aux spécificités du secteur, aux cultures de métiers et aux pratiques de travail en utilisant un mode participatif.

Les modèles épidémiologiques s'avèrent nécessaires en termes de diagnostic sur la santé mais ils restent complémentaires à une démarche de prévention des risques psychosociaux. Des organismes de branche ou issues de l'Economie Sociale comme CHORUM et OETH, proposent un accompagnement spécifique adapté aux établissements sociaux et médico-sociaux afin de définir des actions de prévention. Les préconisations élaborées à l'aide des entretiens proposent une relecture des pratiques professionnelles fondamentales du secteur : analyses des pratiques, supervisions individuelles, collectifs de travail, réunions d'organisations et espaces de paroles, personnes ressources, management bienveillant et soutenant... Ces fondamentaux s'articulent avec une ouverture aux partenaires : travail en réseaux, partenariat, dispositifs spécifiques.

Dans un contexte en évolution, la démarche de prévention est indissociable des démarches de projet. Prévention des risques professionnels, prévention de la violence et démarche de bientraitance : trois axes pour une même dynamique.

Nous avons réunis démarche de projet et prévention. Si nous prenons l'exemple de la violence des usagers subie par les professionnels, nous nous apercevons de l'importance des facteurs organisationnels et des projets d'établissement pour contenir et prévenir cette violence. Associer les professionnels à cette démarche de projet, c'est aussi leur permettre de ne plus subir ces situations et faire « œuvre de création ». Tenir compte des notions de bientraitance pourrait se résumer par « prendre soin de l'autre », qu'il soit professionnel ou usager. Ces trois axes réunis : démarche de prévention, démarche de projet et démarche de bientraitance, garantissent la qualité de l'accompagnement des usagers.

Une culture de prévention partagée

Le « saupoudrage » des actions de prévention et le déficit d'élaboration et de formation commune entre les différents acteurs (IRP/conseil de directions/ administrateurs/

professionnels) sont contre-productifs. Il importe de confronter nos représentations sur ce sujet. Pour cela, le recours à un intervenant extérieur est souvent conseillé.

Attention aux emplois et aux métiers minoritaires

L'enquête révèle que les emplois de surveillant de nuit et de maîtresses de maison sont particulièrement exposés et fragilisés ainsi que l'ensemble des professionnels intervenant dans les services d'accueil d'urgence en MECS.

Nous espérons que ce mémoire puisse contribuer à la politique de prévention de l'association Enfance et Famille. Pour cela, nous préconisons la création d'une mission transversale attribuée à un référent handicap. Dans cette perspective, un comité de veille et de prévention serait plus particulièrement en charge de la prévention tertiaire. Nous remercions l'équipe du Collège Coopératif en Bretagne et les différents intervenants de la formation DPITSH.

Tables des Matières

INTRODUCTION GENERALE	5
PREMIERE PARTIE : SOUFFRANCES AU TRAVAIL ET SITUATIONS DE HANDICAP : UN FAIT SOCIAL	8
Introduction	8
CHAPITRE 1 : LES APPROCHES THEORIQUES, LE TRAVAIL, LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL	9
1.1. Travail et souffrance au travail.....	9
1.2. Souffrance au travail et risques psychosociaux	11
1.3. Souffrance au travail et Situations de handicap.....	15
CHAPITRE 2 : LA SANTE AU TRAVAIL	17
2.1. Historique - Définition - Législation et contexte -	17
2. 2. Les acteurs (risques professionnels-prévention)	19
2. 3. Les risques et les maladies professionnelles	20
2. 4. Les obligations de l'employeur- Le cadre légal	22
CHAPITRE 3 : SOUFFRANCES AU TRAVAIL, CONSEQUENCES SANITAIRES, ECONOMIQUES, SOCIALES ET PRODUCTION DE HANDICAPS.....	24
3.1. Les risques psychosociaux.....	24
3. 2. Effets sur la santé et sur les collectifs de travail	26
3.3. Conséquences économiques et sociales.....	27
3. 4. Souffrances au travail et situations de Handicap.....	30
CHAPITRE 4 : LA BRANCHE SANITAIRE, SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE PRIVEE A BUT NON LUCRATIF	33
4. 1. Les mutations de la branche	33
4.2. L'association OETH.....	34
4.3. Bilan de l'obligation d'emploi	36
4. 4. Spécificité des risques psychosociaux dans la branche sanitaire, médico-sociale et sociale.....	37
Conclusion de la première partie	40
DEUXIEME PARTIE : LES MODELES DE PREVENTION METHODOLOGIE D'ENQUETES ET D'ENTRETIENS.....	41
Introduction	41
CHAPITRE 1 : LES MODELES DE PREVENTION.....	42
1.1. Les niveaux de prévention	42
1.2. Les modèles de prévention	43
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE ET D'ENTRETIENS	50
2.1. L'enquête « La vie au travail ».....	50
2.2. Les entretiens.....	51
2.3. Les données quantitatives et qualitatives	52
Conclusion deuxième partie.....	54
TROISIEME PARTIE : L'ASSOCIATION ENFANCE ET FAMILLE PRE DIAGNOSTIC : DU MODELE A L'ANALYSE	55
Introduction	55
CHAPITRE 1 : L'ASSOCIATION ENFANCE ET FAMILLE.....	56
1.1. Les établissements de l'association	56
1.2. Les emplois de l'association.....	59
CHAPITRE 2 : CONTEXTE SOCIO – ECONOMIQUE ET DES CHANGEMENTS	61
2.1. De l'œuvre de l'adoption à l'association Enfance et Famille	61
2. 2. L'environnement législatif de la protection de l'enfance de 1943 à nos jours	63
2.3. Législation : Contraintes et paradoxes	65
2.4. Incidences du contexte socio-économique et des changements sur les professionnels	69

2.5. Tableaux synthétiques	73
CHAPITRE 3 : LE CONTEXTE DES RELATIONS PROFESSIONNELLES ET DES RELATIONS A L'OCCASION DU TRAVAIL	76
3.1. Relations professionnelles	76
3.2. Insécurité et violence.....	78
3.3. Paroles et Situations de travail	81
3.4 Tableau synthétique.....	83
CHAPITRE 4 : OBJECTIFS ET EXIGENCES DE L'ORGANISATION	84
4.1. Fonction et Gestion des ressources humaines.....	85
4.2. Le rapport annuel au comité d'entreprise.....	87
4.3 Le lien managérial et le lien à l'organisation	92
4.4. Paroles et situations de travail.....	94
4.5. Tableau synthétique.....	96
CHAPITRE 5 : OBJECTIFS ET EXIGENCES DES SALAIRES.....	98
5.1. Paroles et situations de travail.....	98
5.2. Tableau synthétique.....	105
Conclusion de la troisième partie.....	106
QUATRIEME PARTIE : SANTE AU TRAVAIL, ENQUETES ET PRECONISATIONS	107
Introduction	107
CHAPITRE 1 : SANTE AU TRAVAIL.....	108
1.1. Enquête « La vie au travail »	108
1.2. Le CHSCT et la politique de prévention.....	111
CHAPITRE 2 : QU'AVONS-NOUS APPRIS ? RETOUR SUR NOS HYPOTHESES	121
2.1. Situations- problèmes et préconisations.....	121
2.2. Retour sur nos hypothèses.....	128
CHAPITRE 3 : LES SALAIRES EN SITUATION DE HANDICAP DANS L'ASSOCIATION.....	133
3.1. L'emploi des personnes en situation de handicap.....	133
3.2. Maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap	135
Conclusion de la quatrième partie.....	140
CONCLUSION GENERALE	142
Bibliographie.....	148
Table des annexes.....	151
Annexes	152

Bibliographie

Ouvrages

BATIFOULIER Francis et TOUYA Noel (dir), juin 2008, Refonder les internats spécialisés, Pratiques innovantes en protection de l'enfance, Paris, DUNOD, 269p.

DEJOURS Christophe (dir), janvier 2011, *Conjurer la violence, Travail, violence et santé*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 353p.

DEJOURS Christophe (dir), novembre 2010, *Observations cliniques en psychopathologie du travail*, Mayenne, PUF, 161p.

DE GAULEJAC Vincent, mars 2011, *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Seuil, 334p.

DE JONCKHEERE Claude, 2010, 83 mots pour penser l'intervention en travail social, Genève, les éditions, 266p.

ESCRIVA Evelyne (dir), octobre 2004, *Les situations de handicap, le maintien dans l'emploi*, Lyon, ANACT.

PEZE Marie (dir), SAADA Rachel, SANDRET Nicolas, 2011, *Travailler à armes égales, Souffrance au travail : comment réagir*, Orléans, PEARSON, 223p.

STIKER Henry Jacques, 3^e édition 2005, *Corps infirmes et sociétés, Essais d'anthropologie historique*, Paris, DUNOD, 253p.

CHAUVIERE Michel, ION Jacques (dir), *les professions du social : compétences ou qualifications*, in *Le travail social en débat(s)*, Paris, La découverte, p119/135.

Publications

ANACT, 2011, *Modèle d'intervention du réseau Anact, l'Approche « contraintes, ressource, régulation »*, www.cdg18.fr/hygiene_securite/prevent_Live/Risquespsychosociaux.pdf, consulté le 16/04/2012.

ANESM, Juin 2008 *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, www.anesm.sante.fr/IMG/pdf/reco.bientraitance.pdf, consulté le 05/10/2012

ARACT Nord-Pas-de-Calais, 02/02/2012, *Prévenir les RPS dans le secteur medico social - Guide méthodologique*, www.npdc.aract.fr/IMG/pdf/guide_RPMS-vfinale.pdf, p4, consulté le 15/03/2012.

Cabinet CATEIS, décembre 2011, *”Guide méthodologique pour la prévention des RPS dans le médico-social”*, www.sante-securite-paca.org/documentation/prevention-action/risques-psychosociaux.pdf, consulté le 21/04/2012

CRAM, INRS, décembre 2007, Groupe de travail : *Dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider*, Ed 6012, INRS, 46p.

NASSE Philippe, LEGERON Patrick, mars 2008, *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Ministère du travail, 41p.

ROUSSEL-MONFAJON Christine (dir), février 2011, *Connaitre, prévenir et prendre en compte les situations de souffrance au travail*, Paris, Les cahiers d’UNIFAF, 78p.

SCHILLER Didier, 2011, cabinet Repères et Management, *Connaitre et prévenir les risques organisationnels*, Unifaf Pays de Loire, 59p.

UNIFAF, L’OBSERVATOIRE, 2008, enquête emploi 2007, Enseignements et perspectives, EE07, 144p.

URIOPS – ARACT Languedoc Roussillon, juin 2011, *Repères pour évaluer et prévenir les RPS dans le secteur médico-social*, publications URIOPS, 24p, www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/8304377.pdf, consulté le 21/02/2012.

Articles

DAVEZIES Philippe, 1993, « *Eléments de psycho dynamique du travail* ». In Education permanente n° 116, p33-46. [Philippe.davezies.free.fr/download/down/Elements de psychodynamique-1993.pdf](http://Philippe.davezies.free.fr/download/down/Elements%20de%20psychodynamique-1993.pdf), consulté le 20/10/2012.

DEJOURS Christophe, 1993, « *Coopération et construction de l’identité en situation de travail* », in Multitudes, La marche du temps, Futur Antérieur, n°16, multitudes-samizdat-net/article.php3?id_article=638, consulté le 27/10/2012.

MOLINIER Pascales, FLOTTES Anne, 2011-03-24, « *Les approches en cliniques du travail en France* », in Revue Psychologie Française, p4, www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/revue-psychologie-clinique-francaise.pdf, consulté le 25/10/2012

DEGUILHEM Yves, mars-avril 2012, *” Histoire de la médecine du travail”* in revue Multiple n°138, Paris, santé sociaux CFDT, p 19/21.

DARES ANALYSES, juin 2011, « *Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap* », n°041, travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2011-041-2.pdf, consulté le 12/02/2012

R CASTEL, 1994, « La dynamique des processus de marginalisation : De la vulnérabilité à la désaffiliation » Cahiers de recherche sociologique, n°22, p 11/27, <http://id.erudit.org/iderudit/100220ar>, consulté le 03/04/2012.

CHAUVIÈRE Michel, 2005, « *secteur social et médico-sociale et formes successives du partenariat public privé en France* » in Télescope, Université du Québec, p 53/64, www.cersa.cnrs.fr/spip.php?article874, consulté le 20/08/2011.

GAILLARD Jean Paul, décembre 2008, « *Pédagogie non punitive : s'il te plaît dessine-moi un mutant* », in le journal du droit des jeunes, La revue d'action juridique et sociale, n° 280, Paris, Jeunesse et droit, p15/19.

HELFTER Caroline, septembre 2012 Internats éducatifs, « *face à la violence développer une culture de la prévention* » in Actualités sociales hebdomadaires, n° 2774, p24.

Revues

AGEFIPH, avril 2007, revue tendance, n°9.

ENFANCE ET FAMILLE, octobre 2003, L'ancre et la plume-n°7.

Principaux sites internet consultés

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; www.who.int/fr/

Organisation Internationale du Travail (OIT) ; www.ilo.org/global/lang-fr/index.html

INRS; www.inrs.fr/ _INVS; www-invs.sante.fr/ _ OETH; www.oeth.org/

Cours - Documents

B. DOREMUS, cours DPITSH 17, février 2012

AREFOR : documents 2011, formation « *Agir sur les risques psychosociaux et organisationnels* ».

Table des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Enquête par emplois – items – questions - codes

Annexe 3 : Présentation des établissements et services de l'association Enfance et Famille

Hors mémoire :

Annexe 4 : Enquête « la vie au travail », questions et résultats

Annexe 5 : Analyse des questionnaires par thème et par catégorie professionnelle

Annexe 6 : Entretiens par catégorie professionnelle

Annexe 1 : Guide d'entretien

Rappel des conditions de confidentialité

- Présentation du/des salariés : fonctions- ancienneté- parcours antérieur- âge
- Comment définissez-vous votre travail aujourd'hui ?
- Le travail a-t-il beaucoup évolué ces dernières années, de quelle façon ?
- Etes-vous satisfait de ces évolutions ?
- Avez-vous le sentiment de bien faire votre travail ?
- **Dans quelles situations de travail ressentez-vous (vous ou vos collègues) beaucoup de stress, de tensions, de mal être ?**

Pouvez-vous décrire précisément cette situation de travail ? Dans quel contexte, quand, ou, comment, fréquences, anticipation de la situation, suites....Quels effets sur vous ou vos collègues ? Sur les usagers ?

- Quelles sont les stratégies individuelles ou collectives utilisés pour gérer cette situation de travail ? sur le moment et après ?
- Essayons de situer cette situation de travail par rapport aux **exigences du travail**, physiques et psychiques, à ce qui est demandé, et **aux conditions de réalisation** (organisation, effectifs, soutien, formation, régulation, locaux). Appréhender les écarts
- Quels sont d'après vous les principaux dysfonctionnements dans l'organisation ? et les principales ressources ?
- De quels soutient auriez-vous besoin pour améliorer la qualité de votre travail ?
- Le sentiment de reconnaissance ressenti dans votre travail provient 'elle de la relation avec vos responsables, vos collègues, les jeunes et leurs familles ? de la rémunération ? du contenu du travail ?
- Avez-vous suivi récemment des actions de prévention et/ou de formation ?
- Faites-vous partie de groupes de parole, d'analyse de la pratique, de supervision ?
- Participez-vous à des commissions d'établissements, ou associatives ?
- Avez-vous participé à des entretiens individuels d'évaluation ou liés à la formation ?
- Comment envisagez-vous votre avenir professionnel ?
- Avez-vous des collègues en situation de handicap ou en difficulté ?

Annexe 2 : enquête par emplois - items - questions - code

Emplois : Travailleur social (ES) – surveillant de nuit (SN) – maitresse de maison (MM) – assistant(e) familial (AF).

Sexe / âge : (réf questionnaire) – moins de 24 – 25/29 ans – 30/39 – 40/49 – 50/59 – 60 :64 ans –

Santé : Etat de santé général ressenti (question 35) – très bon (0++), plutôt bon (0+), plutôt mauvais (0-), très mauvais (0—)

Risques du travail sur la santé (question 36, 38) *quels sont les effets de votre travail sur votre santé ? Diriez-vous de ces effets qu'ils sont ?* : Effet positif sur la santé (-), sans influence (0), effet négatif et troubles ponctuels (+), Effets négatifs, troubles réguliers et permanents (++)

Pénibilité (fatigue, difficulté, charge) : (question 12) *concernant la pénibilité de votre travail, vous diriez qu'elle est* : plutôt forte (++) – de plus en plus forte (+) – faible (-), travail non pénible (--)

Insécurité : (question 14), *vous sentez vous en sécurité sur votre poste de travail ?* En sécurité au travail (-), parfois en danger (+), situations dangereuses fréquentes, forte insécurité (++)

Reconnaissance et soutien par les collègues : (question 19), *que diriez-vous de la reconnaissance de votre travail par vos collègues directs ?* Motivante (++) , satisfaisante (+), inexistante (-), dévalorisante (--)

Reconnaissance et soutien par la hiérarchie (question 18) *la reconnaissance de votre travail par vos responsables est-elle globalement* : Motivante (++) , satisfaisante (+), inexistante (-), dévalorisante (--)

Charge de travail : (question 24), *face à votre charge de travail, vous sentez vous plutôt ?* En sous activité (-), charge mais équilibre (0), débordé (+), dépassé et invivable (++)

Perspective (question 39) : *Dans quelle situation vous sentez vous aujourd'hui dans l'association ?* Perspectives de promotions ou d'évolution (++) , utilisation des compétences

professionnelles (+), votre travail ne permet pas de développer de nouvelles compétences (0), compétences non utilisées et pas de perspectives (-), régression (--)

Organisation : (question17), *êtes-vous consulté(e) sur l'organisation de votre service ?*

Consulté et pris en compte (+), consulté pour la forme (0), non consulté (-)

Annexe 3 : présentation des établissements et services de l'association Enfance et famille



Président : Roger MOUSSEAU - Directeur Général : Claude AUFORT
 Direction générale : 7 rue du Port - 44600 SAINT-NAZAIRE - Tél. 02.40.22.06.03 - Fax 02.40.22.54.01
 Site : www.enfancefamille.fr - email : direction.generale@enfancefamille.fr

Enfance & Famille, régie par les statuts de la loi de 1901, est une association de solidarité et d'action sociale vouée à l'enfance et à la jeunesse en difficulté. Son territoire d'intervention est celui du Tribunal de Grande Instance de

St Nazaire, à l'ouest d'une ligne allant de Guémené-Penfao à Bourgneuf en Retz, en passant par Blain.

Sa richesse et son originalité s'expriment par :

- la pluralité et la complémentarité de ses membres : bénévoles et salariés
- la volonté de rendre l'usager acteur de son projet, respecté dans ses droits et dans sa personne
- la capacité à être active dans son environnement

Elle propose une action professionnelle liée à une dimension militante et citoyenne.

Ses missions reposent sur 3 convictions : **PRÉVENIR, PROTÉGER, ÉDUIQUER.**

Chacun peut contribuer à son soutien en adhérant.
 Chacun peut contribuer à sa dynamique en participant

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Roger MOUSSEAU	Président
Michel CHERVILLE	Vice-président
Claude ADVENARD	Trésorier
François GAUDIN	Secrétaire
François LONGI	Trésorier adjoint

Thierry BREART
 Monique COUSIN
 Régis COUVRAND
 Martine DARDILLAC
 Gildas de l'ESTOURBEILLON
 André LEGENDRE
 Pierre NASSIF
 Bernard PLOT
 Guy VERCHERE

Gérard MAUDUIT
 représentant le Conseil Général

L'association en quelques chiffres au 31.08.2012

Enfance & Famille c'est 30 membres bénévoles dont 15 administrateurs

Son territoire de compétence : Prioritairement le territoire du Tribunal de Grande Instance de Saint-Nazaire soit 71 communes et 300 000 habitants. Toutes ces communes, à un titre ou à un autre sont en liens avec l'un ou l'autre des services.

L'association **accueille environ 600 enfants**, de quelques jours à 18 ans :

- Le Centre d'accueil et d'Observation : capacité d'accueil de 22 enfants
- L'Accueil Familial : 155 jeunes accueillis par 112 Assistants Familiaux.
- Le Service Éducatif en Milieu Ouvert : 347 jeunes
- Le CSE Ville-Marine : 52 jeunes
- Le SAEIMF : capacité d'accueil de 36 enfants
- L'Espace Famille : Espace Rencontre (170 enfants)
Médiation Familiale (93 familles)

L'association **emploie 283 personnes** dont 121 assistants familiaux.

Un budget global qui atteint les 12 500 000 €.

• **Un pilotage de l'organisation assuré par un Directeur général et un Conseil de Direction** (constitué des 5 directeurs d'établissements/de services) et divers groupes de travail pour la mise en œuvre du Projet Associatif et des projets de vie dans les établissements : **Conseil d'encadrement, Conseil technique, Comité de pilotage de la Dynamique Qualité Évaluation**, etc.

• **Des commissions associatives mixtes (salariés et adhérents)** sur divers sujets : - Commission Gouvernance
 - Commission Finances
 - Commission d'Accompagnement vers Autonomie des Jeunes
 - Commission Patrimoine
 - Commission Communication (édition du journal interne Ancre et La Plume)

• **Des instances participatives** (usagers, parents, professionnels) : Conseil de la Vie Sociale, groupes d'expression, ...

ESPACE FAMILLE

Médiation Familiale

Favoriser au mieux la séparation du couple et permettre que les enfants puissent continuer à bénéficier de leurs deux parents dans les meilleures conditions possibles.

Espace Rencontre

Lieu d'accueil transitoire favorisant les relations entre l'enfant et un parent, en cas de conflit, de séparation ou de **d a n g e r**, ne permettant pas l'exercice normal du droit de visite.

SERVICE EDUCATIF EN MILIEU OUVERT

Habilitation :

Le SEMO est habilité par le Ministère de la Justice et le CG44 à exercer des mesures :

- d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) - judiciaires- prévues dans le cadre de l'assistance éducative pour des filles et garçons âgés de 0 à 18 ans
- d'Aide Éducative à Domicile (AED) - administratives- pour des filles et garçons âgés de 0 à 18 ans, et, à titre exceptionnel, pour des majeurs de moins de 21 ans.

Ces mesures s'exercent sur la zone de compétence du Tribunal de St Nazaire et sur les territoires des Délégations d'Action Sociale du bassin de St Nazaire, du Pays-de-Retz et de Blain-Châteaubriant. Elles s'exercent en principe à domicile.

Capacité : 347 mesures individuelles à l'année.

Mission :

- Dans le cadre de l'AEMO, action éducative qui consiste à apporter aide et conseil à la famille dans l'exercice de l'autorité parentale, à apprécier la notion de danger, à maintenir l'enfant autant que faire se peut dans son milieu naturel.
- Dans le cadre de l'AED, l'intervention a pour finalité l'intérêt et le développement de l'enfant par la reconnaissance et la valorisation des compétences parentales.

Modes d'intervention :

Une équipe pluridisciplinaire concourt au bon déroulement de la mesure . Par des interventions éducatives régulières, il s'agit d'étayer les parents dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, de mobiliser les ressources de l'environnement familial et social pour accompagner une dynamique de changement.

141 rue d'Anjou - St Nazaire

Directeur : Claudine GAHIER-PREMEL

Chefs de Service :

M.Thérèse FURIC - Elisabeth PELÉ

Tél. : 02.40.22.93.93

SAEIMF

Service d'Action Educative
Intensive en Milieu Familial

Habilitation :

Le SAEIMF est habilité par le CG44 au titre de l'intervention Soutenue à Domicile, à exercer des mesures :

- d'Action Educative Intensive en Milieu Familial (AEIMF)- judiciaires- prévues dans le cadre de l'assistance éducative pour des filles et garçons âgés de 0 à 18 ans
- d'action de Soutien Educatif à Domicile (SED) - administratives- pour des familles avec enfants, filles ou garçons âgés de 0 à 18 ans.

Ces mesures s'exercent sur la zone de compétence du Tribunal de St Nazaire et sur les territoires des Délégations d'Action Sociale du bassin de St Nazaire, du Pays-de-Retz et de Blain-Châteaubriant. Elles s'exercent en principe à domicile.

Capacité : 36 enfants de 0 à 18 ans - Service ouvert 7 jours/7.

Mission :

- Dans le cadre de l'AEIMF, action éducative qui consiste à apporter aide et conseil à la famille dans l'exercice de l'autorité parentale, à apprécier la notion de danger et à maintenir l'enfant autant que faire se peut dans son milieu naturel
- Dans le cadre du SED, l'intervention a pour finalité l'intérêt et le développement de l'enfant par la reconnaissance et la valorisation des compétences parentales.

Modes d'intervention :

Par des interventions éducatives fréquentes et régulières, il s'agit d'étayer les parents dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, de mobiliser les ressources de l'environnement familial et social pour accompagner une dynamique de changement.

Possibilité d'accueil périodique, modulable, exceptionnel, en partenariat avec les autres services de l'association, mais aussi extérieures.

44 chemin d'Avalix - St Nazaire

Directeur : Claudine GAHIER-PREMEL

Chef de Service : Xavier BOUCHEREAU

Tél. 02.28.55.98.80

ACCUEIL FAMILIAL

Accompagnement éducatif

Définition :

Le service peut accueillir jusqu'à 155 mineurs et jeunes majeurs(mixte) de moins de 21 ans .

Spécificité du service :

Le jeune bénéficie d'un accueil familial (il partage le quotidien des accueillants) et d'un accompagnement psycho-éducatif selon un projet personnalisé élaboré avec une équipe pluriprofessionnelle qui complète (ou supplée temporairement) ses parents pour son éducation.

Modes d'intervention :

Les formes d'accueil sont différenciées, tiennent compte de la dynamique de chaque situation et des attendus de la décision judiciaire ou administrative

- **Accueil de protection et de suppléance : accueillir un enfant sur un temps parfois long pour l'aider à grandir dans une situation familiale complexe.**
- **Accueil séquentiel et Soutien Parental : accueillir en partage éducatif un enfant en accord avec ses parents, souvent sous forme séquentielle.**
- **Dépannage (ex. hospitalisation d'un parent)**
- **Accueil en urgence, à l'occasion d'un état de crise (familiale, conjugale, relationnelle).**
- **Accompagnement de grands adolescents ou de jeunes majeurs qui peuvent être accueillis conjointement en famille d'accueil et en héberge autonome.**

17 Bd de la Renaissance -St Nazaire

Directeur : Jean-Luc BOERO

Chefs de service :

- Dominique GUILLAUME– ILIAS
- Stéphane GRENIER
- Tél. : 02.40.22.01.72

CENTRE D'ACCUEIL ET D'OBSERVATION

Mission :

Internat mixte qui accueille et/ou observe et oriente 22 jeunes (garçons et filles) de 4 à 18 ans .

Habilitation :

Le CAO est habilité par la Justice et le Conseil Général et fait partie du protocole d'urgence du département.

Deux types d'accueil

- **urgence simple** (dont l'accueil parqué) : trois semaines éventuellement renouvelables une fois. Le service placeur a en charge l'orientation,

- **Urgence orientation** : trois mois non renouvelables. Le CAO en lien étroit avec les partenaires (juge, famille, référents sociaux, AE-MO, DGAS, ...), réalise une observation et fait des propositions d'orientation. Le CAO est en charge de réaliser cette orientation.

Les enfants et adolescents sont hébergés sur deux unités de vie :

- Normandie accueille 13 enfants de 4 à 13 ans.

- Brie d'ieu peut recevoir 8 adolescents, - un studio en ville peut être mis à la disposition de jeunes en capacité d'autonomie.

Les enfants et les adolescents sont encadrés par une équipe pluridisciplinaire.

40 rue de Normandie - St Nazaire

Directrice : Sylvie BABIN

Chef de Service :

Rodolphe HERPE

Tél. : 02.40.22.20.36

CSE VILLE-MARINE

Généralités :

Le CSE « Ville-Marine » accueille 52 jeunes (garçons et filles) de 3 à 21 ans .

Cinq unités d'accueil :
● Astrolabe, Avel Sterenn et Zéphyr : 8 jeunes

- Alizés : 18 jeunes (appartements collectifs, studios, résidence de jeunes)

- Les Eolides : 10 jeunes

Objectifs :

- améliorer les relations familiales
- intégrer un réseau social
- conduire à l'autonomie en mettant en avant les potentialités de chaque jeune, en lui permettant de vivre en harmonie avec son environnement

Mode d'intervention :

Une équipe pluri professionnelle est chargée du suivi des jeunes.

5 Square H. -Allanet -ST NAZAIRE

Directeur : Patrick PROQUIN

Chefs de service :

- Françoise EMERIAU
- Michel HAMON

Tél. : 02.51.10.00.90