

COMITE REGIONAL DU TRAVAIL SOCIAL



PREVENIR L'USURE PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

RAPPORT DU COMITE REGIONAL DU TRAVAIL SOCIAL DE BRETAGNE

Février 2010

SOMMAIRE

1. CADRE DE TRAVAIL	4
1.1 Méthode de production	4
1.2 Composition du groupe de travail	5
2. ENJEUX DES DEFINITIONS ET ANGLE DE TRAVAIL PROPOSE	6
2.1 Le choix des mots	6
2.3 Une dynamique complexe entre des individus évoluant dans un système	9
2.4 Le contexte législatif	10
2.5 L'appui de la recherche pour définir et interpréter la souffrance	10
2.6 Définitions et angle de travail retenus par le CRTS	12
3. MANIFESTATIONS ET CAUSES DE L'USURE PROFESSIONNELLE	14
3.1 Des manifestations individuelles et collectives	14
3.2 Les causes perçues	15
3.3 La complexité des causes : l'apport de la recherche	19
3.4 Des démarches d'accompagnement entre recherche, formation et action	20
4. REPERAGE D'OUTILS	22
4.1 Méthodes et guides d'accompagnement des organisations	23
4.2 Moyens mobilisables	34
4.3 Chartes de coopération et management en soutien à la professionnalité	38
4.4 Quelques recherches, formations et observatoires	43
5. POUR UNE PREVENTION CROISANT INNOVATIONS MANAGÉRIALES ET ACCOMPAGNEMENTS SCIENTIFIQUES ET PÉDAGOGIQUES	55
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXE	67

1. CADRE DE TRAVAIL

1.1 Méthode de production

Le groupe s'est rencontré à sept reprises entre le 15 octobre 2008 et le 2 décembre 2009.

Il a d'abord identifié et analysé des enjeux clés de l'usure professionnelle pour les acteurs du travail social en Bretagne. Des expertises complémentaires ont ensuite été associées (littérature grise, repérage d'outils, éléments soumis à la réflexion par d'autres membres du CRTS, consultation d'acteurs clés). Les échanges du groupe ont progressivement pris appui sur cette documentation en partie ciblée par les participants.

Ce rapport du CRTS présente le processus de documentation et d'analyse des enjeux qui a permis de structurer l'avis diagnostique et prospectif du CRTS sur la question de l'usure professionnelle.

Réunions du groupe de travail (7)

Novembre 2008 à septembre 2009



- Identification des enjeux
- Documentation
- Consultation d'expertises complémentaires
- Propositions d'actions

Dossier documentaire

Groupe de travail

Rapports intermédiaires (2)

*Séances plénières des
25 février et 17 juin 2009*

Rapport et avis finaux

Séance plénière - 2 décembre

Éléments pour un cahier des charges

Séance plénière - 2 décembre 2009

CONSOLIDATION DES PRODUCTIONS

Suite à la séance plénière du 2 décembre 2009

- Rapport : **Prévenir l'usure professionnelle de travailleurs sociaux**
- Avis : **Comment prévenir l'usure professionnelle des travailleurs sociaux grâce au partenariat entre représentants des salariés et des employeurs, pouvoirs publics et centres de formation ?**

DIFFUSION PUBLIQUE DES PRODUCTIONS

par le Secrétariat et les membres du CRTS de Bretagne - Février 2010

1.2 Composition du groupe de travail

Le groupe de travail volontaire se compose de membres du CRTS de Bretagne représentant les organisations suivantes :

- Association du service à domicile, du service à la personne (ADMR)
- ARCADES Formation – GIRFAS Bretagne
- Centre hospitalier Guillaume Régnier - Rennes
- Union régionale Santé sociaux de la Confédération française démocratique du travail (CFDT)
- Union régionale Bretagne de la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
- Groupement des institutions médico-éducatives et sociales (GRIMES) - GIRFAS Bretagne
- Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) Bretagne
- Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS) Bretagne

Le processus de production a aussi pris appui sur des échanges avec des acteurs des organismes suivants :

- Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)
- Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) Bretagne
- Contribuer à la promotion sociale (CLPS)
- Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)
- Commission paritaire territoriale d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- dans les services aux personnes du bassin d'emploi de Rennes
- Conseil général des Côtes d'Armor (22)
- Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) de Bretagne
- Ecole nationale d'application des cadres territoriaux (ENACT)
- Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) Bretagne
- IRTS de Bretagne
- Organisme veillant à la mise en œuvre de l'accord de branche pour d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)
- Direction interrégionale Grand Ouest de la Protection judiciaire de la jeunesse
- UNIFAF Bretagne
- Université Lyon II, Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP)
- UNIFORMATION
- Ville de Rennes

Animation du processus de production et rédaction :

Claire d'Hennezel, chargée de mission du CRTS de Bretagne.

2. ENJEUX DES DEFINITIONS

ET ANGLE DE TRAVAIL PROPOSE

2.1 Le choix des mots

La définition de l'usure professionnelle exige un parti pris préalable et implicite sur l'origine et l'interprétation d'un malaise, sur ses causes en même temps que sur ses caractéristiques. Le CRTS a donc choisi d'aborder, de manière générale, **les formes de malaises vécus par les travailleurs sociaux et la manière dont ils engendrent une usure ou un sentiment d'usure.**

Un travail de consolidation de cette définition large exigerait :

- de mener des recherches en lien avec différents terrains professionnels,
- d'affiner ces définitions par secteur, par métier ou grappe de métiers, voire par structure,
- d'en tirer des hypothèses explicatives et des pistes d'action ajustées aux différents secteurs et structures.

Il ne semble donc pas pertinent que le CRTS propose une définition a priori de l'usure professionnelle, en situant cette notion par rapport à celles de stress, de stress chronique, de fatigue, d'épuisement professionnel, de burn-out, de risques psycho-sociaux (RPS) ou encore de "charge mentale" n'est pas une démarche que le CRTS est en mesure de mener de manière pertinente. En effet, les productions du CRTS sont adossées aux expertises de professionnels venus de secteurs divers. La recherche d'une intelligence partagée et d'une mise en cohérence transversale des actions envisageables pour prévenir la souffrance dans le travail social ne permet pas d'affiner davantage la définition retenue ci-dessus.

En outre, ces concepts rattachés à la souffrance au travail doivent être mis en débat dans leur diversité, au sein des organisations et des secteurs. Cette construction continue du sens donné à la notion de souffrance au travail est inhérente à la mise en œuvre de démarches de prévention et à leur pertinence. Ce travail de définition constitue en effet une étape incontournable de l'appropriation des enjeux de la souffrance au travail par les parties prenantes. Il permet d'élaborer hypothèses explicatives et stratégies de prévention des différentes formes prises par la souffrance au travail, et de la diversité de ses causes.

Compte tenu de cette spécificité du thème et de la nature du processus de production, le CRTS a donc choisi de ne pas délimiter de manière étroite ces notions. Ses analyses prennent ainsi en compte indistinctement l'usure comme stress chronique, renvoyant à l'organisation du travail, ou l'usure comme expression d'un malaise professionnel renvoyant aux reconfigurations des missions, des politiques publiques, des métiers, des profils d'utilisateurs.

Ci-après, la mise en regard des définitions de quelques concepts communément associés à la souffrance au travail (usure, burn-out, épuisement, stress, harcèlement moral, risques psycho-sociaux, usure et fatigue professionnelle) éclaire les enjeux de la délimitation de cet objet de travail.

► L'usure, l'épuisement et le burn-out

Les définitions de l'usure professionnelle des travailleurs sociaux (manifestations, causes, prévention) ont souvent été centrées sur l'individu, ses symptômes, parmi lesquels la fragilisation de sa posture professionnelle vis-à-vis de l'utilisateur. Cette lecture a pu se faire au détriment d'un examen des relations entre l'individu et son écosystème (l'équipe, la structure, la société, etc.).

L'usure professionnelle a ainsi pu être définie des manières suivantes :

«Un auto épuisement causé par un énorme effort psychologique pour atteindre un but utopique" (H.J. Freudenberger, 1974).

« Un "syndrome relationnel en trois dimensions": épuisement émotionnel (sentiment de ne rien avoir à donner), déshumanisation de la relation à l'usager, diminution de l'accomplissement personnel » (C.Maslach et S. Johnson, 1981).

L'usure professionnelle peut aboutir à l'épuisement professionnel ou "burn-out": « Les étapes du burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel comprennent successivement une phase d'investissement, une phase d'évitement, une phase d'apathie et enfin une phase d'apathie avec frustration chronique à l'origine de différentes formes de distanciation du soignant vis-à-vis du patient. » (Ph. Colombat et al., 2001).

Pour M. Lorient (2002), l'interprétation d'une usure liée à la seule charge émotionnelle du travail puise sa source dans le fait que le travail social mobilise des techniques et références issues de la psychologie dans le travail relationnel: « Autour du burn-out et des instruments de mise en œuvre pour le mesurer se constitue une vision partagée de la fatigue (...) qui serait liée à un trop fort investissement émotionnel conduisant, dans les cas les plus graves, à rejeter, pour se protéger, tout engagement personnel avec le malade », créant ainsi un cercle vicieux.

Ce type de définitions a eu un impact sur les mesures préconisées avec, depuis les années 1980, l'émergence des stages de formation à la gestion du stress ou de l'usure professionnelle, de groupes de parole sur cette question, d'outils individuels d'auto-diagnostic, de tests d'évaluation misant sur le soutien à la compétence relationnelle.

La définition centrée sur l'individu peut amener à prendre le symptôme (par exemple : le stress) pour la cause (par exemple : le stress). Cela peut amener à promouvoir des solutions palliatives, partielles et donc en partie inadaptées.

La souffrance au travail est multifactorielle. Elle exige des interventions de préventions diversifiées permettant d'avoir un impact sur les individus de manière directe, curative, mais aussi indirecte, en amont. Il doit s'agir de prendre en compte la multiplicité des causes et d'interroger les modes de fonctionnement, les relations entre professionnels, entre professionnels et usagers, entre équipes (par exemple : quels collectifs d'analyse de pratiques ?), entre professionnels, leur structure, les pouvoirs publics (exemple : quel management ?), etc.

► Le stress

Le stress peut être une prémisse d'usure professionnelle ou un indicateur d'usure professionnelle effective. Il peut indiquer un « job strain » (écart entre la pression psychologique et la latitude décisionnelle¹). Le stress peut être perçu comme une forme de tension professionnelle ponctuelle stimulante. Cette tension aura un impact négatif si elle est continue.

Le stress résulte d'une "exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses. (...) 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. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise" (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail).

"Les termes de "bon" ou de "mauvais" stress sont à la mode. Le bon stress semble recouvrir les notions de motivation ou d'implication dans le travail; il favoriserait sa réalisation, la productivité, l'épanouissement personnel, tandis que le mauvais stress rendrait malade. Les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas de valider cette distinction et il est préférable d'en rester aux notions de stress aigu et chronique."

"Au stade du stress aigu, on a affaire aux réactions d'un organisme qui doit s'adapter à son environnement. Si le stress est modéré (par exemple lié à un changement choisi du poste de travail), la conséquence sur l'organisme est aussi modérée.

¹ Cf modèle de Karasek, questionnaire sur lequel repose l'enquête nationale SUMER 2003 et qui permet d'explorer demande psychologique et latitude décisionnelle. Cité dans Stress au travail, une réalité, note du congrès de Nancy des 1er et 2 février 2007, publiées par l'INRS.

Mais le stress peut être très violent, pouvant provoquer ce qu'on appelle un "stress post-traumatique". (...) En ce qui concerne le stress chronique, il ne représente en aucun cas un bénéfice pour l'organisme car il le maintient en surrégime. La notion en vogue de "sur-stress" correspond à celle de "stress chronique" (Chouanière, 2007)².

► Le harcèlement moral

Le harcèlement moral renvoie à un rapport interpersonnel pouvant aboutir à l'épuisement professionnel. Comme le stress, il est un symptôme de souffrances liées à l'organisation du travail.

"Le harcèlement moral, s'il faut le dissocier du stress, est une violence plus ou moins consciente, silencieuse, répétée au quotidien et installée dans le temps, dont la conséquence est la destruction progressive de l'intégrité et de l'identité de la personne. Le harcèlement moral peut être facteur de stress, au même titre que la violence au travail, qui concerne principalement les salariés en contact avec le public dans des activités définies : services de soins, de conseils ou de formation, contrôle ou application de la loi, travail en contact de personnes potentiellement violentes" (ANACT, 2008).

Dans le droit communautaire, la directive européenne n°2000-78 du Conseil du 27 novembre 2000 précise que le harcèlement est défini comme étant : "une forme de discrimination... lorsqu'un comportement indésirable lié à l'un des motifs visés à l'article 1er se manifeste, qui a pour objet ou pour effet de porter atteinte à la dignité d'une personne et de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant. Dans ce contexte, la notion de harcèlement peut être définie conformément aux législations et pratiques nationales".

Le droit français traduit cette directive dans l'article L 122-49 du code du travail (loi de modernisation sociale modifiée par la loi n° 2003-6 du 3 janvier 2003) : "aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel".

La définition donnée par le code pénal est sensiblement identique (art. L 222-33 du code pénal) : "le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende".

► Les risques psycho-sociaux (RPS)

La notion de risques psycho-sociaux (RPS) permet d'embrasser de manière large les formes de souffrance au travail, incluant les formes de souffrance précitées. Cette notion vient compléter les outils d'analyse des risques de troubles musculo-squelettiques (TMS). L'approche par les RPS permet d'envisager la souffrance comme le fruit d'un système qui, une fois engendré, s'auto-reproduit. Rompre le cycle de la souffrance exige donc que soit menée une réflexion sur ses formes et ses causes avec l'ensemble des parties prenantes au sein de la structure. Il n'y a pas de "victimes" et de "bourreaux", mais plutôt un système à analyser et à faire évoluer de concert, tant dans ses fonctionnements verticaux qu'horizontaux.

RPS : ensemble de risques visant l'intégrité psychique (et physique par voie de conséquence) des sujets impliqués dans une relation de travail comportant un élément de dépendance. Ces risques naissent à la rencontre du **sujet**, du **collectif** et de **l'organisation** (comprenant la clientèle).

Une fois déclenchés les RPS sont **récurrents** (se génèrent eux-mêmes) et se génèrent entre eux, ils peuvent être à la fois cause et conséquence, et ne répondent pas à un schéma causaliste ou déterministe (une cause → un effet), mais à une logique **transactionnelle** beaucoup plus complexe.

Catégories de RPS :

- 1° stress (ou plutôt "sur-stress"),
- 2° conflits (sains versus malsains),
- 3° souffrance mentale (ou plutôt "mal-être"),
- 4° violences, agressions (internes ou externes),
- 5° harcèlement (moral et/ou sexuel),
- 6° burn-out ou épuisement professionnel (F. Cloche, 2008).³

² D. Chouanière, médecin épidémiologiste interviewée par la revue Travail et sécurité de l'INRS en juillet 2007.

³ Définition de F. Cloche, *Qu'est-ce que le risque psychosocial et comment l'aborder?* Colloque CRAM-DRTEFP, Dijon, 23 septembre 2008.

L'approche par les RPS permet de prévenir l'usure des professionnels par la promotion d'une prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire permet d'agir à la source, pour éradiquer ou au moins réduire les risques d'apparition. La prévention secondaire vise à empêcher le développement alors que des symptômes d'usure sont perceptibles. La prévention tertiaire travaille à prévenir la souffrance avant l'apparition de symptômes. L'approche par les RPS rend donc inopérante la distinction entre prévention et remèdes.

2.3 Une dynamique complexe entre des individus évoluant dans un système

Il est difficile de sensibiliser au besoin de revoir l'organisation du travail quand le symptôme (l'usure ou le sentiment d'usure) est identifié et relayé par la souffrance d'individus. L'usure en tant que telle renvoie implicitement à un sentiment d'échec pour l'individu, en tant que professionnel et en tant que sujet. Pour que l'usure ne soit pas tue parce que vécue comme une faiblesse professionnelle ou personnelle, il faut rendre explicite le fait qu'elle n'est pas le cœur du problème mais le symptôme manifestant l'existence d'autres difficultés sur lesquelles les professionnels peuvent avoir prise ensemble.

|| *"L'état de stress chronique est un phénomène subjectif, systématiquement soumis au filtre de la perception individuelle" (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail), ce qui peut contribuer à centrer l'approche sur l'individu mais invite au contraire à un décentrement pour observer les relations de l'individu avec son environnement.*

|| *« Il est essentiel de distinguer stress, usure, épuisement sur lesquelles sont ensuite bâtis indicateurs et mises en œuvre : les solutions en termes de gestion du stress issues de présupposés comportementalistes (adaptation de l'homme au travail plutôt qu'adaptation du travail à l'homme) peuvent être dépassées" (Dejours, 2008).*

|| *"Il importe de produire des connaissances sur les types d'individus plus ou moins vulnérables à différentes sources de stress" (Lazarus, 1994), mais aussi sur les conditions de travail auxquelles sont exposés la majorité des travailleurs (Brief et Georges, 1995).*

|| *"La perspective transactionnelle suppose que le stress n'est ni un facteur qui réside dans l'individu ni dans son environnement : il est plutôt imbriqué dans un processus qui touche les individus qui transigent avec leur environnement, qui évaluent les événements qui surviennent et qui tentent de s'adapter ou de composer avec ceux-ci." (Brun et al., 2003, citant Lazarus et Folkman, 1984).*

|| *"L'enquête de 2001 de Eurofound⁴ révèle que 28% des salariés européens disent avoir des problèmes de stress en relation avec une situation de travail. C'est l'aspect épidémique de cette souffrance qui sert souvent de déclic à une réflexion plus générale sur les causes. Ce réflexe de prévention survient quand un phénomène s'aggrave et qu'il devient le problème d'une grande partie de la collectivité. (...) Pour améliorer une situation dans une collectivité telle que l'entreprise (à long terme), il faut s'appuyer sur : la volonté managériale, les compétences des personnes ressources présentes dans l'entreprise vis-à-vis de ces problèmes, l'implication des salariés. Il faut pour cela qu'ils aient été sollicités et qu'ils adhèrent à la démarche. (...) La réalité qu'il recouvre peut se révéler très diverse : situations de surcharge passagère, techniques de management, états de tension, mal-être, harcèlement, etc. : on oscille entre désignation du symptôme et désignation des causes. (...) Pour la communauté scientifique ou les acteurs en santé au travail, le stress renvoie à un concept précis et ceux-ci distinguent :*

- les causes ou "stresseurs" qui sont les événements ou une situation de travail trop exigeante, trop contraignante pour la personne;
- l'état de tension de l'organisme qui se traduit par une excitation, un énervement, une fébrilité, etc.
- les conséquences à long terme de cet état de tension sur la santé et sur l'activité de l'entreprise."

(D. Chouanière, 2007).

⁴ European foundation for the improvement of living and working conditions, <http://www.eurofound.europa.eu/>

La caractérisation des risques professionnels, correspondant à la "charge mentale" liée à une activité, varie selon les formes que prend l'organisation du travail. Elle doit donc être le fruit d'une construction au sein des structures, dans les équipes et entre niveaux hiérarchiques, afin d'être précisée au vu d'un contexte. L'employeur a l'obligation réglementaire de prévenir ces RPS.

2.4 Le contexte législatif

L'obligation d'évaluer les risques professionnels relève de la responsabilité des chefs d'entreprise. Elle résulte de la loi du 31 décembre 1991, qui transcrit la directive-cadre européenne du 12 juin 1989 (directive-cadre 89/391/CEE) et transforme l'obligation de moyens en obligation de résultats. Cette obligation a été rappelée dans le décret du 5 novembre 2001, qui a instauré le document unique, créant l'obligation pour les employeurs de formaliser les résultats de l'évaluation des risques dans un document unique comportant un plan d'actions et de moyens.

Pour l'évaluation des risques psycho-sociaux, un arrêté du ministère du Travail du 23 avril 2009 rend obligatoires, pour tous les employeurs et tous les salariés, les dispositions de l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008. Cet accord a pour objet de transposer l'accord entre partenaires sociaux européens sur le stress au travail (8 octobre 2004, article 138 du Traité CE).

Reconnaissant que le harcèlement et la violence au travail sont des facteurs de stress, les partenaires sociaux français décident aussi d'engager, suite à l'accord de 2008, une négociation spécifique sur ces questions dans le cadre de la transposition de l'accord européen sur le harcèlement et la violence au travail du 26 avril 2007⁵.

Ces évolutions réglementaires sont complétées par le décret n°2008-1347 du 17 décembre 2008 relatif à la responsabilité de l'employeur de garantir l'information et la formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité.

L'approche par les RPS est donc dotée d'outils réglementaires. Elle permet d'embrasser une grande partie des manifestations et causes de *"malaises vécus par les travailleurs sociaux et de la manière dont ils engendrent une usure ou un sentiment d'usure"*, problématique à l'origine du questionnement du CRTS. Cette approche permet de prendre en compte les rapports entre individus au sein de structures dans leur complexité. Elle ne doit toutefois pas évacuer la pertinence d'un questionnement sur les rapports des professionnels à des enjeux plus systémiques, par exemple : leurs relations avec les pouvoirs publics, l'évolution des politiques et problématiques sociales, la perception de la société dans son ensemble, etc.

2.5 L'appui de la recherche pour définir et interpréter la souffrance

Plusieurs expériences de croisement de recherches qualitatives et quantitatives sur la souffrance au travail montrent l'importance d'une analyse fine et contextualisée pour discerner l'usure de la fatigue professionnelle. L'accompagnement des structures par des tiers peuvent jouer ce rôle en facilitant l'objectivation de la souffrance au travail. De cette déconstruction des discours dépendent la pertinence de l'interprétation et des actions élaborées et mises en œuvre.

⁵ Sources :

- INRS, Rappel des textes parus du 1^{er} mai au 30 juin 2009, [http://en.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/11A3E0964DA20E8AC125764700494976/\\$File/dmt119juridique.pdf](http://en.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/11A3E0964DA20E8AC125764700494976/$File/dmt119juridique.pdf)
- INRS, Rappel des textes parus du 1^{er} novembre 2008 au 31 janvier 2009 : [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Pdf%20dmt117juridique/\\$File/dmt117juridique.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Pdf%20dmt117juridique/$File/dmt117juridique.pdf)
- ANACT, document de travail en ligne : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/968345.PDF>

Pour mesurer la prégnance du syndrome d'épuisement professionnel, B. De Backer et V. de Coorebyter (1998) proposent de définir le burn-out *"comme la combinaison d'un épuisement émotionnel, d'une perte d'intérêt sensible pour les bénéficiaires et du sentiment de non-accomplissement"*. **Ils remarquent des écarts considérables entre la faible présence d'une combinaison permettant de parler de burn-out (14 pour 616 personnes interrogées) et la forte présence d'un seul de ces trois éléments.** Outre cette diversité des situations, et donc des solutions envisageables, les auteurs précisent aussi qu'il est difficile de mesurer et comprendre tous les ressorts de l'épuisement professionnel puisqu'il ne s'agit par définition pas d'une population captive, une des manifestations de cette problématique étant le fort taux de roulement du personnel.

L'analyse des manifestations de l'usure doit compléter les "discours sur l'usure" et les causes qu'ils désignent. Il faut ainsi distinguer l'usure du travailleur social comme stratégie identitaire pour surmonter les épreuves inhérentes aux métiers, de l'épuisement, autre phénomène difficile à appréhender puisqu'aboutissant à des sorties de métiers ou à des ruptures de l'activité (renvoyant alors au besoin de développer des passerelles).

L'usure professionnelle peut être repérée et mesurée en s'appuyant sur les symptômes multifactoriels décelés à différentes échelles : celle des individus, des équipes, des établissements et services, des secteurs. Il convient de combiner ces échelles afin d'identifier adéquatement les décalages et ce qu'ils disent en creux de la réalité des malaises vécus par les professionnels. B. Ravon et al. (2009) remarquent qu'il faut distinguer l'usure du discours sur le sentiment d'être usé. Ce discours peut aussi être une stratégie identitaire pour surmonter les épreuves inhérentes aux métiers et pour appartenir à une équipe professionnelle. Il n'est donc pas forcément un indice d'usure professionnelle et il ne témoigne pas, en général, d'une perte d'intérêt pour l'usager.

"Le caractère ordinaire de la plainte professionnelle dépasse largement l'activité de doléance. L'attention portée à la mise en forme de la plainte des professionnels permet au contraire de reconstruire, à l'échelle de la carrière individuelle du travailleur social, l'enchaînement des expériences professionnelles multiples et éprouvantes à partir desquelles l'agent construit ou déconstruit le sens qu'il donne à son travail, comme étant un travail impossible, fatigant, usant, etc. C'est également à partir de la description des plaintes qu'on peut observer leur capacité à surmonter les difficultés objectivement attestées, à résister ou endurer et à poursuivre l'activité professionnelle. Ainsi entendue, la dynamique de la plainte recouvre un enchaînement d'épreuves au double sens du terme: éprouver la difficulté du travail, mais aussi et indissociablement faire la preuve de ses capacités à bien le faire. Ces épreuves dessinent un parcours professionnel, au sens d'une expérience entendue comme un chemin d'épreuves, dans une tension entre atteintes à la professionnalité (l'exercice de la profession est menacé) et demandes d'appui à la professionnalité (l'exercice de la profession suppose de faire sans cesse la preuve de ses capacités)."6 (B. Ravon, G. Decrop, J. Ion, C. Laval, P. Vidal-Naquet, 2008).

Ces discours peuvent, faute d'accompagnement, avoir un impact sur la relation avec l'usager et aboutir à un découragement ou à un désinvestissement du professionnel.

L'usure peut dériver de reconfigurations variées face aux conditions de travail au sens large, par exemple : organisation du travail, reconnaissance sociale, salariale, relation avec l'usager, les pairs, l'encadrement, mise en regard de la mission de l'organisme, des évolutions du contexte législatif, des attentes et besoins des usagers, etc.

« On peut distinguer l'usure professionnelle équivalent au burn-out (Pezet, Villatte, Logeay, 1993) face à des usagers réputés difficiles voire inguérissables » et l'usure « articulant le discours de la plainte subjective des professionnels aux cadres d'action objectifs du travail social devenus contradictoires. Elle rend alors bien compte d'une crise de la professionnalité, lorsque les qualifications et les savoirs requis pour l'exercice de la profession entrent en contradiction avec les prescriptions des mandataires (...) On peut alors parler plutôt d'épreuve de la professionnalité, qui (...) peut conduire, à l'instar de l'usure, à l'abatement, au retrait et au désenchantement. Mais elle peut être surmontée et dépassée et dans ce cas être source de valorisation » (B. Ravon et al. 2009). La définition de l'usure invite à distinguer la subjectivité des causes désignées à un niveau individuel et l'objectivité de la plainte pour identifier les solutions adéquates en termes de prévention. Il semble essentiel de ne pas considérer

⁶ Dans la lettre de l'ONPES, numéro 6, octobre 2008, "Le malaise des travailleurs sociaux : épreuve professionnelle ou déni de reconnaissance?", B. Ravon, G. Decrop, J. Ion, C. Laval, P. Vidal-Naquet. Pour télécharger le rapport d'enquête du MoDys : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=917

|| l'usure professionnelle comme un état mais comme un processus, par conséquent réversible (cf B. Ravon et al. 2009).

|| Pour les auteurs, les "épreuves des professionnalités" sont nommées comme étant des formes d'usure professionnelle par le travailleur social, mais correspondent en réalité à la manière dont les travailleurs sociaux s'organisent pour dépasser ces épreuves inhérentes au métier à travers le renforcement de leur identité professionnelle, grâce notamment à des temps d'échange sur les pratiques.

Une analyse systémique doit permettre de prendre en compte à la fois les symptômes et les décalages entre les différents discours produits par les acteurs, pour pouvoir bâtir des actions de prévention tenant compte de la complexité du problème.

L'accompagnement par la recherche ou par un tiers peut jouer un rôle de sensibilisation en amont et de facilitation des processus au sein des organisations. La conduite du changement ne peut s'enraciner et porter ses fruits qu'au prix d'un engagement fort des professionnels et de l'encadrement.

Le CRTS part donc de l'hypothèse qu'une *corrélation* existe entre stress, stress chronique, usure et épuisement professionnel (plutôt qu'une *causalité* ou une *gradation*).

Le stress n'aboutit pas forcément à l'usure professionnelle et n'a donc pas les mêmes conséquences en termes de bientraitance (l'usure impliquant une détérioration du lien à l'usager par la perte de sens).

L'association de la recherche aux terrains professionnels semble nécessaire pour mieux connaître et agir sur les causes liées à l'évolution des problématiques sociales ou des politiques publiques. Les distinctions par métier pourront émerger d'un travail de recherche approfondi, le CRTS ayant pour sa part l'objectif de formuler des analyses et propositions transversales.

Il en va de même pour les questions plus pointues portant sur les métiers de l'insertion, le vieillissement des travailleurs sociaux, la prise en charge des personnes âgées, l'encadrement intermédiaire. Sur ces points correspondant à des interrogations des membres du CRTS présentés en séance plénière le 15 octobre 2008, le groupe de travail a cependant noté que :

- le vieillissement de la société et l'allocation pour l'autonomie (APA) modifient le profil des usagers de l'aide à domicile et le degré de dépendance des personnes âgées à leur arrivée en établissement. Faute d'accompagnement du personnel (management, formation), ces enjeux liés au vieillissement peuvent créer un déséquilibre entre compétences professionnelles et problématique prise en charge.
- les professionnels de niveau III semblent pâtir de l'indétermination de leur positionnement, à la lisière entre un rôle d'intervention et d'encadrement,
- l'usure des professionnels de niveaux V et IV semble mieux documentée, ce qui peut introduire un biais dans la réflexion.

Le CRTS observe en outre que les outils actuels combinent : l'autodiagnostic par les individus, les temps d'échange individuels ou collectifs sur les pratiques professionnelles, l'accompagnement des organisations.

2.6 Définitions et angle de travail retenus par le CRTS

L'usure professionnelle peut donc résulter de la présence de plusieurs formes de risques : risque de troubles musculo-squelettiques (TMS), risques biologiques, risques psychosociaux (RPS)⁷. L'ensemble de ces risques peut être prévenu par des actions de prévention ayant trait aux conditions de travail. L'usure liée aux risques psycho-sociaux (RPS) retient ici l'attention du groupe de manière prioritaire car

⁷ Les facteurs organisationnels ou psychosociaux susceptibles de générer des contraintes évoluent en même temps que le monde du travail. Ils peuvent être regroupés en cinq grandes catégories :

- la situation macro-économique
- les évolutions sociologiques
- l'organisation du travail et/ou la gestion des ressources humaines
- la qualité des relations de travail
- l'environnement matériel (D. Chouanière, 2006, INRS).

sa prise en charge par les organisations semble, à l'heure actuelle, plus complexe et plus limitée que pour les autres familles de risques.

En plus de ces trois familles de risques (TMS, biologiques, RPS) liés à l'organisation du travail, le travail social exige de considérer des facteurs à l'échelle :

- **individuelle** (par exemple : le travail relationnel sollicite les compétences et capacités personnelles. Il implique investissement, disponibilité, capacité d'empathie face à des situations humaines et sociales difficiles. La trajectoire professionnelle de l'individu avant d'appartenir à l'organisation est aussi un facteur de risque).
- **interpersonnelle et interprofessionnelle** (par exemple : le manque de reconnaissance de la part des usagers, des aidants, des pairs, de l'encadrement, l'érosion des représentations des métiers)
- **au sein de l'établissement ou service** (par exemple : l'organisation du travail -horaires atypiques, déplacements, isolement, chronicisation des tâches- ; la routinisation du travail -ancienneté, répétition des tâches, pratiques insuffisamment analysées-).
- **entre établissement ou service et politiques publiques** (par exemple : l'écart entre la mission confiée par l'institution et les conditions de mise en œuvre, qui peut renvoyer à des injonctions paradoxales en termes d'outils, de compétences, de ressources; la perception de contradictions entre l'évolution des politiques publiques et celle des problématiques sociales ; l'absence d'un vocabulaire commun).

Le CRTS a tenté de prendre en compte, avec cette définition, une multiplicité de facteurs. Il propose des stratégies préventives plutôt que curatives ou centrées uniquement sur l'individu.

3. MANIFESTATIONS ET CAUSES DE L'USURE PROFESSIONNELLE

3.1 Des manifestations individuelles et collectives

Les indices de l'usure peuvent être repérés à plusieurs échelles. Au niveau individuel on décèle des baisses d'attention, de concentration, des oublis fréquents, la diminution de l'efficacité dans le travail, les troubles du sommeil, la fatigue de plus en plus handicapante, les modifications du caractère.

Le stress chronique « résulte d'une confrontation à des contraintes de travail durables. Il correspond à l'épuisement d'un organisme qui fonctionne depuis longtemps en surrégime. Il se traduit par l'apparition de symptômes physiques (douleurs, troubles du sommeil, de l'appétit...), de symptômes émotionnels (crises de larmes, angoisse, tristesse...), de symptômes intellectuels (problèmes de concentration, erreurs, difficultés à prendre des initiatives...), et de répercussions sur le comportement (consommation de médicaments psycho-actifs, d'excitants, fuite, inhibition...). L'état de stress chronique peut générer des maladies graves comme les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques (TMS) ou encore des problèmes de santé mentale. Les conséquences sont également lourdes pour les entreprises : détérioration de l'ambiance de travail, hausse des accidents et maladies professionnelles, turn-over, absentéisme, baisse de productivité, etc. ».

"A court terme, des symptômes physiques (douleurs, maux de tête, sueurs), émotionnels (nervosité, crises de larmes), comportementaux (agressivité, repli) et intellectuels (difficultés de concentration, baisse de vigilance) sont observés. A moyen et long terme, cela aboutit au développement d'accidents cardio-vasculaires, d'états de dépression et de TMS."

La direction, des membres du CHSCT, le médecin du travail, le contrôleur de la CRAM, l'inspecteur du travail peuvent identifier une augmentation des cas de dépression, de TMS, de nombre d'accidents, de malfaçons ou de dégradation du climat social : ces indicateurs dégradés peuvent révéler la présence de stress au travail. Les cas de harcèlement moral avérés et de suicides exigent une intervention immédiate mais doivent s'accompagner d'actions de prévention à la source. (INRS, 2004 et 2007)

Les résultats provisoires du programme Samotrace de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) sur les métiers de la santé et de l'action sociale⁸ présentent la prévalence des différents indicateurs d'usure professionnelle par sexe :

- Salariés déclarant que leur formation n'est pas en adéquation avec leur emploi : env. 25% des femmes et 35 % des hommes
- Salariés déclarant avoir été victimes d'intimidations, menaces ou humiliations : env. 27% des hommes et 13% des femmes
- Salariés exposés à une forte demande psychologique : env. 54% des femmes et 56 % des hommes
- Salariés exposés à une faible latitude décisionnelle : env. 55% hommes et femmes confondus
- Salariés exposés au faible soutien social : environ 30% des hommes et 47% des femmes
- Consommation de médicaments psychotropes : environ 9% des hommes et 11% des femmes
- Détresse psychique : environ 26% des hommes et 32% des femmes.

⁸ Le périmètre des métiers pris en considération n'est pas précisé dans les résultats provisoires publiés au moment de l'élaboration du présent rapport.

3.2 Les causes perçues

« La massification et la diversification des problèmes sociaux exige du travail social qu'il assume de nouvelles missions. Ainsi, les métiers de l'insertion professionnelle pâtissent de n'avoir aucune prise sur les déterminants de la précarité. Les professionnels posent parfois des diagnostics sans remède faute, par exemple, de logements sociaux. Les causes systémiques de l'exclusion exigent de s'interroger sur le projet de société, afin que le travail social soit vécu comme un maillon d'un système cohérent et équitable. L'incertitude engendrée par le travail relationnel doit aussi être accompagnée. A titre d'exemple, le passage de relais au travailleur social à la sortie d'un domaine de compétence (légal par exemple) peut donner à celui-ci l'impression d'un chèque en blanc. » ASH (2006).

Parmi les causes indirectes de l'usure professionnelle on repère :

- « les transformations de l'éthique du travail, les bouleversements culturels et l'essor de l'individualisme contemporain, soit un défaut de cadre sociétal et institutionnel ;
- le retentissement des problèmes organisationnels et structurels sur le psychisme de l'individu (C. Sarbach 1992), soit un décalage entre les contraintes de l'environnement et les perceptions des ressources de l'individu pour y faire face. » E. Zucman dans D. Martin et al. 1998.

Deux types de malaise se superposent :

- « un malaise organisationnel : le travailleur social, dans la gestion de la crise, doit faire face à un certain nombre de dysfonctionnements organisationnels plus ou moins contraignants et l'exposant de manière singulière dans le rapport à l'usager ou l'habitant « victime ». On prend sur soi pour pallier les insuffisances de l'organisation au détriment de sa propre santé, de son équilibre individuel;
- un malaise professionnel : il sera traduit dans une non reconnaissance ou une méconnaissance institutionnelle de l'action menée et des savoir faire professionnels existants, dans la réduction de la fonction à un rôle « d'exécution » insatisfaisant » (rôle de « guichet social ») (C. Saint-Martin, 2007).

Les travailleurs sociaux font quotidiennement face à une détresse humaine et sociale qui donne sens à leur engagement professionnel mais peut engendrer un désinvestissement progressif, faute d'un accompagnement adéquat (management, formation, sensibilisation des usagers) et d'actions visant à augmenter le sentiment de reconnaissance (par les usagers, le management, les autres professionnels). La relation à l'usager peut engendrer des prises à parti, des violences verbales ou physiques. Celles-ci peuvent naître d'une assimilation du travailleur social, par l'usager, à des problématiques conjoncturelles (économie) ou sur lesquelles le professionnel n'a pas prise (emploi, logement...). Elles l'affectent cependant de manière professionnelle, dans sa relation à l'usager. Le fait d'être confronté à des problématiques sociales structurelles (emploi, logement, etc.) sur lesquelles il n'a pas toujours prise peut avoir un impact sur sa motivation.

L'injonction à inventer, innover, adopter la logique projet, développer de l'interpartenariat, tout en respectant le cadre institutionnel et l'organisation du travail parfois trop rigides place aussi le travailleur social face à une injonction contradictoire. En fait, ce n'est pas tant la relation à l'usager, parfois difficile, que l'impossibilité de lui accorder le temps nécessaire qui semble le plus "usant". Le travail relationnel se bâtit en conjuguant des exigences qui peuvent être vécues comme contradictoires. L'usure traduit aussi le poids du non-dit institutionnel par l'intériorisation d'injonctions paradoxales. La méconnaissance des rôles de la part de l'encadrement ou des usagers semble source de malaise.

"Lorsqu'elle est désignée comme déclencheur du malaise, la difficulté de la relation aux usagers n'en est pas moins rapportée, dans les plaintes des intervenants, à l'organisation générale de l'action. Avec l'empilement des dispositifs, la bureaucratisation et la rationalisation du travail, les réorganisations fréquentes et non concertées, le management par le haut, etc. les contraintes de temps et de gestion se sont étendues tout en se contredisant (...) Les rôles professionnels institués sont alors mis à mal et le sentiment de ne pas pouvoir faire correctement son métier s'installe." La qualité de la relation serait inconciliable avec les contraintes de temps et les standards de gestion impartis par les institutions. (B. Ravon et al. 2008)

Les affectations inadéquates liées à un défaut de gestion du personnel au sein des organisations et/ou aux difficultés à recruter, par exemple dans le cas des AMP effectuant un travail d'aides soignantes dans des maisons de retraite, invitent à la vigilance dans la gestion des emplois et compétences. M. Lorient évoque le cas d'infirmières usées par le manque de connaissance, par les usagers, de l'importance de la dimension

psychosociale qui fait sens pour elles dans leur métier (en plus du soin, de l'hygiène et des tâches d'organisation et d'administration). Cette difficulté semble aussi très présente dans les métiers de l'aide à domicile.

Au niveau sociétal, les représentations du travail social semblent "s'user". La compréhension partielle de l'action des travailleurs sociaux peut avoir un impact indirect sur le vécu des professionnels et sur la façon dont ils sont perçus par les usagers dans leurs pratiques. Le décalage entre la perception par les usagers et le discours des cadres et formateurs peut aussi créer un malaise, l'existence de rôles sociaux contradictoires ou mal définis étant une cause majeure de stress (selon Kahn, 1964, et Huebner, 1993).

C. Dejours (2008) relève pour sa part trois ordres de causes :

- introduction et généralisation de l'évaluation individuelle des performances
- généralisation des critères de qualité totale et sentiment d'imposture
- tolérance de l'État en matière de transgressions du droit et de la protection de la santé au travail.

Certains auteurs (C. Saint-Martin, 2007, B. Maynard, 2005) observent aussi que les évolutions dans le pilotage des politiques sociales (Actes I et II de la décentralisation), en redessinant les métiers du travail social, ont pu provoquer une perte de repères et une fragilisation des identités professionnelles. L'acte II de la décentralisation, en rapprochant le lieu de décision du terrain d'intervention, pourrait ainsi avoir engendré un relatif désengagement des professionnels en réduisant leur marge de négociation et de créativité. S'il semble nécessaire d'élaborer les politiques sociales au plus près des réalités vécues par les usagers et observées par les travailleurs sociaux, la capacité et donc la propension de ces derniers à prendre des initiatives pourrait avoir pâti, entre autres, de la perte d'espaces de réflexion sur le sens politique et éthique, du passage d'une logique de métiers à une logique de gestion des ressources humaines, de la massification des problèmes sociaux.

Quelques évolutions ayant pu fragiliser les travailleurs sociaux selon B. Maynard (2005) :

- *L'exigence de nouvelles compétences : « À côté des politiques classiques issues des années 1970-1980, des politiques sociales transversales ont été organisées : nouvelle entité, territoire, la notion de projet commun apparaissent. Ces dispositifs induisent des partenariats et des financements croisés. Dès lors, la culture, les savoirs, et les pratiques traditionnelles des travailleurs sociaux sont mis à l'épreuve.*
- *La demande d'expertise qui s'étoffe. Le modèle hiérarchique est remis en cause au profit d'un modèle coopératif et multidirectionnel. Réunions de concertation, comités de pilotage, groupes de suivi, évaluation structurent le nouveau partenariat avec la montée de la bureaucratie liée à la complexité. »*
- *La recomposition des missions : " la fin de certaines spécificités professionnelles : dans de nombreux départements, les assistantes sociales ont laissé des missions de protection maternelle et infantile à des puéricultrices ; les questions d'endettement, de surendettement et de suivi des personnes âgées aux conseillères en économie sociale et familiale. À l'inverse, dans certains départements, elles ont largement investi le champ de l'insertion ou de l'aide sociale à l'enfance, bien souvent réservé aux éducateurs spécialisés."*
- *Le passage d'une logique d'emploi à une logique de métiers : "C'est avant tout l'employeur en fonction de ses priorités, de sa politique sociale qui détermine et construit les missions, les tâches, les procédures, les compétences et les outils des travailleurs sociaux. L'apparition d'un cadre d'emploi unique et unifié dans la fonction publique territoriale sous le nom d'assistant socio-éducatif symbolise la marque de ce changement et démontre la prédominance d'une logique de gestion sur une logique de métier."*
- *Une reconfiguration des acteurs politiques : " La décentralisation a mis en exergue l' élu. C'est désormais un acteur majeur doté d'un pouvoir réel et d'une légitimité électorale. Ses réseaux, sa culture, ses compétences, ses modes de fonctionnement et ses contraintes restent encore parfois étrangers à bon nombre de travailleurs sociaux. Inversement, les exigences professionnelles des travailleurs sociaux (confidentialité, respect d'une temporalité propre...) sont parfois perçues par les élus comme une forme de pesanteur ou de corporatisme."*

B. Maynard (2005) préconise :

- *Une clarification du partage de compétences pour la gestion des questions sociales*
- *Un équilibre entre la déconcentration de l'appareil d'État et la décentralisation*
- *Une simplification des politiques sociales territoriales (aujourd'hui mettre en place de nouveaux dispositifs supplanterait la détermination des objectifs)*
- *Une démarche de création institutionnelle: au niveau départemental, il existe peu d'espaces d'échange, de dialogue entre élus, décideurs et travailleurs du social, peu de lieux d'expression, des propositions usagers/acteurs de l'action sociale. Les commissions administratives paritaires, les comités techniques paritaires, par exemple, remplissent d'autres fonctions.*
- *Un infléchissement de la gestion des ressources humaines et un renforcement de la reconnaissance des professions sociales : redéfinir le rôle de certains cadres; accompagner et reconnaître l'engagement et la prise*

de risque (rémunération, promotion bien sûr, mais aussi temps libéré, promotion des actions innovantes, valorisation du travail et publications), faciliter et construire des passerelles inter-professions et inter-institutions; aller vers un social de mission et un social de prestations (ce dernier recouvre de nouveaux métiers en construction impliquant des domaines d'intervention et des finalités précises, un agencement de savoirs et de savoir-faire repérables. Ainsi en est-il par exemple des métiers d'aide et d'éducation à domicile : technicienne des interventions sociales et familiales, auxiliaire de vie sociale. Le social de mission recouvre plutôt des généralistes, des ingénieurs du social chargés de coordonner les interventions et d'être garants des diverses prestations de service et des projets des usagers); l'accès à la fonction publique et les procédures de titularisation, la formation continue, la gestion partenariale, le pilotage institutionnel (planification, évaluation...), ainsi que la refondation d'associations professionnelles ou syndicales représentant l'ensemble des travailleurs du social.

Les récents travaux de B. Ravon et al. (2008) complètent ces analyses et les nuancent, en distinguant l'épuisement, peu répandu, d'autres formes d'inquiétudes qui semblent au contraire traverser l'ensemble des métiers de l'intervention sociale :

" Si le syndrome de burn-out touche les travailleurs sociaux, il les atteint moins que les personnels de santé (médecins, généralistes, infirmiers, agents hospitaliers). Depuis l'avènement de la «nouvelle question sociale», nombre d'observateurs émettent l'hypothèse d'un élargissement du burn out à d'autres sphères du travail social, notamment du côté des dispositifs où les intervenants sont confrontés aux personnes en grande difficulté sociale et à leurs situations inextricables (comment, par exemple, tenir la relation d'aide auprès de personnes en attente de logement sans avoir aucune solution à leur offrir?). Bien qu'ayant été exposés à de telles difficultés, la plupart des travailleurs sociaux rencontrés ne relèvent pas des symptômes caractéristiques de l'épuisement professionnel: taux élevé d'absentéisme, fatigue physique particulière (comme on l'observe chez les agents hospitaliers par exemple), turn-over important ou sorties précoces de la carrière."

"Si l'épuisement professionnel n'est pas repérable au regard de ce genre de symptômes, de vives inquiétudes ont, par contre, été consignées dans tous les secteurs et à tous les niveaux de l'intervention sociale, chez les intervenants du front comme chez les agents et les cadres de «l'arrière», chez les professionnels les plus précaires ou les plus qualifiés. Mais, au contraire du syndrome d'épuisement qui envisage la souffrance au travail sous l'angle de l'individu, les plaintes recueillies renvoient à l'ensemble du système d'action, au-delà de la situation relationnelle intervenant/usager. Cette généralisation du problème de l'usure professionnelle à l'ensemble du travail social semble alors désigner le malaise des professionnels qui ont vu en deux décennies l'exercice de leur métier bouleversé: extension de la vulnérabilité des usagers, diversification des publics, multiplication des dispositifs et des procédures parfois dénués de mode d'emploi, rationalisation et division du travail, approfondissement de la décentralisation, renforcement de la logique de gestion et de contrôle, priorité donnée au droit des usagers, individualisation de la relation d'aide, etc. Confrontés à des cadres d'action multiples et contradictoires, les travailleurs sociaux doivent composer avec différents repères et de nouveaux référents. Jusqu'à parfois ne plus pouvoir s'appuyer sur leurs qualifications initiales et leurs compétences habituellement reconnues. Il leur devient dès lors très difficile de développer une expérience professionnelle propre, ce qui s'accompagne du sentiment d'avoir perdu le sens du métier." (B. Ravon et al., 2008)

Le manque de reconnaissance de l'écart entre travail réel, travail prescrit et travail vécu, où se forge l'engagement du travailleur social et la qualité de ses pratiques, peut donner lieu à une réaction défensive et à un désinvestissement. Ce phénomène entame la plus-value du travail relationnel et la qualité des pratiques. Il faut donc trouver les moyens de permettre aux travailleurs sociaux de nommer et d'analyser ce travail réel, aux organisations et usagers de mieux le reconnaître.

R. Wittorski (2003) repère cinq voies de professionnalisation :

1. la formation "sur le tas"
2. la formation initiale traditionnelle (savoirs théoriques disciplinaires)
3. la formation alternée
4. l'analyse des pratiques mise en œuvre en entreprise ou en formation
5. l'analyse des pratiques mise en œuvre en entreprise ou en formation avec pour objectif connexe la définition anticipée de nouvelles pratiques (logique de réflexion par l'action).

Les voies 4 et 5 sont celles de l'analyse des pratiques comme dispositif de professionnalisation des individus, des activités et des organisations simultanément ou séparément. Il invite à distinguer analyse des pratiques et analyse du travail. Wittorski illustre dans le tableau ci-dessous la pertinence de la prévention par des actions en termes de formation, de management, de recherche et de communication.

Impacts de l'analyse des pratiques	Professionnalisation des activités	Professionnalisation des individus	Professionnalisation des organisations
Développement identitaire	Identité sociale d'une profession	Identité socio-professionnelle, individuelle /collective	Identité collective, organisationnelle = culture organisationnelle
Développement des compétences, savoirs, connaissances, capacités	Savoirs (désignés et formalisés) et capacités	Connaissances et compétences (dimensions subjectives)	Savoirs et capacités formalisés

L'analyse des pratiques au sens large se distingue de l'analyse du travail (tâches réelles versus tâches prescrites). Elle permet "soit un processus de négociation entre des groupes sociaux, en vue de faire reconnaître l'autonomie et la spécificité d'un ensemble d'activités ; soit une formation aux contenus d'une profession existante". L'association des organisations professionnelles et du milieu de la recherche est donc sans doute propice à trouver les moyens les plus adaptés de combattre l'usure professionnelle des travailleurs sociaux (Wittorski, 2003).

B. Ravon (2008) indique que : "la demande de soutien aux intervenants a littéralement explosé ces dernières années. L'étude que nous avons menée sur un réseau de superviseurs montre que la demande d'analyse de la pratique a plus que triplé entre 1999 et 2006. Sur le plan qualitatif, il faudrait même parler d'éclatement de la demande, comme l'indique l'extension d'un grand nombre de termes pour la qualifier : on ne parle plus seulement d'analyse de la pratique professionnelle (ou éducative) et de supervision, mais d'échange de pratiques, de groupes de parole, de recherche-action, etc. (...)

L'extension de la demande d'analyse de la pratique montre donc que l'enjeu n'est plus uniquement celui d'un appui aux professionnels, mais d'une recomposition de l'activité professionnelle dans son ensemble. On lui demande de tout faire : construire une culture professionnelle commune, élaborer collectivement des repères théoriques, construire des référentiels métiers, former au travail relationnel, assurer la régulation d'équipe. En un mot, sauvegarder coûte que coûte la possibilité d'agir des intervenants et proposer un nouveau cadre de l'action. En cela ces demandes correspondent à des situations où les atteintes à la professionnalité ne touchent pas tant la profession elle-même que l'intervenant en personne, exposé dans l'exercice de son métier à la difficulté de définir lui-même le sens de son métier. D'une certaine manière, la demande d'analyse de la pratique sonne comme une demande de protection des attaques en règle de la personne même du professionnel, lorsque ce dernier est considéré comme un simple agent de l'action sociale, réduit à l'exécution de procédures. Mais elles indiquent une attente profonde de redéfinition de la professionnalité.

Malgré l'inflation de la demande de reprise de l'action, les dispositifs d'analyse de la pratique se heurtent aux logiques gestionnaires (coût, durée, complexité du financement, risque d'une plus grande autonomie et d'une plus grande capacité critique des demandeurs). Les superviseurs sont alors obligés de démultiplier les arguments de l'intérêt de la méthode, quitte à en faire un lieu exemplaire de prévention de l'usure professionnelle, alors même que ce n'est pas sa vocation première. (...)

Lorsqu'elles sont liées aux injonctions contradictoires et aux dénis de reconnaissance, les épreuves traversées peuvent pour partie être réduites, si notamment la reprise des expériences permet de dénouer certaines situations problématiques et de réinstaller une confiance minimale. Enfin, les épreuves nées de la confrontation aux usagers sont le plus souvent surmontables, dès lors qu'ils est possible de les "reliure" à l'aune des contextes institutionnels, organisationnels, situationnels et biographiques".

Les groupes de recherche-formation par l'analyse des expériences problématiques centrées sur la relation (cf groupe Balint) posent toutefois les problèmes de l'emprise clinique du superviseur sur le professionnel. Ce temps ne devrait pas être investi par le management au titre de la seule prévention de l'usure professionnelle ou comme espaces d'affirmation des compétences (B. Ravon et al., 2008).

Les temps d'échange sur les pratiques semblent être un besoin transversal aux métiers du travail social mais ils génèrent sans doute des attentes trop diverses et imprécises. L'objectif de ces temps d'échange et les liens à prévoir avec l'organisation du travail, l'évolution des besoins et attentes des usagers et l'évolution des politiques

sociales demandent à être précisés au sein des structures pour en faire un outil pertinent de prévention de l'usure professionnelle.

Groupes d'échanges entre praticiens, dispositifs d'analyse de la pratique, associations professionnelles, groupements de formation continue: les collectifs de travailleurs sociaux réflexifs sont des vecteurs essentiels de construction et de reconnaissance de leur professionnalité. Leur existence est devenue un enjeu majeur pour le travail social. Certes, ces collectifs ne peuvent prendre en charge toutes les questions posées par l'exercice du travail social et leur légitimité n'est pas toujours assurée, d'autant plus que leur standardisation constituerait un véritable danger. Pourtant, comme l'expérience de chacun leur permet d'élaborer une éthique partagée, ils constituent le support principal de l'autonomie des travailleurs sociaux." (B. Ravon et al., 2008).

Dans la prévention de la souffrance au travail, le management du travail social doit pouvoir conjuguer changement de l'organisation du travail et déploiement large et régulier d'espaces d'échange sur les pratiques. Cette réflexion régulière permettra d'enrichir les démarches évaluatives, en en faisant l'occasion de renouveler en continu l'engagement des équipes autour d'un projet réellement adossé à ces retours réguliers sur les pratiques et sur leur évolution.

3.3 La complexité des causes : l'apport de la recherche

Plusieurs facteurs identifiés statistiquement comme "neutres" peuvent être complétés, voire contredits par le volet qualitatif d'une enquête. Il est important d'interroger ce décalage : l'usure professionnelle est attestée à la fois par le fait d'être nommée/perçue (subjectivité) et par des indices que les travailleurs n'identifient pas forcément comme les signes de la fatigue professionnelle mais qu'un préventeur, par exemple, peut identifier. Pour cette raison, les causes perçues et réelles d'usure et donc les réponses à y apporter peuvent varier considérablement en fonction des structures et métiers.

L'enquête menée par B. De Backer et V. de Coorebyter auprès d'éducateurs spécialisés en 1998 montre que : "Les éducateurs sondés souffrent très rarement du burn-out défini comme la combinaison d'un épuisement émotionnel, d'une perte d'intérêt sensible pour les bénéficiaires et du sentiment de non-accomplissement (...) Cependant, l'étude ne peut prendre en compte les victimes de burn-out ayant quitté le métier (phénomène réel et fréquent selon les interviews menées dans la recherche); le syndrome est nettement plus présent dans l'aide aux handicapés que dans les autres secteurs étudiés (or ce secteur est appelé à croître du fait du vieillissement des bénéficiaires, et à faire peser d'avantage le facteur de burn-out qu'est la durée de prise en charge); enfin, les catégories d'éducateurs dans lesquelles les symptômes sont le plus répandus sont aussi celles qui les subissent depuis le plus longtemps. (...) La fatigue professionnelle, attestée par la présence d'au moins un symptôme de burn-out, est très présente : symptôme d'épuisement émotionnel pour 85% des sondés, non-accomplissement professionnel pour 60% d'entre eux, perte d'intérêt sensible pour les bénéficiaires pour 40%".

"Le stress est le lot commun de pratiquement tous les éducateurs quel que soit leur secteur ou sous-secteur d'activité, même s'il connaît des pics dans l'aide à la jeunesse et l'aide aux handicapés mentaux mineurs d'âge. L'usure engendrée par la répétitivité du travail frappe surtout les éducateurs travaillant avec des handicapés adultes, tandis que les éducateurs de l'aide à la jeunesse y échappent presque tous. Les déficiences ou les rigidités dans l'organisation du travail jouent un rôle assez important et ce dans l'ensemble des secteurs. Les problèmes physiques jouent également un rôle significatif. Pour l'aide à la jeunesse (y compris dans le milieu de vie) et l'aide aux handicapés mineurs : l'âge et la transformation du métier (qualification plus élevée des éducateurs) explique que stress et la fatigue soient plus élevés."

Le tableau dressé par les auteurs des facteurs de prévention ou aggravants d'usure professionnelle illustre la nécessité d'appréhender les causes par métiers et secteurs: plusieurs facteurs neutres dans leur enquête peuvent être, pour d'autres métiers, des causes d'usure professionnelle (par exemple : horaires atypiques, sexe du professionnel, comme en témoignent les résultats de l'enquête Samotrace sur les métiers de la santé et de l'action sociale menée actuellement par l'INVS).

La conduite du changement dans l'organisation du travail prend appui sur l'amélioration de la communication. L'engagement des parties à long terme est le fruit d'un accompagnement solide qui renforce les ressources de l'organisme sans s'y substituer. L'échange sur les pratiques entre professionnels apparaît comme un outil incontournable dont il faut préciser les objectifs au cas par cas, pour l'intégrer au management du travail social.

Dans une recherche menée en 1997, M. Le Bozec montre que la relation avec le jeune et la qualité même du contenu éducatif sont bien "dépendantes d'un contexte donc d'une organisation de travail et d'un processus de communication à l'intérieur de cette organisation. Cet ensemble interactif fragile doit être soutenu au quotidien. La perte de confiance traduit selon les équipes un manque de communication sur le sens de l'organisation et des décisions en général et une non reconnaissance des spécificités éducatives de l'équipe. Il semble que le seul diagnostic sur l'organisation fasse l'impasse sur un autre objet de questionnement essentiel : l'équipe identifie volontiers un problème structurel mais n'énonce pas ce qui pourrait définir sa propre crise identitaire. La loi 2002-2 peut permettre d'aborder ces aspects à condition qu'elle soit investie par tout le personnel, d'où l'idée qu'il est indispensable d'accompagner le changement dans les services, avec en amont une définition du problème grâce à l'expression du personnel éducatif. La mise en œuvre de l'évaluation (pédagogique et politique) doit être précédée d'un contexte d'accompagnement.

La mise en œuvre d'espaces de réflexion et d'accompagnement « permet d'amorcer progressivement une rupture avec la victimisation pour aller vers une prise de responsabilité sur le sens donné au travail auprès des jeunes. Cette approche demande des intervenants des compétences spécifiques et un engagement particulier. L'expérience montre que l'approche complexe est nécessaire afin que l'accompagnement des équipes ne soit ni un déversoir ni un lieu à part et protégé. L'implication de la direction amènerait un bouleversement culturel mais semble indispensable.

3.4 Des démarches d'accompagnement entre recherche, formation et action

Le réseau Anact (revue Travail et changement, mars/avril 2008) propose des méthodes flexibles et adaptables d'accompagnement de structures, qui peuvent notamment amener à développer des formations-actions:

► L'ARACT d'Auvergne auprès de la Mairie de Clermont-Ferrand:

Après une phase de diagnostic qui a permis de croiser les perceptions de la notion de souffrance au travail qu'ont les différents professionnels (représentants des organisations syndicales, médecin du travail, DRH, adjoint du DG des services, assistante sociale, adjoint au maire en charge de l'hygiène et de la sécurité, etc.), l'ARACT propose notamment en 2008 une formation-action sur les RPS en redonnant à cette approche une dimension collective et en la restituant dans le travail d'évaluation des risques professionnels. L'action fait l'objet d'une communication interne auprès de tous les agents de la mairie. L'objectif était de partager une vision des enjeux pour sortir d'une situation jusque-là mal comprise. La démarche paritaire de la Mairie l'a amenée à se rapprocher de l'ARACT (position et méthodologie paritaires). L'animation du groupe de travail s'est faite dans cet esprit avec un mot d'ordre: "rester sur le terrain du débat et de l'écoute".

► La formation-action auprès d'une société propriétaire et gestionnaire de 30 000 logements sociaux (HLM) et auprès des médecins du travail, une collaboration entre l'ARACT d'Aquitaine et la DRTEFP:

"Les médecins ont particulièrement creusé deux approches : la construction de l'alerte, avec le passage du repérage d'indicateurs individuels à celui d'indicateurs collectifs, et la formalisation de cette alerte auprès de l'employeur (document unique, fiche d'entreprise, courrier). Objectif: agir sur le plan collectif. Il s'agit dans l'approche individuelle de rechercher, préconiser et surveiller l'altération de la santé avec des questions clefs dans le diagnostic médical sur le sommeil, l'état de fatigue... lors des visites médicales. L'approche collective consiste à repérer des données collectives et leurs évolutions pour cerner les indicateurs d'alerte comme le taux d'absentéisme, le nombre de demandes de visites médicales spontanées, le nombre de visites d'embauche, les symptômes (TMS par exemple) le climat social et relationnel.

Sur les pratiques professionnelles, l'accent a porté sur : "les moyens de travail (organisation, système de gestion des RH et ressources matérielles), la prise en compte des évolutions législatives, contextuelles, démographiques, les outils dont ils disposent pour réaliser le passage des données individuelles aux données collectives, suivi des

données, etc."

Les suites opérationnelles: la démarche leur a permis de contribuer à l'élaboration d'une plaquette de communication à destination de leurs collègues des services de santé au travail et une boîte à outils avec exemple de courrier, points de méthode, questions clef en consultation, mémo sur les structures relais en Aquitaine. Dans le prolongement de ce travail, l'ARACT Aquitaine intègre aujourd'hui l'équipe pédagogique d'un nouveau séminaire universitaire de l'Université Paul-Segalen, Bordeaux-2, séminaire intitulé « santé mentale et risques psychosociaux » (professeur Patrick Brochard). Le travail se poursuit également avec l'animation d'un groupe d'échange des inspecteurs et contrôleurs du travail autour de leur rôle dans la prévention et de leur collaboration avec les médecins du travail."

► L'ANACT (2007) suggère de mener l'ensemble des actions suivantes:

- "Mettre en place une politique de gestion des ressources humaines
- Diffuser un modèle de gestion des ressources humaines de qualité pour le personnel encadrant
- S'inscrire dans le développement territorial (liens avec les acteurs territoriaux, analyser les besoins du territoire et avoir une vision prospective, pour la gestion des déplacements des salariés)
- Établir un lien avec les prescripteurs, pouvoirs publics territoriaux, le corps médical, les professionnels de l'insertion, etc.
- Prendre garde aux risques de taylorisation
- Introduire du collectif
- Entrer dans les structures pour accompagner sur les questions de qualité
- Faire remonter aux responsables hiérarchiques, institutionnels et bailleurs les paradoxes d'une non qualité générée par ces conflits de prescription
- Permettre l'élaboration d'un référentiel commun partagé d'activité (analyse collective d'études de cas)⁹."

► L'ARACT de PACA propose, à titre d'exemple, de prendre en compte les connaissances et savoir-faire des :

- salariés et représentants du personnel,
- organisations et branches professionnelles (élaboration de guides et d'outils),
- organismes de prévention s'engageant à mettre en place la démarche,
- services de santé au travail développant une approche pluridisciplinaire de la prévention,
- médecins au travail (tiers temps: analyse du milieu, fiche entreprise: risques et moyens de prévention),
- services de l'Etat (Services d'inspection du travail) : sensibilisation en amont, suivi démarche, contrôle du respect des obligations).

⁹ L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), en France, a développé à partir de son expérience de dix ans d'interventions en entreprises, une approche originale et pratique des risques psychosociaux (cf. "Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail", éd. Anact, mai 2007). Contrairement aux approches centrées sur l'individu, elle propose de regarder les conditions de l'organisation du travail et des relations professionnelles comme sources essentielles des situations pathogènes et comme cibles prioritaires des actions de prévention. En effet, le travail peut être vu comme un lieu permanent de "tensions" entre les objectifs de l'entreprise et ceux des salariés mais des processus de "régulation" fonctionnent le plus souvent, permettant de trouver les compromis sociaux acceptables.

Les risques psychosociaux doivent donc être analysés comme le résultat de "tensions" excessives, non régulées ou insuffisamment régulées par l'organisation du travail et le système de relations sociales. Ces tensions regroupées en quatre grandes familles, celles issues des contraintes du travail, celles liées aux valeurs et exigences du salarié, celles liées aux situations de changements des contextes de travail, et celles liées aux relations et comportements des individus, font référence aux grands modèles du stress convoqués en fonction des contextes de travail. L'approche de l'Anact se veut résolument opérationnelle pour les acteurs de l'entreprise qui sont invités à repérer des "situations-problèmes" dans leur quotidien professionnel, à analyser les "tensions" qui y sont présentes et les défauts de régulation : ils peuvent ensuite remonter aux causes dans l'organisation du travail, les politiques de ressources humaines... Les actions de prévention porteront sur la réduction des tensions mais tout autant sur l'augmentation des capacités de régulation individuelle et collective.

Au travers de son expérience d'appui aux entreprises sur la prévention des risques psychosociaux, l'Anact peut dégager des hypothèses en ce qui concerne des modes d'organisation productives pathogènes, des secteurs d'activité particulièrement concernés en établissant des liens entre les formes d'organisations mises en place et des caractéristiques reconnues comme constitutives de la santé mentale au travail (Anact, colloque de l'Institut national de veille sanitaire du 26 mars 2009).

L'Anact est pilotée par des instances composées de représentants des employeurs, des salariés, de l'État (trois tiers).

4. REPERAGE D'OUTILS

Les outils présentés dans les pages suivantes ont été ciblés en fonction de l'intérêt qu'ils représentaient au vu des analyses faites par le groupe de travail. Ils ont été repérés grâce au soutien du groupe de travail, du Secrétariat, de membres du CRTS de Bretagne et, dans un souci d'élargir le spectre des réflexions, par une recherche documentaire complémentaire. **Ce repérage est effectué à titre indicatif plutôt qu'exhaustif.**

Pour prendre connaissance de l'intégralité des outils présentés dans les pages suivantes, on pourra se reporter à leur source. Les préconisations redondantes ont en effet pu être supprimées. Les synthèses présentées n'engagent donc pas les organisations auteurs de ces outils.

En plus de ces outils portant sur les structures, plusieurs outils de diagnostic individuel (grilles de questionnaire) ont aussi été repérés mais sont soumis à licence d'utilisation et ne peuvent faire l'objet d'une diffusion sans l'accord de leurs auteurs¹⁰.

¹⁰ Le test développé par C. Maslach est présenté à la page 28 du Guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements, avril 2004, Guide issu des travaux du Comité de suivi soins palliatifs et accompagnement 2002-2005, pages suivantes.

En plus des outils présentés dans les pages suivantes, le groupe propose de se référer aux travaux de la Fédération hospitalière de France et aux recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (Anesm), notamment:

- ▶ Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées – Juillet 2008 (notamment pages 15 et suivantes)
- ▶ Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Décembre 2008
- ▶ La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – Juillet 2008 (notamment pages 13 à 36)

4.1 Méthodes et guides d'accompagnement des organisations

Outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychologique au travail

Michel Vézina¹¹

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2008.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/744_OutilCaractMilieuTravail.pdf

Objet

Cet outil de mesure et de diagnostic portant sur l'organisation du travail comporte une dimension pédagogique pour aider le milieu à identifier les actions à mettre en place ou les cibles à atteindre dans l'entreprise. Il propose le recueil de données qualitatives renseignant l'écart entre travail vécu et travail prescrit. Il vise à faire reposer l'intervention sur des faits et variables reconnus pour avoir un impact sur la santé mentale du personnel. Il permet de juger de la pertinence de mener ensuite une investigation puis une action plus approfondies.

Public cible

Les intervenants en santé au travail (pour prioriser les facteurs de risque pour la santé psychologique dans un programme de santé), la direction des ressources humaines, les gestionnaires et directions, les responsables santé et sécurité au travail (SST), les responsables de l'indemnisation des maladies (assureur ou inspection du travail), les représentants des employeurs et salariés.

Indicateurs

L'auteur distingue "données de base" et "composantes de l'organisation du travail". Une première phase d'investigation diagnostique doit permettre de mieux connaître les besoins de l'organisation considérée.

Des actions préventives peuvent ainsi porter sur les "données de base":

- Le contexte de l'emploi (exemples: recours à l'intérim, sous-traitance, proportion des emplois temporaires ou occasionnels)
- L'absentéisme (exemples: hausse des causes d'absence ou d'invalidité liées à des problèmes psychologiques ou plus de 50%, absence de plan d'action)
- Politiques de santé au travail (exemples: activités d'aide individuelle ou d'entraide par les pairs, information aux employés et gestionnaires sur le stress/ la santé psychologique, activités visant à

l'amélioration des composantes-clés de l'organisation du travail ; mécanismes de gestion des plaintes

¹¹ Michel Vézina (Université Laval, Québec, Canada – Groupe de recherche sur les impacts psychologiques, organisationnels et sociaux du travail, Québec, Canada – Institut national de santé publique, Québec, Canada), au Colloque de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) le 26 mars 2009 :

"Peu d'études rigoureuses évaluant des interventions visant à diminuer les contraintes psychosociales au travail et leurs effets sur la santé ont été réalisées et celles disponibles comportent des limites méthodologiques importantes. L'objectif des études présentées consiste à évaluer des interventions visant la réduction de quatre contraintes psychosociales précises de l'environnement de travail, bien documentées, en lien avec les modèles de tension psychologique de Karasek, Theorell et Johnson (demande psychologique élevée, latitude décisionnelle faible, faible soutien social des collègues et des superviseurs) et de déséquilibre effort-reconnaissance de Siegrist. Les interventions visant la réduction des contraintes ciblées et des problèmes de santé ont produit des résultats significatifs dans les groupes expérimentaux. Chez les soignants, on a noté neuf changements bénéfiques significatifs sur quinze, dans les contraintes et les problèmes de santé, entre la mesure pré-intervention en 2000 et la mesure post-intervention en 2004. De plus, pour sept contraintes psychosociales sur neuf et quatre problèmes de santé sur cinq, la moyenne après 36 mois ajustée pour la moyenne avant l'intervention était plus faible dans l'hôpital expérimental que dans l'hôpital contrôle, indiquant une amélioration.

connus et appliqués, participation des travailleurs à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé au travail)

- Politiques de retour au travail (exemple: tâches modifiées, aménagement de l'organisation du travail, rencontre avant le retour en poste)
- Programme de conciliation travail/vie personnelle.

Les composantes de l'organisation du travail sont celles considérées comme des facteurs de risque. Elles invitent plus au changement car elles entretiennent un lien de causalité direct avec l'usure professionnelle:

- Charge psychologique élevée : la quantité de travail à accomplir, les exigences mentales, les contraintes de temps (exemples: manque de temps, de préparation, de compétences, non remplacement des départs en retraite/maladie, description floue des tâches et postes versus objectifs réalisables dans les heures de travail régulières, rencontres régulières avec les supérieurs (objectifs et outils pour les atteindre).
- Reconnaissance du travail : salaires, perspectives de promotion, statut d'emploi correspondant à la formation et à l'expérience, sécurité d'emploi (exemples: reconnaissance systématique des accomplissements, sensibilisation et formation, formation favorisant la promotion de la carrière, évaluation continue des employés, octroi de congés d'études).
- Soutien social : les interactions disponibles
 - avec les supérieurs : confiance et leadership, c'est-à-dire ouverture aux demandes et besoins des employés, conseils en cas de besoin, respect (exemples : réussir à faire travailler les gens ensemble, servir de médiateur des conflits, répondre rapidement aux requêtes)
 - avec les collègues : assistance dans les tâches, cohésion du groupe (exemples : partage d'information concernant le travail, réunions d'équipe)
- Latitude décisionnelle : contrôle sur les activités et possibilité d'utiliser et de développer ses compétences
- Communication, information : moyens mis en place par la direction pour informer, consulter, rencontrer les employés sur le contexte de l'organisation et la vision de la direction (communication bilatérale, ascendante et descendante)
 - une politique claire concernant la diffusion de l'information
 - des mécanismes formels pour la consultation des employés.

Éléments de méthode

On propose de faire se rencontrer plusieurs répondants lors d'une investigation diagnostique. La confrontation de points de vue est un premier pas vers un engagement réciproque. Au cours de ces entrevues sont posées des questions sur les situations à risque dans l'organisation. On cherche à obtenir une description et une gradation des situations à risque entre elles. Une notation en sera dérivée et permettra d'établir les priorités d'un plan d'action au sein de la structure. L'analyse des résultats permet de distinguer des pistes de solution sur les "composantes-clés" (facteurs de risque) ou sur les "données de base" (activités préventives générales).

Guide méthodologique pour la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels L'évaluation des risques dans l'aide et les soins à domicile

UNA- MUTUALITE FRANÇAISE- CIDES, mars 2009
document transmis par Bertrand Bernicot, UNA Bretagne,
membre du groupe de travail du CRTS sur l'usure professionnelle

Objet

L'outil proposé s'appuie sur plusieurs études réalisées dans des sites pilotes dans le cadre d'une collaboration UNA-MF-CIDES (Chorum Initiatives pour le Développement de l'Économie Sociale). Il propose une méthode concrète de mise en œuvre de l'évaluation des risques par élaboration d'un inventaire exhaustif (sans tenir compte de leur probabilité ou de leur dangerosité) devant ensuite donner lieu à un plan d'action par priorités et à des mises en œuvre fonction des moyens, de la dangerosité, du nombre de personnes concernées, etc.

Acteurs de la prévention

Cet outil de sensibilisation et d'information rappelle les rôles :

Du médecin du travail : préventif (un tiers du temps passé en milieu de travail pour des visites d'entreprises), d'évaluation des risques professionnels, de propositions pour l'aménagement des postes, d'inventaire des produits manipulés...

Des agents de l'Inspection du travail qui ont un rôle de sensibilisation : ils apportent un éclairage sur les modalités de mise en œuvre du processus de prévention, notamment dans les réunions du CHSCT.

Des agents de services de prévention des organismes de sécurité sociale (Ingénieurs conseil et contrôleurs de sécurité des CRAM) qui ont un rôle d'incitation et d'injonction.

Du Fonds d'amélioration des conditions de travail (FACT¹²) qui appuie les projets de branches professionnelles ou d'entreprises.

De l'employeur (article L.4121-2 du Code du travail: devoir de supprimer les risques et d'évaluer ceux qui ne peuvent être évités). Il est rappelé :

- qu'un risque peu probable n'est pas pour autant acceptable, un risque inévitable n'est pas tolérable, l'employeur doit le réduire à la source par la "prévention primaire".
- que des sanctions pénales sont prévues à l'encontre de l'employeur par le Code du travail si :
 - le document unique n'est pas mis en place ou pas actualisé
 - l'employeur récidive dans un délai d'un an.

La faute inexcusable de l'employeur peut être invoquée dans le cas où un salarié serait victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le risque est connu de l'employeur (article L.4131-4 du Code du travail). Dans une telle situation, la réparation des préjudices versée par la CPAM à la victime et la rente éventuellement majorée sont à la charge de l'employeur.

Le personnel a un droit d'accès au document unique.

Méthode de mise en œuvre de l'évaluation des risques

1. Constituer un groupe de travail associant des représentants des salariés, de la direction, de l'encadrement intermédiaire, de la médecine du travail. Associer le CHSCT. NB : il n'y a pas d'obligation de le consulter sur la mise en place du document unique d'évaluation des risques professionnels.

¹² Géré par l'Anact, voir plus loin : moyens mobilisables et le site : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/informations-pratiques/fiches-pratiques/sante-conditions-travail/aides-amelioration-conditions-travail.html>

2. Distinguer travail réel et prescrit : entretiens individuels, observations de terrain... (comme le précise la circulaire numéro 6 de la DRT du 18 avril 2002¹³).
3. Distinguer et définir des unités de travail et sous-unités (UT et SUT: UT par lieux de travail - domicile, locaux de l'association -; SUT pour chaque UT, par métiers - aides-soignants et infirmiers, aides à domicile, médiateur familial et psychologue - et types de publics).
4. Définir les risques afférents, faire une liste des situations de travail concernées pour chacun des risques, les coter en précisant les modalités d'exposition des salariés (durée, probabilité, dommage humain potentiel).
5. En dériver un plan d'action
6. Présenter le document d'évaluation aux instances représentatives du personnel et au CHSCT
7. Le mettre à disposition de la médecine du travail et de l'inspection du travail
8. En assurer le suivi et la mise à jour (par exemple par le responsable des ressources humaines ou le responsable qualité).

Éléments pour évaluer les risques psychosociaux

Le document propose des indicateurs propres aux métiers de l'aide à domicile :

- Charge mentale : liée au respect du temps d'intervention, à la charge de travail ponctuelle, à la multiplicité des tâches spécifiques, aux situations d'urgence, décès, intervention chez les personnes atteintes de maladie chronique évolutive invalidante (nécessité de personnel formé et volontaire), suspicion de vol ou de maltraitance par les familles ou référents, poids psychologique des problèmes des personnes aidées, peur des personnes alcooliques, etc.
- Travail isolé : problèmes administratifs liés au travail isolé, absence d'échange avec un collectif (analyse des pratiques, soutiens).
- Agressions : violences verbales, physiques, sexuelles, attaques d'animaux
- Autres risques : travail les fins de semaine et jours fériés, horaires décalés, suppression ou décalage des temps de pause.

Bibliographie complémentaire¹⁴

- « Evaluation et prévention des risques chez les aides à domicile », INRS, Documents pour le Médecin du Travail, n°102, 2e trimestre 2005.
- « Fiche métier – Aide à domicile », CISME (Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise), www.fmpcisme.org.
- « Evaluation et prévention des risques chez les aides à domicile », INRS, DMT n°102, 2e trimestre 2005.
- « Regards sur le travail : quand les aides à domicile deviennent "auxiliaires de vie sociale" pour agir sur leurs conditions de travail et sur leur santé », INRS, Note scientifique et technique NS 257, octobre 2005.
- « La prévention en action – Les aides à domicile », guide réalisé par la DDTEFP 13 et ACT Méditerranée.
- « Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle – Résultats SUMER 2003 », Document d'études, DARES, N°121, décembre 2006.
- « Les maladies professionnelles – Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale », guide édité par l'INRS.

¹³ Prise pour l'application du décret n2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L.230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

¹⁴ Voir le Guide des pratiques de prévention des risques professionnels, la prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile, UNA- MUTUALITE FRANÇAISE- CIDES (Chorum Initiatives pour le Développement de l'Économie Sociale), mars 2009.

POINTS CLES

I. Se mettre d'accord sur les risques psychosociaux

→ S'ENTENDRE SUR CE QUI DÉCLENCHE L'ACTION DE PRÉVENTION

- Quel est le problème ?
- De quoi et de quelles situations veut-on parler ?
- Quels termes sont utilisés pour identifier le problème ?

→ PRÉCISER CE QUI MOTIVE L'ACTION

Cette étape de formulation permet d'engager un débat social et de construire en commun la compréhension des situations problématiques. C'est une condition pour une action efficace dans la durée.

- Anticiper pour préserver la santé des agents
- Répondre aux obligations réglementaires
- Inverser des indicateurs de santé qui se dégradent (absentéisme, accidents du travail)
- Régler des situations de relations dégradées, etc.

II. Repérer les risques psychosociaux et les inclure dans le document unique

→ LA DÉMARCHE COMPREND PLUSIEURS ÉTAPES

- Identifier des situations concrètes de travail qui génèrent des tensions excessives portant atteinte à la santé des salariés ou à la performance de l'entreprise
- Analyser ces tensions sous l'angle des exigences contradictoires qui les sous-tendent. On peut les catégoriser : tensions liées aux contraintes de travail, aux exigences et valeurs des salariés, aux changements des contextes de travail, aux relations et comportements
- Repérer les défauts de régulation
- Remonter aux causes dans l'organisation du travail, le management, les politiques de ressources humaines, la communication, etc.

III. Bâtir des indicateurs spécifiques

Cette catégorisation permet le repérage de facteurs de régulation dans les registres du management, des politiques de ressources humaines, de la conduite des changements, du dialogue social. Il faut ensuite pouvoir croiser ces indicateurs de différentes natures et les analyser pour déceler les tensions, surveiller l'évolution de la situation, anticiper des contextes de crise.

→ REPÉRER DES SITUATIONS DE MAL-ÊTRE AU TRAVAIL : DIFFÉRENTS INDICATEURS À COMBINER

- Indicateurs de gestion des ressources humaines : un fort taux d'absentéisme, des départs, des dépassements d'horaires, un turn-over important dans tel ou tel service, des tensions relationnelles
- Indicateurs issus des Services de Santé au Travail : développement de pathologies spécifiques, constats de sur-engagement ou de démotivation, expression de fatigue importante

- Indicateurs issus du fonctionnement de l'entreprise : défauts de qualité, tensions avec les clients
- Indicateurs de tensions sociales ou de malaise : plaintes directes des salariés auprès de l'encadrement, conflits larvés.

→ ÊTRE ATTENTIF AUX SIGNAUX FAIBLES

À côté des indicateurs classiques (exemple : taux d'absentéisme), prêter attention aux signes diffus et implicites de malaise (plaintes récurrentes, non implication, situations de retrait, de tensions...).

→ FAIRE ATTENTION À L'INTERPRÉTATION

Elle ne prendra véritablement de sens que si ces données sont en lien avec le contexte particulier de travail de l'entreprise et si un travail collectif de diagnostic et d'analyse est réalisé.

→ INCLURE LE RISQUE PSYCHOSOCIAL DANS LE DOCUMENT UNIQUE

- Depuis la loi de décembre 1991, il appartient au chef d'entreprise d'évaluer les risques a priori et de mettre en place un plan d'action. Le document unique consigne les résultats de cette évaluation qui doit aussi porter sur la santé mentale.
- Si ce risque reste difficile à évaluer, la formalisation et le suivi d'indicateurs spécifiques devraient permettre une meilleure anticipation.

Guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements
Guide issu des travaux du Comité de suivi soins palliatifs et accompagnement (2002-2005)
avril 2004

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/palliatif/guide_demarche.pdf

POINTS CLES¹⁵

La démarche palliative multidisciplinaire et participative des professionnels, inscrite dans la référence 51, au chapitre III de la seconde version du manuel d'accréditation, est à intégrer dans les projets des établissements avec les ARH (contrat d'objectifs et de moyens inclus au contrôle des établissements dans le cadre de la tarification à l'activité).

Cet outil est centré sur les établissements pour une extension à terme aux secteurs de SSIAD, HAD, aide à domicile, structures de gériatrie.

La mise en place de la démarche palliative (DP) nécessite de façon simultanée et synergique l'engagement des établissements de santé, le volontariat des équipes et une reconnaissance sociale et politique passant notamment par les SROS.

La méthode

I. Évaluer les besoins de l'équipe:

- a. en termes de formation, de perfectionnement, d'échelles d'évaluation ou de protocoles de traitement, d'organisation, de transmission, de soutien
- b. préciser qui sont les personnes ressources au sein de l'équipe
- c. préciser la composition de l'équipe et le ratio personnel/patient pour le service
- d. personnel supplémentaire éventuellement souhaité
- e. structures de soins palliatifs à proximité (équipes mobiles, unités de soins palliatifs, réseaux, HAD)

¹⁵ **Bibliographie complémentaire**

Centre de ressources national des soins palliatifs François Xavier Bagnoud (CDRN FXB)

<http://www.croix-saint-simon.org/formation-et-recherche/centre-de-ressources-national-soins-palliatifs-francois-xavier-bagnoud>

Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins de support pour les patients en hématologie et oncologie (GRASSPHO)¹⁵: <http://www.grasspho.org/>

Définition de la démarche palliative, 22 février 2002 (document ministériel) : "asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services et à domicile en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants".

- Un regard sur le champ de la santé par le biais d'un milieu très spécifique mettant l'accent sur les difficultés inhérentes à la relation d'aide (souffrance et mort).

- Des mises en œuvre organisationnelles en réponse à la difficulté de la relation à l'usager et à sa détresse.

- Des objectifs faisant référence aux travaux de Freudenberg (1980): les étapes du burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel "ont été bien décrites, comprenant successivement une phase d'investissement, une phase d'évitement, une phase d'apathie et enfin une phase d'apathie avec frustration chronique à l'origine de différentes formes de distanciation du soignant vis-à-vis du patient."

- Les guides d'évaluation de l'ANES (HAS) et les circulaires de février 2002 et juin 2004 proposent le modèle d'organisation d'équipe développé par les soins palliatifs à l'ensemble des structures de soin.

« Si les réponses aux besoins physiques des patients passent par une évaluation avant la réponse technique et donc la formation des soignants, médecins ou non, la réponse aux besoins psychologiques, sociaux et spirituels des patients et de leurs proches passe par l'accompagnement ». Cet accompagnement nécessite des capacités intrinsèques mais également une complémentarité d'équipes pluriprofessionnelles. « La mort survient dans tous les établissements publics et privés de court, moyen et long séjour et à domicile. Il apparaît donc logique de réfléchir à la mise en place d'un modèle généralisable facilitant la prise en charge du patient en fin de vie, quel que soit le lieu de la fin de vie ».

II. La démarche palliative implique une organisation interne des services:

- a. la mise en place d'une formation interne au service
- b. la réalisation d'un projet de service en soins palliatifs
- c. la formation d'un référent soins palliatifs (médecin, cadre infirmier ou infirmier)
- d. l'organisation d'un soutien des soignants (groupe de parole, réunions de discussion et d'analyse des pratiques)
- e. une réflexion sur l'accueil et l'accompagnement des familles
- f. des aides extérieures visant à faciliter le travail des soignants : experts en soins palliatifs (professionnels des structures de soins palliatifs, soignants formés de l'établissement, membres du réseau), psychologues bénévoles d'accompagnement.

La mise en place doit être vécue comme un objectif positif au même titre que les soins curatifs et nécessite l'accord de toute l'équipe, des formations, des réunions de service, une mise en place de structures adaptées et un soutien des soignants.

III. Des étapes codifiées

- a. l'adhésion du binôme soignant : chef de service-cadre de santé ou des responsables équivalents
- b. l'exposé de la méthodologie
- c. un bilan des besoins (inventaire oral ou enquête anonyme)
- d. la définition des thématiques de travail
- e. l'élaboration du projet proprement dit par les groupes de travail avec des responsables reconnus par l'équipe et de catégories socioprofessionnelles différentes, à l'action limitée dans le temps
- f. présentation par les porteurs du projet aux instances concernées (direction et CLUDS notamment)
- g. une bonne implication des instances de direction pour aider les structures de soins à la mise en place de cette démarche palliative
- h. la mise en œuvre, la mise en place d'un référent, l'évaluation, l'actualisation.

Point sur la formation

Une formation interne à l'unité de soins, multidisciplinaire, en lien étroit avec le service de formation continue de l'établissement, a un triple objectif : permettre un apprentissage technique homogène au niveau de l'équipe, apprendre à se connaître, et apprendre à certains à prendre la parole. Elle doit être continue pour prendre en compte les changements de personnel. Les temps doivent être longs pour permettre un apport de connaissance et un échange de paroles.

Certains thèmes sont obligatoires : la définition des soins palliatifs, les besoins des patients en fin de vie, la prise en charge des symptômes, l'accompagnement, le deuil, l'interdisciplinarité et la démarche palliative, la réflexion éthique en fin de vie. Elles peuvent être complétées pour certains agents par des DU, DIU, formations d'infirmière clinicienne, participation à des groupes de travail pour enrichir la réflexion de l'équipe (éthique, réseau...)

Le soutien des soignants

1. la prévention du stress professionnel passe par la diminution d'une charge de travail excessive, par l'implication dans les décisions (autonomie/latitude), la valorisation par la hiérarchie et par les patients
2. il faut favoriser la communication de qualité dans l'équipe, les temps institutionnels de réunion réguliers, l'évaluation régulière des besoins en soutien de l'équipe (cf test de MASLACH)
3. dans les crises: faire appel à un psychologue ou psychiatre si possible extérieur au travail quotidien pour une réunion institutionnelle éventuellement à renouveler
4. proposition d'entretien individuel ou de groupe selon les techniques de débriefing (modèle de prévention du stress aigu ou chronique post-traumatique)
5. soutien plus régulier: moments informels de discussion à chaud entre soignants et psychologue du service (soutien de couloir)

6. groupes de "paroles": volontaires et animés par un psychologue ou psychiatre ne participant pas au travail quotidien du service. Le soutien psychologique ne peut être envisagé comme intervention clivée de la dynamique et de l'organisation institutionnelle, réflexion sur la formation et la compétence des acteurs: c'est plutôt une démarche de formation et d'acquisition de compétences.
7. implication des bénévoles (régie par une convention selon le décret n2000-1004 du 16/10/2000 relatif à la convention type prévue dans l'article L.111-5 du code de la santé publique):
 - devoir de confidentialité
 - soumis, au sein d'une association, à une formation pluridisciplinaire initiale et continue;
 - des groupes de restitution et d'analyse des pratiques permettent d'assurer le suivi et la supervision des bénévoles;
 - le référent de service sera le correspondant soignant pour la coordination des bénévoles.
 - promouvoir des outils de communication à destination des bénéficiaires.

Guide de la gestion des risques de maltraitance en établissement de personnes âgées et/ou handicapées

La gestion des risques de maltraitance en établissement

15 janvier 2009

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guide_gestion_des_risquesPAPHetab_2.pdf

Ce guide ne vise pas la prévention de l'usure professionnelle mais celle de la maltraitance. Il permet toutefois de repérer des risques de maltraitance qui sont également des risques d'usure professionnelle.

Extraits de la typologie des risques de maltraitance en lien avec les risques psychosociaux

Risque lié au pilotage de l'établissement	▪ Pas de projet d'établissement ou contenu non conforme à la réglementation et aux recommandations ▪ Pas de règlement intérieur des salariés ▪ Pas de règlement de fonctionnement ▪ Pas de procédure, pas de conduite à tenir, fonctionnement basé sur l'habitude ▪ Directeur non formé et/ou inexpérimenté ▪ Turn-over important au poste de direction ▪ Vacance du poste de direction ▪ Pas de délégation claire, pas de contrôle de gestion ▪ Circuit de décision opaque ou non connu ▪ Pas de médecin coordonnateur ou absence de formation adaptée au public accueilli ▪ Pas de coordination des interventions médicales ▪ Insuffisance de coordination entre personnel médical et personnel para- médical ▪ Pas de gestion des événements indésirables ▪ Pas de politique de gestion des ressources humaines
Risque lié à l'accompagnement individuel des personnels dans l'accomplissement de leur mission	▪ Pas ou pas assez d'accompagnement aux prises de fonctions - Pas d'information systématique sur les objectifs de prise en charge - Pas de fiches de poste ou fiches incohérentes - Personnel peu ou pas formé - Pas de vérification de la capacité d'exercice - Pas d'entretien d'évaluation formalisé (objectifs individuels et suivi) ▪ Pas de repérage des situations à risques - Pas de traitement et suivi des événements indésirables - Repli sur soi, isolement de certains personnels - Absentéisme élevé - Turn over important - Augmentation du nombre d'accidents du travail et des maladies professionnelles

Risque lié à l'animation et la coordination des équipes	▪ Absence ou insuffisance de coordination des équipes pluridisciplinaires - Temps, méthode, outils de transmission et de concertation - Définition des conduites à tenir en cas de maltraitance insuffisante ou absente - Glissement de fonctions, dévalorisation de certaines fonctions ▪ Absence ou insuffisance d'animation des équipes et de coordination des interventions ▪ Pas de politique de mobilité et d'évolution professionnelle ▪ Pas de formation continue
Risque lié à l'absence de prise en compte de la parole des usagers	▪ Absence de participation individuelle et/ou collective des usagers ▪ Pas de support et de traçabilité des requêtes des usagers (conseil de la vie sociale, groupes d'expression, enquêtes de satisfaction...)
Risque lié à l'organisation du travail	▪ Gestion du temps de travail : - Amplitude de travail trop importante - Pas de visibilité sur les plannings - Taux d'encadrement insuffisant le jour et/ou la nuit - Vacances de poste ou poste non pourvus ▪ Défaillance des circuits d'information : - Pas d'outils de communication - Pas de support de transmission ou multiplication des supports - Pas d'exploitation des données contenues dans les transmissions - Défaut d'organisation de l'accès au dossier des usagers (et notamment social et médico-social) - Pas de diffusion des consignes et protocoles - Pas de consignes écrites ▪ Fonctionnement par habitude
Risque lié à l'isolement de la structure	▪ Absence de convention précisant les modalités de concertation entre établissement et les autres lieux de prise en charge ou d'intégration : - école - service de soin - autre

4.2 Moyens mobilisables

FONDS D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (FACT)
géré par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)

http://www.anact.fr/portal/page/portal/AnactWeb/NOTINPW_PAGES_TRANSVERSES/2_reseau_anact/NOTINMENU_FACT

La gestion du Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT) par l'Anact

La gestion du FACT est confiée à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact). Le FACT a pour objet d'apporter une aide financière, versée sous forme de subvention, aux entreprises et aux branches professionnelles concevant et mettant en œuvre des mesures d'amélioration des conditions de travail et contribuant à une meilleure prévention des risques professionnels. L'originalité de ce fonds est d'appréhender les projets déposés par les demandeurs dans une approche globale des conditions de travail, prenant à la fois en compte les facteurs techniques, organisationnels et humains des situations de travail. Une attention particulière est, également, portée à l'association de l'ensemble des personnels et de leurs représentants au montage du projet porté par l'entreprise ou la branche professionnelle.

A savoir

Pour plus de précisions sur les modalités d'intervention du FACT, on peut se reporter à la circulaire DGT n° 2008-09 du 19 juin 2008 fixant les nouvelles modalités d'attribution du Fonds pour l'amélioration des conditions de travail¹⁶. Cette circulaire définit notamment les priorités d'intervention en matière de gestion du FACT, les modalités de gestion des dossiers par l'Anact et son réseau et les relations entre les pouvoirs publics, l'Anact et son réseau.

Quels sont les bénéficiaires?

- Les établissements et les entreprises de petite et moyenne taille (moins de 250 salariés). Toutefois, comme l'indique la circulaire du 19 juin 2008 citée en référence, un « léger dépassement de ce plafond est possible, au cas par cas, en fonction de l'intérêt du projet et en fonction des particularités locales »
- Les organisations professionnelles ou interprofessionnelles de branches tant au plan national que local.

Quel est l'objet de l'aide ?

Le FACT a pour objet d'inciter et d'aider les entreprises, au moyen de subventions et, dans le cadre de démarches participatives, à concevoir et à mettre en œuvre des projets prenant en compte, outre les aspects économiques et techniques, les facteurs organisationnels et humains des situations de travail.

Ces projets doivent avoir pour objectifs notamment :

- d'améliorer la prévention des risques professionnels ;
- de prendre en compte, dans le cadre d'une gestion des âges améliorée, la pénibilité des métiers et l'exercice de ces métiers tout au long de la vie, dans le cadre de parcours professionnels adaptés.

La subvention du FACT peut porter, selon la nature du projet, sur les différents volets du projet, notamment :

¹⁶ http://www.travail-solidarite.gouv.fr/publications/picts/bo/30072008/TRE_20080007_0110_0004.pdf

- la conduite du projet,
- l'appui méthodologique,
- les études préalables à une conduite du changement
- des études techniques en matière d'équipements de travail,
- le suivi,
- l'élaboration d'outils et de méthodes contribuant à l'amélioration des conditions de travail au sein de l'entreprise ou de la branche professionnelle ou interprofessionnelle concernée.

Pour les projets déposés par les organismes professionnels de branches, l'aide financière peut également porter sur **les actions liées à la capitalisation et au transfert d'expériences ainsi que la diffusion d'outils et de méthodes** auprès du secteur d'activité concerné.

Projets conduits par une ou plusieurs entreprises

L'Anact prend en charge une partie des coûts du projet supportés par la ou les entreprises concernées, dans la limite de 1000 euros par journée d'intervention (toutes taxes comprises) et d'un nombre plafonné de jours d'intervention qui est :

- de 15 jours maximum d'intervention pour les projets conduits par une seule entreprise ;
- de 13 jours maximum d'intervention par entreprise signataire plus un forfait de 2 jours maximum consacrés à la coordination des projets conduits par plusieurs entreprises.

Projets conduits par un organisme professionnel ou interprofessionnel de branche

L'Anact prend en charge une partie de la dépense du projet subventionnable, dans la limite d'un plafond maximum de 80 % du montant prévisionnel de la dépense subventionnable engagée prévu par le demandeur, toutes aides publiques directes confondues, tel que prévu par la réglementation.

Dans tous les cas, pour la détermination du taux de prise en charge de la dépense subventionnable, l'Anact apprécie l'intérêt du projet au regard, notamment, des caractéristiques du secteur d'activité concerné, de l'importance des effectifs concernés ainsi que, pour les organisations professionnelles ou interprofessionnelles, du nombre d'entreprises concernées.

Projets d'études techniques ayant pour objet de conduire à l'introduction de nouveaux équipements de travail

L'assiette prise en compte pour la détermination de la subvention est calculée sur la base du devis estimatif du projet d'étude, déduction faite de la TVA, résultant du projet. Le montant de la subvention est déterminé par l'application d'un pourcentage variable selon l'intérêt du projet, dans la limite de 50 % du montant prévisionnel de la dépense subventionnable engagée prévue par le demandeur. Cette subvention est plafonnée à 50 000 euros par projet, toutes aides publiques confondues, y compris les aides prévues aux paragraphes ci-dessus.

Quelle est la procédure ?

La décision attributive de subvention prend la forme d'une convention cosignée par les différentes parties prenantes (à titre d'exemple, une convention type est communiquée en annexe à la circulaire du 19 juin 2008

citée en référence). Le réseau des ARACT et les DRTEFP jouent un rôle essentiel dans l'identification et l'accompagnement des projets d'entreprises, de groupe d'entreprises ou de branches.

Cette convention définit l'objet de l'action subventionnée, la durée prévue de l'action, le montant de la subvention prévue ainsi que les modalités de versement de la subvention. Elle comporte également les engagements pris

par le ou les porteurs du projet, en contrepartie de l'octroi de la subvention accordée, de permettre, d'une part, la diffusion de l'action menée, dans le respect des règles de confidentialité liées à la concurrence, ainsi que de fournir les informations nécessaires à l'évaluation de l'action menée.

Les institutions représentatives du personnel ou, à défaut, les salariés doivent être informés du contenu de la convention conclue entre l'Anact et la ou les entreprises concernées, et doivent être associées à la mise en œuvre des actions inscrites dans ladite convention.

Accéder aux fiches de mutualisation des démarches par métier ayant fait l'objet d'un accompagnement par les Aract : www.travailler-mieux.gouv.fr

Qui contacter ?

- ▶ Directions régionales ou départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
- ▶ Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) ou agences régionales d'amélioration des conditions de travail (ARACT)¹⁷

Textes de référence

- ▶ Articles L. 4642-1, R. 4642-1 et suivants du Code du travail
- ▶ Arrêté du 14 avril 2008 fixant les règles d'attribution des subventions du Fonds pour l'amélioration des conditions de travail
- ▶ Circulaire DGT n° 2008-09 du 19 juin 2008 « fixant les nouvelles modalités d'attribution du Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT) »¹⁸

Source : Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

¹⁷ www.anact.fr

¹⁸ http://www.travail-solidarite.gouv.fr/publications/picts/bo/30072008/TRE_20080007_0110_0004.pdf

Outil

Il s'agit d'une étude nationale sur les risques psycho-sociaux s'appuyant sur une phase expérimentale sur l'évaluation des RPS et la définition des plans d'action préventifs au sein de 28 maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé en France (synthèse auprès des répondants à l'enquête : mars 2009 ; synthèse grand public : juin 2009).

Partenaires

Collaboration avec la CRAM d'Île de France, les cabinets de conseil Ergonalliance, AD Conseil, OETH.

Méthodologie

- Analyse documentaire des données sur le fonctionnement de l'établissement, les RH, la santé et la sécurité des salariés,
- Observations sur les activités de travail,
- Entretiens formalisés avec les différents acteurs qui organisent et exécutent le travail pour comprendre les stratégies à l'œuvre
- Questionnaire complété par tous les salariés.

Documents disponibles :

- Les résultats d'enquête (10 mars 2009) sont déclinés nationalement sur le site de l'OETH²⁰ : « Démarche de prévention et de réduction des risques psycho-sociaux. Synthèse nationale »
- Financement du diagnostic
- Financement de l'accompagnement à la mise en œuvre du plan d'action préventif²¹
- Pour télécharger le dossier de demande de financement :

http://www.oeth.org/fichier/s_paragraphe/9424/paragraphe_file_1_fr_risques.psychosociaux.pdf

Informations complémentaires : <http://www.oeth.org/fr/l-association/-quipe/>

¹⁹ « Par la signature d'un accord de branche (<http://www.oeth.org/fr/comite-paritaire-de-l-accord/l-accord-de-branche/>), la Croix-Rouge Française, la FEHAP et le SNASEA ont décidé de mettre en commun leurs ressources afin de développer et conduire une politique active en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Cet accord de branche relatif à l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés est conclu avec les organisations syndicales CFDT, CFTC, CGC, CGT et FO. Il est agréé depuis 1991 par le Ministère du Travail. La mise en œuvre des actions de l'Accord est suivie et contrôlée par le Comité Paritaire de l'Accord qui est le garant de ce dispositif et prend toutes décisions relatives aux modalités d'application. Afin d'assurer la collecte des contributions des établissements, la mise en œuvre et la gestion des actions définies dans l'accord et des décisions prises par le Comité Paritaire une association de loi 1901 a été créée, l'Association OETH. L'accord de branche inclut les quatre plans prévus par la législation (d'embauche en milieu ordinaire, insertion et formation, adaptation aux mutations technologiques et maintien dans l'entreprise en cas de licenciement) et complète ses possibilités d'actions par l'intégration d'un plan sur le travail adapté et d'un plan sur le maintien dans l'entreprise des salariés devenant inaptes ou handicapés dont le handicap s'aggrave. »

²⁰ http://www.oeth.org/fichier/s_paragraphe/9427/paragraphe_file_1_fr_pdf.oeth.cramif.pdf

²¹ http://www.oeth.org/fichier/s_paragraphe/9425/paragraphe_file_1_fr_pra.venir.les.rps.pdf

4.3 Chartes de coopération et management en soutien à la professionnalité

Handicap psychique, Charte de coopération entre les secteurs sanitaire, social et médico-social,
Septembre 2007

Document transmis par Christiane Rihet, CHGR de Rennes,
membre du groupe de travail du CRTS sur l'usure professionnelle

POINTS CLES

Contexte

Dans le cadre des travaux d'actualisation du schéma départemental en faveur des personnes handicapées, un groupe de travail a été constitué pour réfléchir à la problématique du handicap psychique. L'ensemble des participants a souligné la volonté de renforcer les passerelles entre les secteurs sanitaires de santé mentale, le secteur social et le secteur médico-social.

Objet

Les signataires s'engagent sur les principes suivants:

- une connaissance et une reconnaissance mutuelle en vue d'une meilleure articulation
- une volonté commune de travailler en réseau
- une évolution au niveau des pratiques.

La charte est un socle commun qui permet de disposer d'informations réciproques et de promouvoir les expériences telles que Rampes, Lampadaires, Rem'aides, Point d'interrogation, etc. Elle n'est pas une fin en soi mais un outil et témoigne essentiellement de l'importance du processus de réflexion partenariale.

Les signataires de la charte s'engagent à communiquer et échanger sur leurs pratiques respectives, à mettre en œuvre conjointement leurs expériences et compétences, sans pour autant aborder le diagnostic médical.

Parties concernées

- représentants des usagers
- associations représentatives du handicap psychique et du collectif départemental des personnes handicapées
- pôle action sociale du CG et ces centres départementaux d'action sociale
- services de l'Etat (DDASS, DDTEFP)
- services de l'ARH
- Fédérations (URIOPSS, FEHAP, FHF, UNA, UNCCAS, ADMR)
- des organismes de tutelle
- des établissements de santé gérant des services de psychiatrie
- des ESSMS
- des groupes d'entraide mutuelle
- de la Maison départementale des personnes handicapées
- des organismes HLM.

Niveaux d'action préconisés

- mise en place d'actions collectives conjointes
- mise en place de prestations auprès des usagers d'établissements et services

- désignation d'un interlocuteur privilégié par établissement et/ou service
- développement d'instances de réflexion.

Un comité de suivi et d'évaluation est institué dont le secrétariat est assuré par la direction Personnes âgées - personnes handicapées du Pôle action sociale du CG.

Complément: une expérience de partenariat entre CCAS, SAAD-Nord et CHGR de Rennes secteur G03 (compte-rendu de la réunion du 13 octobre 2006 du groupe de travail CODEM, transmis par Christiane Rihet - le document source n'est pas diffusé.

Objectifs

La demande n'est pas de détenir un diagnostic sur la pathologie mentale de l'utilisateur mais d'obtenir des préconisations, des clés pour une validation de l'action conduite avec la personne, de retrouver une sécurité dans l'intervention, ainsi que de permettre aux services de soins de mieux cibler leur demande d'intervention eu égard à leur meilleure connaissance des services d'aide à domicile (missions, cadre d'intervention...).

Méthode

- Constitution d'un groupe préparatoire de travail et formalisation de la demande d'un partenariat entre le SAAD-Nord et le CHGR Secteur G03 au regard des constats des aides à domicile
- Réunion d'Interconnaissance: typologie des usagers, portrait socio-économique des usagers du territoire d'intervention
- Protocole concernant la première intervention
- Création d'une fiche de liaison validée et expérimentée de mai à décembre 2006
- 1ère visite: usager, infirmier spécialisé en psychiatrie ou ASS du service de soins, aide à domicile référente, responsable du SAAD.

Limites/freins: Les rythmes d'hospitalisation et prises en charge dans l'urgence, les pathologies exigeant un savoir-faire accru, les découpages des territoires d'intervention se chevauchant (CCAS, CDAS, CHGR).

Besoins: régulation trimestrielle entre professionnels du CHGR et du SAAD; besoin de formation en psychiatrie pour les aides à domicile du SAAD; réflexion sur les découpages sectoriels.

Une charte pour fédérer l'équipe d'un CCAS, in Travail Social Actualités, 12-2009/01-2010, numéro 8, pages 25 à 27, Florence Roque

Pour optimiser le travail et améliorer le bien-être de ses collaborateurs, le CCAS de Gap a pris l'initiative, il y a deux ans, d'entamer une refonte profonde de son organisation et de son fonctionnement. Un renouveau qui repose sur une charte des valeurs partagées.

Pour aider les cadres de direction et chefs de service à réapprendre à travailler ensemble, la direction se tourne vers le CNFPT, négocie un partenariat et obtient un plan de formation et de coaching de dix journées réparties sur six mois pour ses quinze directeurs. Des journées de travail collectif qui ont permis de redéfinir les niveaux hiérarchiques, les missions et les fiches de postes de 400 agents mais aussi de constater que tous partageaient des valeurs communes. Une charte des valeurs engageant les collaborateurs envers eux-mêmes et envers les usagers a été définie (5 piliers : respect d'autrui, exemplarité, communication positive, intégrité et responsabilité).

Réunions de direction et réunions thématiques : avec l'arrivée de la charte, de nouveaux rendez-vous ont été instaurés au CCAS. Des supports ont été rédigés collégialement pour favoriser connaissance mutuelle des uns et des autres et du fonctionnement du CCAS (guide des bonnes pratiques en ligne sur internet, enrichi en continu par tous, guide d'accueil du nouveau collaborateur...). Ces synergies débouchent sur l'émergence de projets transversaux.

La Seine-Maritime prend en charge la souffrance au travail, in La Gazette des communes, 28-07-2008, numéro 29, page 58, Martine Doriac

Un dispositif destiné aux agents a été mis en place et le management peut saisir la plateforme en cas de difficultés.

"Les partenaires sociaux demandaient des audits de l'organisation des services. Cette approche ne prenait en compte qu'une partie des problèmes. Nous avons préféré un procédé qui comprend différents modes de saisines" : mise à disposition d'un numéro vert pour contacter un psychologue externe de l'institut d'accompagnement psychologique et de ressources; possibilité de contacter en interne une psycho-ergonome recrutée récemment à la direction du personnel. Une équipe ressource, associant des médecins de prévention, des assistantes sociales et infirmières du travail, permet aux responsables du pôle RH de se mobiliser selon le cas. Les directions peuvent saisir la plateforme ou contacter la psycho-ergonome pour apporter une contribution extérieure à la gestion de la difficulté. L'encadrement peut être sollicité, selon la problématique. La DGA du pôle RH, le directeur du personnel et la psycho-ergonome se réunissent deux fois par mois pour examiner les situations. Un compte-rendu est réalisé lors du comité d'hygiène et de sécurité.

Contacts : Lise Pionneau, 02 35 03 53 21 ou lise.pionneau@cg76.fr

La Loire-Atlantique s'engage pour prévenir la souffrance au travail, in La Gazette des communes, 14-07-2008, numéro 28, page 62, Martine Doriac

Pluridisciplinaire, un plan d'action associe l'ensemble de la DRH et du management, en responsabilité partagée. Après de nombreux changements d'organisation au conseil général de Loire-Atlantique, le comité hygiène et sécurité de juin 2006 valide un plan d'action sur la souffrance au travail, issu de la réflexion du groupe de travail

prévention. Piloté par la DRH, celui-ci associe plusieurs dispositifs et services.

Méthode : conférence et dialogue

Une conférence sur la satisfaction au travail a été organisée pour sensibiliser les cadres. Médecin inspecteur du travail, psychologues, ARACT ont montré que de multiples facteurs entrent en ligne de compte et évoqué des pistes pour atteindre le bien-être au travail. De leur côté, les agents peuvent évoquer leurs difficultés avec les 3 assistantes sociales du personnel, le médiateur (cadre retraité), le médecin du travail ou la cellule d'écoute psychologique confiée au cabinet Repères et management.

Moyens : suivi des agents

L'un des objectifs est d'améliorer les reclassements en levant les freins à la mobilité. Services et directions sont sensibilisées à repérer les agents qui souffrent. Des stages dans d'autres services sont proposés; un contrat est alors passé entre l'intéressé, sa direction d'origine et celle d'accueil. Des postes budgétaires ont été créés pour reclasser les agents en difficulté. Enfin des bilans de compétences sont conseillés et une bourse de l'emploi devrait être instaurée.

Perspectives : analyse des pratiques

La sensibilisation des cadres à leur rôle dans le repérage des RPS liés au travail et la mise en oeuvre d'un management favorable à la santé va être intégrée dans le parcours de formation de tous ceux qui se trouvent en situation d'encadrement pour la première fois. Des séances de coaching leur sont proposées depuis 2007. Des groupes de parole, par métiers ou transversaux, et d'analyse de pratiques seront mis en place et la médiation devrait se développer pour gérer les conflits. Une plaquette pour renforcer la communication sur le plan d'action est en préparation.

Contact : *Emilie Laudren, service relations sociales et conditions de travail, 02 40 99 89 17.*

Un dispositif à l'écoute des travailleurs sociaux - Stress et angoisse dus à la pratique professionnelle, in Lien social, 22-03-2007, numéro 833, pages 8 à 15, Jacques Trémintin

Alors qu'existe toute une panoplie d'outils pour répondre à la détresse des usagers, il est plus rare que la souffrance des professionnels soit prise en compte. Pour que les travailleurs sociaux puissent parler librement de leurs difficultés comme de leurs pratiques, le conseil général du Pas-de-Calais a créé le Service départemental d'accompagnement professionnel personnalisé (SDAPP).

Créé par le Pôle solidarité du conseil général, le SDAPP a pour origine la négociation autour de l'aménagement et la réduction du temps de travail. En 2000, administration et syndicats réfléchissent aux missions, aux effectifs, à l'organisation du travail, avec pour finalité l'amélioration du service public rendu aux usagers. Entre 2000 et 2003, un groupe de travail se réunit avec des professionnels du service social, du service socio-éducatif et de la PMI.

Le conseil et le soutien technique apparaissent aussi indispensables que la résolution des dysfonctionnements institutionnels. Deux demandes émergent : la reconnaissance et la valorisation des compétences mises en oeuvre; la possibilité de s'exprimer sur son vécu individuel et de communiquer les répercussions personnelles de son travail. La chef de service est chargée d'organiser la modalités d'un service pour répondre à ces besoins, d'élaborer des fiches de postes et de recruter 4 conseillères en accompagnement professionnel et une secrétaire. Le service déployé sur le territoire va avoir pour missions : l'organisation de l'accueil des nouveaux arrivants, une écoute individuelle et l'animation de groupes d'expression.

Un système de tutorat (initié par une rencontre entre une conseillère en accompagnement professionnel, le nouvel arrivant et le tuteur) complète les réunions institutionnelles classiques. Une écoute individualisée et confidentielle est mise en place avec le soutien de l'institution, dans des locaux et avec une ligne téléphonique distincts de ceux du CG. Des groupes d'expression (et non de parole, pour éviter une confusion avec une approche psychothérapeutique) permettent des rencontres confidentielles également (charte de confidentialité, d'assiduité, de respect, engageant les participants pour 10 mois à raison d'une demie journée par mois). Une conseillère et une psychologue extérieure à l'institution animent ces rencontres.

Le choix des thèmes est le fait des participants ou des animatrices.

Contact : SDAPP, rue Ferdinand Buisson à Arras, 03 21 21 64 20 ou fruchart.annie@cg62.fr

EXPERIENCES COMPLEMENTAIRES A CONSULTER :

Des directeurs aux petits soins pour leurs salariés, in Direction(s), 04-2008, numéro 51, pages 18 à 19

Alpes-Maritimes - Deux maisons d'accueil spécialisées ont mis en place un dispositif pour prévenir l'épuisement moral et physique de leurs équipes et réduire ainsi les risques de maltraitance institutionnelle

S'approprier des outils pour soutenir le personnel, in Direction(s), 02-2008, numéro 49, pages 16 et 17

Région parisienne - Des responsables de services à domicile et des directeurs d'établissements pour personnes âgées dépendantes se penchent sur les pratiques de leurs équipes. Objectif : les aider à surmonter un quotidien parfois pesant.

La management participatif comme alternative, in Direction(s), 11-2007, numéro 46, pages 16 et 17

Hurigny (Saône et Loire). Avec l'aide d'un psychanalyste et d'un consultant, l'établissement (91 salariés qui encadrent des jeunes en difficulté placés par leur famille, la PJJ ou les services sociaux du département) s'est doté d'un référentiel managérial pour passer d'une organisation paternaliste à une forme de management moderne.

Un management qui redynamise des salariés et usagers en souffrance, in Direction(s), 06-2007, numéro 42, pages 18 et 19

Beauvais (Oise) - Le directeur d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale a réussi, grâce à un mode de management emprunté au secteur privé, à rétablir confiance et convivialité.

4.4 Quelques recherches, formations et observatoires

Evaluation des interventions en prévention du stress au travail Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail

Jean-Pierre Brun, Caroline Biron, Hans Ivers

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail - IRSST
Université Laval
Août 2007

<http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PublRSST/R-514.pdf>

POINTS CLES

Ce rapport de recherche évalue la mise en place d'interventions organisationnelles en prévention du stress au travail auprès de trois organisations. Il démontre que les interventions ciblant la réduction des risques à la source tendent à diminuer de manière importante l'exposition aux contraintes de l'environnement de travail. Trois organisations étudiées et accompagnées: établissement forestier public, centre d'enseignement supérieur, centre hospitalier. Les interventions qui ont connu le plus de succès ont adopté une approche participative et ont ciblé quelques problèmes concrets à la fois.

Conclusions et préconisations

1. Les données administratives sur l'absentéisme sont très utiles pour éclairer les décisions au début et pendant les interventions préventives
2. Lorsque les données administratives ne sont pas disponibles, un audit de stress est une bonne solution
3. Le recours à des informations subjectives peut permettre de cibler les unités plus à risque
4. L'engagement de la direction est un processus et non un moment, il doit être reconfirmé régulièrement
5. L'incorporation des enjeux de santé au travail dans les orientations stratégiques impose une reddition de comptes de la direction envers le personnel et le CA
6. La volonté à mettre en place des changements visant la réduction du stress est beaucoup plus crédible si un budget spécifique est octroyé
7. L'engagement des parties se mesure par la volonté de dépasser le diagnostic et d'implanter des structures, des programmes ou des interventions spécifiques.
8. Il faut soutenir les cadres intermédiaires dans l'implantation d'activités car ils sont souvent considérés comme la source du problème, ce qui peut-être très menaçant pour eux. Il faut les aider à développer leurs compétences en gestion de projet, amélioration des conditions de travail et gestion du stress
9. L'engagement du syndicat augmente la crédibilité des activités proposées
10. Les employés doivent participer à la mise en place des actions mais aussi à l'identification des risques et des solutions
11. Il est essentiel d'envisager des actions de très court terme comme de long terme
12. Il faut communiquer rapidement et largement sur ces actions afin de prévenir les résistances
13. Le soutien d'un expert aux moments clé du processus est très apprécié
14. Le pilote du projet et du comité de pilotage doit faire preuve de leadership, de compétences en gestion de projet et de stratégies pour lever les résistances des gestionnaires et des employés.

Mises en garde

- a. Les rôles entre DRH et consultants externes doivent être précisés afin de créer un climat de confiance autour de l'implication de la DRH dans la proposition de solutions sur l'organisation du travail

- b. Il faut assurer une stabilité dans la mise en œuvre d'un plan d'action qui peut s'échelonner sur plusieurs années
- c. La mise à jour des informations sur le comité de pilotage éviteront de glisser avec le temps vers des actions de prévention secondaire plutôt que primaire (action sur les symptômes plutôt qu'à la source)
- d. Les résistances peuvent provenir autant des employés que des gestionnaires
- e. Les réticences ne doivent pas seulement être interprétées comme des phénomènes de résistance au changement mais peuvent provenir d'expériences passées: la communication sur le passé puis sur les réalisations et l'implantation rapide des premières actions sont essentielles. Le temps peut jouer contre la réputation du programme
- f. Cibler quelques problèmes concrets à la fois dans une démarche progressive

Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention

Dominique Chouanière, Valérie Langevin, Anne Guibert

Institut national de recherche et de sécurité (INRS) Juillet 2007

<http://www.inrs.fr/publications/ED6011.html>

POINTS CLES

Cette plaquette présente les points clés d'une démarche de prévention pour les préventeurs en entreprise ayant identifié ou ayant été informé de l'existence de problèmes liés au stress.

Définitions: la prévention du stress

Il faut distinguer prévention corrective (gestion individuelle du stress: médiation, thérapies cognitives et comportementales, apprendre au personnel à gérer ses émotions, débriefing collectif) et prévention à la source (actions sur le travail et son organisation: évaluation du risque de stress, groupe projet, plan d'action, mise en œuvre et suivi).

Les sources de stress:

- Situation macro-économique: risques de délocalisation, instabilité de l'emploi, concurrence forte
- Évolutions sociologiques: utilisation croissante des techniques de communication à distance, individualisation de l'activité professionnelle, sur-responsabilisation, exigence ou agressivité de la clientèle
- Organisation du travail: surcharge ou sous-charge de travail, exigences contradictoires (qualité/quantité), interruptions fréquentes dans le déroulement du travail, horaires de travail atypiques, flux tendu
- Management: ambiguïté ou conflits de rôle, imprécision des missions, incertitudes sur les plans de carrière, management peu participatif, manque ou non de reconnaissance du travail
- Relations de travail: insuffisance de communication, manque de soutien de la part des collègues et supérieurs hiérarchiques, isolement
- Environnement matériel: bruit, manque d'espace...

Les plus graves sources de stress sont: durables, subies, accumulées, antagonistes. Les sources antagonistes sont par exemple: la combinaison de fortes exigences de productivité, de faibles marges de manœuvre et de manque de soutien social, dont de nombreuses études établissent le lien avec les maladies cardio-vasculaires, les troubles anxio-dépressifs et les TMS.

Il faut distinguer des types de violence du stress, par exemple le harcèlement ou les violences dans la relation à l'usager: ces dommages exigent une intervention curative immédiate et un suivi (victime, organisation du travail).

Méthodologie

I. Conditions à réunir

- S'engager dans une démarche complète et durable (pas de diagnostic sans suite)
- La direction accepte de chercher d'éventuelles sources de stress dans l'organisation du travail
- Le personnel est associé à la démarche et à l'élaboration d'améliorations
- La culture santé et sécurité a déjà permis de circonscrire les risques immédiats (électriques, chimiques, chute).

II. Personnes ressources

- Médecin du travail
- Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)²²
- Chargés de mission des Agences régionales d'amélioration des conditions de travail (ARACT)
- Des cabinets conseil privés expérimentés (renseignements possibles par les CRAM).

III. Questions préalables sur les préventeurs

- Ont-ils une expérience de prévention collective (par opposition à la gestion individuelle du stress)?
- A quelle discipline se réfèrent-ils (organisation du travail, santé et sécurité, psychologue du travail, ergonomie?)
- Quel travail en réseau?
- Quelle durée de l'intervention?
- Quelle association prévue avec la direction et les instances?
- Quelle implication dans le groupe de travail et l'élaboration du plan d'action?

NB: il faut faire attention à ce que le préventeur ne se substitue pas aux ressources internes.

IV. Étapes de mise en œuvre

Le pré-diagnostic permet une objectivation grâce aux données existantes, étape portée par des personnes désignées par le CHSCT ou par un représentant du personnel ayant un accès aisé aux informations et une légitimité interne.

→ Indicateurs: ne pas solliciter les salariés à cette étape (la direction n'a pas encore pris la décision éventuelle d'intervenir). On peut se fier à la multiplication des plaintes individuelles.

a) Indicateurs liés au fonctionnement de l'entreprise:

Sources: bilan social, services ressources humaines, PV des réunions des instances représentatives du personnel (CE, DP, CHSCT).

- temps de travail (nombre moyen de jours d'absence, nombre de salariés travaillant en horaire atypique, etc.)
- mouvement du personnel: taux de turn-over, existence de postes non pourvus
- activités: défauts de l'entreprise, retards...

b) Indicateurs de santé et sécurité des salariés:

Sources: RA du CHSCT, registre d'infirmerie, rapport annuel du médecin du travail

- accidents du travail (fréquence et gravité)
- maladies professionnelles (nombre de TMS)
- signes de malaise (consommation de psychotropes, crises de nerfs/larmes lors de la visite à la médecine du travail...)
- activité du service de santé au travail (augmentation du nombre de consultations spontanées, nombre de déclarations d'inaptitude...)

→ Interprétation vers un pré-diagnostic:

Croisement des indicateurs et observation de leur évolution dans le temps, des différences d'un service à l'autre, comparaison avec des données nationales (ex: psychotropes, absentéisme).

²² Le décret numéro 2003-546 du 24 juin 2003 précise les conditions de recours par les services de santé au travail en liaison avec les entreprises concernées, à l'intervenant en prévention des risques professionnels. Les services de prévention des risques professionnels des CRAM disposent des listes des IPRP habilités de votre région (coordonnées: www.inrs.fr)

→ Mises en garde:

- Un engagement écrit de la direction afin d'éviter que d'autres actions apparaissent prioritaires peut être nécessaire.
- Attention à ne pas accorder trop peu ou trop de temps à la phase diagnostique; à ne pas recueillir trop d'information; ne pas avoir recours à des kits de diagnostic non-validés (cf Michel Vézina, conseiller en santé au travail INSPQ, colloque INRS 2007)
- l'étape de la restitution auprès du groupe projet puis de l'ensemble des salariés peut faire apparaître : des dysfonctionnements qui font l'objet d'un déni dans la structure; des écarts entre hypothèses de départ et résultat du diagnostic.

→ Outils:

- a) Diagnostic: questionnaires de Karasek, WOCCQ (Université de Liège, <http://www.woccq.be/>, soumis à licence d'utilisation).
- b) Mise en œuvre: priorisation et actions proposées par le groupe projet, choix de la direction et plan d'action précis: types d'actions, objectifs, personnes responsables, coûts, échéancier, critères d'évaluation, manière d'informer les salariés.
- c) Veille: par le CHSCT et/ou le groupe projet, le médecin du travail, la direction des ressources humaines.

Bibliographie complémentaire

Dépister les risques psychosociaux : des indicateurs pour vous guider, INRS, 2007,
<http://www.inrs.fr/publications/ED6012.html>

Ce document est un outil pour repérer, évaluer et prendre en compte le stress, les violences, le harcèlement moral ou encore le mal-être dans le cadre professionnel, en facilitant la mise en évidence des risques psychosociaux à partir des données existantes et disponibles dans l'entreprise. Des indicateurs liés au fonctionnement de l'entreprise ou relatifs à la santé et la sécurité des salariés sont proposés.

→ Voir les Tableaux synthétiques pages 21, 22, 23 et 42, 43: Indicateurs de dépistage liés au fonctionnement de l'entreprise et indicateurs de dépistage liés à la santé et à la sécurité.

**Formation "Epuisement professionnel et burn-out"
à la demande du CAUDHEM, 13 mai 2009**

association gestionnaire du CLIC des 3 cantons : Fougères Sud, Nord et St- Aubin du Cormier

Patricia Pillet et Yves Abonnat
IRTS de Bretagne

POINTS CLES

Cette formation présente différents outils et indicateurs destinés aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile (public des CLIC). Les éléments ci-après, extraits de la formation, pointent différents leviers pour analyser et agir sur la souffrance au travail.

Enquête PRESS-NEXT (Europe) auprès des aides-soignants et infirmiers, critères utilisés :

- Le salaire / les besoins financiers
- Le soutien psychologique
- Les conditions physiques de travail
- La possibilité de donner des soins adéquats
- Les perspectives professionnelles
- Le temps de chevauchement pour les transmissions
- L'utilisation des compétences.

Améliorations majeures à apporter pour modifier la situation sanitaire des salariés (ordre d'importance décroissant):

- Amélioration des relations salariés employeurs
- Reconnaissance des salariés, leur liberté décisionnelle, leur participation
- Adaptation de l'organisation du travail (cadences)
- Amélioration du rôle du CHSCT et des syndicats.

L'ENQUETE EUROPEENNE AUPRES DES ENTREPRISES SUR LES RISQUES NOUVEAUX ET EMERGENTS (ESENER)²³

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) mène une enquête pan-européenne sur la santé et la sécurité sur le lieu de travail. Il est demandé aux responsables (encadrement et représentants de la santé et de la sécurité au travail) comment les risques de santé et de sécurité sont pris en charge sur le lieu de travail, en mettant l'accent notamment sur les risques psycho-sociaux (c'est-à-dire : les phénomènes tels que le stress corrélé au travail, la violence, le harcèlement).

L'enquête vise à aider les lieux de travail européens à faire face plus efficacement aux enjeux de la santé et de la sécurité et à promouvoir la santé et le bien-être des employés. Elle sera pour les décideurs publics une source d'informations comparées et pertinentes pour l'élaboration et la mise en œuvre de nouvelles politiques dans ce domaine.

L'enquête, menée auprès d'environ 40 000 personnes dans 31 pays, a reçu le soutien des gouvernements et des partenaires sociaux au niveau européen. Pour l'EU-OSHA, ce projet de 2,3 millions d'€ représente une des initiatives les plus importantes à ce jour et doit être une source d'information-clé pour plusieurs années.

EN APPUI AUX DECIDEURS

A travers la directive-cadre 83/391/EEC et ses cinq directives individuelles, la législation communautaire fournit un cadre permettant aux travailleurs européens de bénéficier de hauts niveaux de santé et de sécurité sur leur lieu de travail.

En demandant directement aux salariés et au personnel d'encadrement comment ils prennent en compte la sécurité et la santé liées à l'activité (Occupational Safety and Health, OSH), ESENER cherche à identifier les conditions de réussite et à mettre en évidence les principaux obstacles à une prévention efficace. L'enquête passe en revue ce que les entreprises font dans les faits pour prendre en compte santé et sécurité ; quelles sont les raisons qui les amènent à agir ; de quels soutiens elles ont besoin.

L'approche des entreprises de la gestion des risques psycho-sociaux (RPS) est également étudiée. Les risques émergents comme les RPS constituent des défis pour les entreprises et requièrent des mesures efficaces de la part des décideurs publics. Les résultats de l'enquête montreront l'efficacité des actions préventives en aidant à garantir qu'elles sont globales, ciblées et qu'elles mettent l'accent sur les enjeux clés.

²³ Traductions libres par l'auteur du présent document.

L'implication des salariés est un des éléments qui sera décrit dans l'enquête ESENER. Un pan d'observation s'adresse directement aux représentants de la santé et de la sécurité au travail. Les résultats devraient permettre de saisir l'étendue et la nature de l'implication des travailleurs dans la gestion de la sécurité et de la santé au travail. Les résultats de l'enquête devraient montrer que l'implication des travailleurs est une clé du succès de la mise en place de mesures préventives à échelle du lieu de travail.

SOUTENIR LA RECHERCHE

Les résultats de l'enquête fourniront des messages clairs et immédiats; toutefois, l'essentiel de l'information susceptible d'aiguiller les pouvoirs publics émergera d'une analyse plus approfondie. Les acteurs de la recherche joueront un rôle clé dans l'interprétation des données fournies par ESENER.

Les données extraites des entretiens (environ 40 000) seront en accès libre pour les chercheurs. L'enquête fournira aux chercheurs des données comparables permettant une analyse adéquate, par exemple, des approches de prévention des attitudes de sécurité et de santé, de l'implication des travailleurs à travers l'Europe, par secteur et par taille de classe.

La méthode et catégories utilisées par ESENER correspondent à celles utilisées dans le cadre des enquêtes de la Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail (EUROFOUND), ce qui permettra des analyses croisées. Fin 2009, EU-OSHA soumettra des projets de recherche permettant de mener une analyse secondaire des données d'enquête.

A compter de juin 2010, les données ESENER seront accessibles via le UK Data Archive (UKDA) de l'Université d'Essex à l'adresse suivante: <http://www.data-archive.ac.uk/Introduction.asp>.

Pour avoir accès aux données, les utilisateurs devront d'abord s'enregistrer auprès du UKDA: <http://www.data-archive.ac.uk/aandp/access/login.asp>.

L'APPUI AUX ORGANISATIONS

Bien que l'impact d'ESENER sur les conditions de travail soit essentiellement attendu par le biais des interventions des pouvoirs publics, les entreprises pourront utiliser les questions d'enquête sur leur lieu de travail pour se comparer aux pratiques d'autres entreprises (benchmarking).

EN APPUI AUX AUTRES ACTIVITÉS DE L'AGENCE

En tant que principal fournisseur d'information sur la santé et la sécurité au travail à l'échelle européenne, EU-OSHA utilisera les résultats de ESENER pour que ses campagnes soient au plus près des enjeux-clés pour les entreprises.

OBSERVATOIRES REGIONAUX

- Observatoire régional de la santé au travail de Bretagne (ORST)
- L'Observatoire régional de la Santé en Bretagne (ORS)

OBSERVATOIRES NATIONAUX

- La Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS)²⁴
- Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP)²⁵
- Institut national de veille sanitaire (INVS)²⁶
- Institut national de recherche et de sécurité (INRS)²⁷

L'Observatoire régional de la santé au travail de Bretagne (ORST) : a lancé un portail internet²⁸ à des fins de mutualisation de ressources et de sensibilisation, en soutien à sa *campagne de prévention des risques professionnels auprès des jeunes en Bretagne*. Cette campagne est le fruit d'une collaboration entre l'ANACT, la MSA, l'INRS, l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, la CRAM de Bretagne. L'exemple porte essentiellement sur les TMS, mais pourrait servir à développer des campagnes de sensibilisation sur les risques psychosociaux, à destination des professionnels, encadrement, étudiants et stagiaires.

L'Observatoire régional de la Santé en Bretagne (ORS)²⁹ :

En vue d'améliorer la connaissance en santé au travail, la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Bretagne a mis en place un recueil et une exploitation des déclarations des maladies professionnelles de l'année 2005 reçues par les inspecteurs du travail. L'ORS Bretagne a été sollicité pour l'exploitation des données et la publication des résultats. L'objectif est de réaliser au plan régional, départemental et par section d'inspection, un état des lieux des maladies professionnelles déclarées et d'établir le lien avec la situation de travail des salariés.

La Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) : a réalisé dans le cadre de la Convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 (entre la FNORS et la Direction générale de la Santé) une étude intitulée *La santé au travail dans les régions de France*³⁰.

L'Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE), est devenu en 2002 l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP). Il s'adresse à un public de professionnels du champ sanitaire et social qui, dans l'exercice de leur fonction, sont confrontés à la souffrance psychique, génératrice d'exclusion sociale et/ou d'altération de la santé mentale. Parmi les recherches en cours : « Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité », une recherche commanditée par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), le Ministère de la Santé et des Solidarités-Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), et menée en collaboration avec MODYS/CNRS et ONSMP-ORSPERE.

²⁴ <http://www.fnors.org/index.html>

²⁵ <http://www.orspere.fr/>

²⁶ <http://www.invs.sante.fr/>

²⁷ <http://www.inrs.fr/>

²⁸ <http://www.riskoboulo.com/>

²⁹ http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/sant_au_travail/

³⁰ <http://www.fnors.org/uploadedFiles/santetravail.pdf>

L'Institut national de veille sanitaire (INVS), appuyé sur les CRAM et Caisses générales de Sécurité sociale (CGSS), au service des acteurs de la prévention (médecins et inspecteurs du travail), avec un programme d'activités établi dans le cadre des directives de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), fonction de la politique définie par le ministre chargé du travail ; et **l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS, établissement public)** remplissent également une fonction d'observation, de recherche et d'outillage au niveau national.

Le Programme Samotrace de l'INVS : *"les connaissances dans ce domaine sont encore à approfondir, en particulier les questions relatives à la durée et à l'intensité d'exposition. Il manque encore aussi d'évaluation des interventions; outre leur objectif de prévention, celles-ci pourront contribuer à confirmer les liens de causalité entre les facteurs psychosociaux au travail et la santé psychique."*

Les résultats de cette enquête visent à :

- La mise en place d'un système de surveillance national pérenne de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle.
- Le dépassement d'indicateurs locaux et sectoriels pour bâtir un référent multisectoriel, multiprofessionnel et représentatif à échelle nationale.

Le programme pilote actuel en Rhône Alpes, Centre, Poitou Charentes, Pays de la Loire s'appuie sur :

1. *l'épidémiologie en entreprise: analyse descriptive de l'état de santé mentale au travail et de ses facteurs de risques professionnels (3000 médecins du travail volontaires pour une enquête auprès des salariés): permet la production d'indicateurs de santé mentale et d'expositions professionnelles déclinées selon la catégorie professionnelle et le secteur d'activité.*
2. *la rédaction de monographies cliniques par des médecins du travail (20 à 30 par région) en complément qualitatif au point 1.*
3. *l'analyse des données d'attribution d'invalidité pour cause psychiatrique, en fonction des variables come le secteur d'activité et la catégorie professionnelle (objectif à terme: recueil systématique par l'assurance maladie)³¹.*

³¹ Remarques: la fiche synthèse provisoire produite par l'INVS ne propose pas encore de définition du périmètre des métiers considérés comme relevant de la "santé et de l'action sociale". La synthèse précise que l'éducation nationale et le secteur agricole sont sous représentés: les médecins du travail de la MSA participent peu au réseau et l'éducation n'a pas de médecine du travail.

Le volet "Épidémiologie en entreprise", du projet Samotrace, a pour objectif de décrire l'état de santé mentale au travail, à travers différents indicateurs. Il est basé sur la participation volontaire de médecins du travail engagés pour un recueil de données de deux ans. Ce document présente des résultats intermédiaires obtenus après un an de recueil de données en régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes.

<http://apheis.net/publications/2007/samotrace/samotrace.pdf>

À la demande du ministre en charge du travail, un collège d'expertise a reçu pour mission de formuler des propositions en vue d'un suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Ce collège comprend des économistes, des ergonomes, des épidémiologistes, un chercheur en gestion, des chercheurs en médecine du travail, des psychologues et psychiatres, des sociologues et des statisticiens. Dans un premier temps, le collège a élaboré une batterie provisoire d'indicateurs immédiatement disponibles compte tenu des sources statistiques existantes. Chacun de ces indicateurs est pertinent, mais ils ne donnent pas encore une vue exhaustive et synthétique des risques psychosociaux au travail.

Outre son intérêt intrinsèque, ce rapport permet d'identifier des expertises inter-disciplinaires sur cette question :

Membres du collège

Philippe Askenazy, directeur de recherches au CNRS, professeur associé d'économie à l'École d'économie de Paris, directeur adjoint du Cepremap

Christian Baudelot, sociologue, professeur honoraire à l'ENS-Ulm, chercheur au Centre Maurice Halbwachs (UMR 8097)

Patrick Brochard, chef du service de médecine du travail et de pathologie professionnelle du CHU de Bordeaux, professeur des universités en épidémiologie, économie de la santé et prévention à l'Université Victor Segalen Bordeaux-2, directeur du laboratoire Santé travail environnement (LSTE, EA 3672)

Jean-Pierre Brun, professeur titulaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail à l'Université Laval (Québec), directeur du Réseau de recherche en santé et en sécurité au travail du Québec

Chantal Cases, statisticienne-économiste, directrice de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé)

Philippe Davezies (Université de Lyon-1), médecin, enseignant-chercheur en médecine et santé au travail à l'université de Lyon-1, praticien hospitalier aux Hospices civils de Lyon

Bruno Falissard, psychiatre, PU-PH de biostatistique à l'université Paris-sud (Hôpital Paul Brousse), directeur d'unité à l'INSERM (unité 669)

Duncan Gallie, sociologue, Official Fellow of Nuffield College (Oxford), Professor of the University of Oxford, Foreign Secretary and Vice-President of the British Academy

Michel Gollac, sociologue, administrateur de l'INSEE, chercheur au CREST, président du collège d'expertise.

Amanda Griffiths (membre associée), Professor of Occupational Health Psychology, Université de Nottingham, membre du projet européen PRIMA

Michel Grignon, économiste, professeur assistant à l'université McMaster (Hamilton, Ontario), chercheur au Centre d'analyse en économie et politique de la santé (CHEPA)

Ellen Imbernon, épidémiologiste, responsable du département santé travail à l'INVS, coordination de l'enquête Samotrace

Annette Leclerc, épidémiologiste, directrice de recherche à l'INSERM (unité 687).

Pascale Molinier, maître de conférences en psychologie HDR au CNAM, chercheuse au Centre de recherche sur le travail et le développement (CRTD), membre du comité directeur de l'Institut Émilie du Châtelet et du comité directeur du Mage

Isabelle Niedhammer, épidémiologiste, chargée de recherche à l'INSERM (unité 687), chercheuse à l'UCD School of Public Health & Population Science

Agnès Parent-Thirion, chef de l'unité Pilotage et enquêtes à la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail et de vie

Pierre Rabardel, ergonomiste, professeur à l'université Paris-8, responsable de l'équipe Conception, création, compétences et usages, ergonomie et psychologie

Daniel Verger, chef de l'unité de méthodologie statistique de l'INSEE, inspecteur général de l'INSEE

Michel Vézina, médecin spécialiste en santé communautaire et épidémiologiste, professeur titulaire à l'Université Laval (Québec)

Serge Volkoff, ergonome, administrateur INSEE, directeur du Créapt (Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail)

Annie Weill-Fassina, ergonome, maître de conférences (ER) à l'École pratique des hautes études

Membres à titre consultatif

Thomas Coutrot (DARES)

Christine Gonzalez-Demichel (service statistique Fonction Publique, MBCPFP)

Jean-Baptiste Herbert (DREES)

Norbert Holcblat (DARES)

Catherine Mermilliod (DREES)

Lucile Olier (DREES)

5. POUR UNE PREVENTION CROISANT INNOVATIONS MANAGÉRIALES ET ACCOMPAGNEMENTS SCIENTIFIQUES ET PÉDAGOGIQUES

L'ensemble des enjeux et des outils présentés amène le CRTS à formuler, en conclusion de ce rapport, plusieurs préconisations générales concernant les acteurs de la formation, de la recherche, du management. Ces préconisations sont précisées et déclinées en pistes d'action concrètes dans l'avis diagnostique et prospectif produit par le CRTS.

→ La formation

Les formations de tous niveaux et notamment les formations au management devraient valoriser l'échange sur les pratiques en faisant porter l'accent sur le renforcement des postures professionnelles en plus du renforcement psychologique des individus. Les modalités de la prise en compte par l'encadrement, et notamment par l'encadrement intermédiaire, des éléments clés émergeant de l'échange sur les pratiques entre pairs gagneraient à être travaillées, en formation continue ou initiale. Il faut former l'encadrement à ménager des temps de « débriefing » individuels et collectifs, des réunions de service.

La démarche projet doit être une démarche stratégique globale, incluant les dimensions d'évaluation des politiques de formation et de communication. Elle gagne à être accompagnée par l'audit ou le conseil à condition d'être animée par un engagement à long terme. La formation-action est une dimension essentielle du management du changement organisationnel en vue d'articuler plans de formation et démarches projet, en prenant en compte les besoins identifiés à cette occasion. Il est essentiel de former les cadres à cette fin. Les partenariats avec le milieu universitaire apportent aux professionnels de la "matière à penser". L'élargissement de l'expérience et des grilles de lecture permettent au professionnel de se positionner comme acteur plutôt que comme agent. Ces éléments devraient être pris en compte dans la mise en œuvre des agréments des formations. L'accompagnement au changement par des tiers (recherche-action, formation-action) devrait être encouragé.

Il faut faire prendre en compte le temps d'échange (« temps non-productifs ») dans les budgets. Le financement au coût horaire limite par exemple cette prise en compte. Pourtant l'échange sur les pratiques permet de créer du collectif en invitant les professionnels à une réflexion régulière sur les problématiques des usagers, des professionnels mais aussi sur l'organisation du travail. Ces temps permettent une meilleure reconnaissance des professionnels entre eux, renforcent les identités professionnelles en valorisant le travail réel (versus le travail prescrit) et misent sur le renforcement des compétences au quotidien.

Afin de favoriser à la fois le travail des équipes et la mobilité des individus, davantage de temps spécifiques en formation initiale doivent être aménagés sur les compétences transversales. Les modules de formation communs doivent être développés. Une journée de formation sur les évolutions de carrière (par exemple : "mon avenir professionnel dans 10-20-30 ans") peut aider les individus à s'inscrire dans un projet professionnel. La sensibilisation à l'usure professionnelle et aux RPS (comme des symptômes de problématiques organisationnelles et non seulement individuelles) pourrait être introduite dans toutes les formations initiales. Les stages de gestion du stress peuvent accompagner les professionnels mais ne sont que des palliatifs ponctuels

lorsqu'ils sont menés indépendamment d'une réflexion plus large au sein de la structure. Des stages de petits groupes peuvent toutefois aider à faire face à la souffrance et à la mort.

On relève plusieurs limites aux partenariats et innovations en termes de formation. A titre d'exemple, on remarque que cette piste pose problème pour les salariés en mode « mandataire », parce qu'ils ont plusieurs employeurs, et pour les salariés en mode « prestataire » car ils sont difficiles à remplacer. De plus, l'offre de formation déclinée par une multitude d'organismes peut s'avérer peu lisible pour les petites entreprises dépourvues d'un service consacré à la gestion des ressources humaines. Certaines formations qualifiantes sont structurées par une logique de formation initiale et ne proposent pas toujours de dispositifs modulaires basés sur des unités capitalisables, ce qui en rendrait l'accès difficile par la formation continue. Enfin, les nouveaux métiers n'ayant pas encore de qualifications reconnues peuvent donner lieu à des formations continues centrées sur des aspects techniques, ce qui affaiblirait l'émergence d'une identité professionnelle nécessaire à la professionnalisation.

Il faut sensibiliser les employeurs, l'encadrement intermédiaire, les employés, les conseils d'administrations et leur présidence aux bénéfices engendrés par l'évaluation des risques psychosociaux (outre l'obligation légale). Les modalités d'articulation entre management et espaces d'échange sur les pratiques devraient être approfondies sur plusieurs territoires-tests. Une formation expérimentale inter secteurs (sanitaire, social, médico-social, aide à domicile...) avec des temps de croisement entre niveaux hiérarchiques pourrait être financée au vu d'un cahier des charges proposé par le groupe de travail du CRTS. Une formation sous forme d'expérimentation, avec différentes cibles (niveaux d'encadrement, autres professionnels), afin de créer une compétence collective, pourrait ainsi être éligible au financement d'OPCA puis éventuellement priorisée au niveau de la branche. Le rapport du CRTS et le rapport de travail du groupe "ingénierie de formation" du Comité de pilotage du contrat d'objectifs de formation sanitaire et médico-social (06-2004) (URIOPSS, ADMR, UHNO, Conseil Régional, DRASS, DRTEFP) pourraient être utilisés.

→ Le management

Pour renforcer les identités professionnelles, on suggère de prêter attention à ce qui fait le quotidien du travail et n'est pas le travail prescrit : ce qui fait la difficulté du travail ou le plaisir qu'on y trouve. Il faut aussi valoriser la place des travailleurs sociaux dans l'institution, promouvoir leur appartenance à un corps professionnel reconnu au sein de la société. L'observation et le fait de donner à parler à des professionnels sur les liens créés avec les autres serait un vecteur de reconnaissance et d'innovation au sein de l'institution.

L'encadrement doit créer et promouvoir des espaces de créativité. Il faut :

- encourager le développement de lieux d'écoute et de débat (pour les professionnels et pour les usagers entre eux), les chartes d'usagers, les ateliers d'expression,
- assurer l'existence d'espaces dédiés à l'expression du travail réel, réalisé, vécu face au travail prescrit,
- octroyer des responsabilités élargies aux salariés et promouvoir la participation des travailleurs aux décisions,
- clarifier les objectifs et en vérifier l'atteinte,
- mettre en place des mécanismes de discussion et de débat sur le travail et ce qui s'y passe concrètement
- améliorer la supervision en précisant les objectifs du travail, les attributions, les responsabilités et droits des différentes catégories de professionnels, et en reconsidérant la charge de travail et l'organisation du travail.

L'analyse des pratiques est un outil de renforcement individuel et collectif qui permet d'accroître la professionnalisation. Le management devrait y recourir de manière plus intensive car elle a un impact sur :

- les activités (création de règles d'exercice de ces activités, reconnaissance sociale de leur utilité, construction de programmes de formation à ces activités),

- l'organisation (construction d'un discours sur elle-même, formalisation de règles de gestion),
- les acteurs (transmission/production de savoirs et compétences, construction d'une identité professionnelle).

Il faut accroître l'information lors des changements. Toute mesure visant à mieux informer, à développer la concertation en amont des projets de réorganisation du travail, à anticiper les changements organisationnels, peut participer à une réduction de l'incertitude et doit alors être intégrée à la gestion du stress.

L'interconnaissance dans et entre structures peut être améliorée : en facilitant le développement du soutien de la part des collègues plus expérimentés ; en menant des actions dans les structures en amenant différents métiers à décrire les tâches des autres (exemple : AMP, aide-soignante, IDE) ; en diffusant de l'information sur les différences entre fiches de postes en faisant émerger des dénominateurs communs, un sens partagé ; en organisant la rotation des activités et de postes ; en réduisant les freins à la mobilité interne.

Dans un plan d'action mis en œuvre pour lutter contre l'usure professionnelle, il est important de définir des fiches de poste, de s'appuyer sur la mission de l'association, de mettre ces éléments en regard avec les moyens.

L'obligation légale d'évaluer les risques, suivie de l'élaboration de guides par les branches professionnelles, sont des atouts. Cependant un accompagnement semble nécessaire à leur appropriation.

La notion de « charge mentale » est un risque à définir dans le document unique, selon la structure. Ce mot peut recouvrir des réalités très différentes, il peut cependant renvoyer à des éléments précis, par exemple : des risques liés à des formes de violences à caractériser, des actions à mener pour l'accueil des nouveaux employés, etc.

L'échange sur les pratiques permet de travailler les transversalités au sein des équipes (voir la fiche ci-haut sur les soins palliatifs). Il faut aussi surmonter le malaise à nommer des difficultés (par exemple l'impression d'être un « mauvais professionnel » quand on est victime d'une situation de violence, ou le phénomène éventuel de dissimulation tacite des actes de violences au sein de l'équipe). L'encadrement intermédiaire doit pouvoir s'appuyer sur ces moments. Les actions d'échange sur les pratiques ne devraient pas être ponctuelles et devraient être adossées à des méthodes de management participatif. Les référentiels métiers pourraient être co-construits plutôt que proposés par le management.

L'évaluation interne, les démarches-qualité, l'analyse des pratiques, la gestion de ressources humaines (notamment la GPEC) sont autant de manières de prévenir l'usure des professionnels.

Pour encourager la mise en œuvre de méthodologies d'accompagnement des structures afin de promouvoir une réflexion sur les conditions et l'organisation du travail, il serait pertinent de :

- Dresser un inventaire des ressources humaines et financières à disposition des employeurs pour mettre en œuvre la GPEC et les démarches-qualité et le transmettre à toutes les branches.
- Organiser la veille des ressources des acteurs du CRTS sur l'usure professionnelle (sites internet, productions), la veille sur les expérimentations visant à la mutualisation des ressources humaines, au développement conjoint d'avantages sociaux, etc.
- Soutenir et encourager la formation des employeurs, élus, associatifs ou privés (exemple: EPI), notamment par la recension et la diffusion de l'offre de formation.
- Palier les différentiels de taille entre structures en soutenant la mutualisation des ressources humaines (par exemple, favoriser les groupes de supervision inter-réseaux voire inter-branches comme formes innovantes de rencontres de supervision, partager les ressources pour les

recrutements, démarches qualité, GPEC, etc.), le développement de dynamiques et de projets communs, afin de:

- mobiliser le professionnel sur la dynamique de son parcours professionnel
- favoriser la mobilité dans et entre les structures
- faciliter le dialogue au sein des structures et entre structures,
- sensibiliser les professionnels aux perspectives de mobilité entre établissements.

L'engagement de l'encadrement dans la promotion de temps d'échange sur les pratiques est indispensable. L'accompagnement par des tiers, issus notamment du milieu de la recherche, peut faciliter l'arrimage entre espaces réguliers d'échange entre pairs et communication avec les différents niveaux d'encadrement. Quelle que soit l'articulation retenue, il semble nécessaire de créer le moyens pour le professionnel de déployer un « agir créatif » qui ne fragilise pas pour autant sa posture professionnelle : cela permet d'éviter un positionnement face à une institution vécue comme émettrice d'injonctions paradoxales.

→ La recherche et les partenaires de la prévention

H. Rouilleault (ancien directeur général de l'ANACT) adresse en 2007 des recommandations aux acteurs de l'entreprise, aux pouvoirs publics et partenaires sociaux : la GPEC "à froid", indépendante de restructurations éventuelles et une GRH anticipative et préventive ne peut exister que si les représentants du personnel et les salariés sont aussi acteurs de la conduite des projets de changement. Pour l'auteur, au-delà des entreprises, la GPEC doit être développée dans les branches professionnelles ainsi qu'aux niveaux régional, territorial et national.

Dans Travail et changement (n°319, mars/avril 2008), l'Aract Languedoc-Roussillon présente son intervention auprès d'une structure de 50 salariés du secteur médico-social: l'Institut thérapeutique éducatif et pédagogique de Bellesaigne. Les difficultés relatives à la relation avec un public d'usagers peuvent être en partie levées par un travail sur l'organisation. La violence des usagers et l'inconfort des professionnels peuvent être atténués.

Contexte, problématique et méthode:

"Depuis 2003, les agressions se multiplient, moyen d'expression quotidien des enfants et adolescents en difficultés psychologiques accueillis (...). Un diagnostic est effectué en 2004 et un plan de formation "faire face à la violence" est mis en place. Mais le malaise persiste. La direction et les délégués du personnel de l'ITEP font alors appel à l'Aract Languedoc-Roussillon (...) Plusieurs lieux d'échange sont mis en place: un comité de pilotage (direction, délégués du personnel, médecine du travail) suit le projet; un groupe de travail (éducateurs, agents d'entretien...) analyse les dysfonctionnements et construit des pistes de solutions. Enfin, un groupe "projet" (direction, cadres, "préventeurs" externes) traduit en actions concrètes les propositions du groupe de travail.

Avancées:

"Différentes formes de violence sont identifiées ainsi que des moments et lieux potentiels. L'accent est mis sur les difficultés organisationnelles. Parmi celles-ci, une application incohérente du règlement intérieur et des difficultés pour établir des sanctions adaptées. L'organisation matérielle est ensuite passée au crible: les conditions sont bonnes mais les foyers pas toujours suffisamment adaptés aux jeunes; la salle des éducateurs, lieu d'échange et de "repli", n'est pas investie. (...) Une insuffisante intégration des stagiaires, un manque de communication interne, une faible cohésion d'équipe ressortent fortement."

Solutions:

Renforcement de la cohésion des équipes, actualisation et appropriation du règlement intérieur, adaptation des lieux de vie, facilitation de l'entraide par l'organisation, présence d'un tiers pendant et après les épisodes de violence, partenariats avec des services de pédopsychiatrie, juges. "Sur la clarification des rôles et missions des professionnels: des fiches de poste vont être élaborées, une réflexion collective sur la fonction d'éducateur "relais" et sa collaboration avec la direction va être menée. Différentes possibilités permettant aux fonctions isolées d'être mieux intégrées dans les équipes et mieux connues des jeunes vont être également proposées."

Jean-Paul Bringer, directeur de l'ITEP: *"La mise en place d'un dispositif de GPEC pour avoir une vision claire de la pyramide des âges, des cursus professionnels et anticiper l'usure professionnelle des éducateurs. Des collaborateurs vont partir en formation de tuteur pour apprendre à former les nouveaux professionnels."*

Les mobilités inter-organisationnelles et entre établissements et associations, sur une base volontaire, gagneraient à être facilitées. Les audits de carrière et de formation peuvent accélérer la réflexion sur ces problèmes. On peut aussi créer des "bourses d'échange".

La recherche ADAPT sur le métier d'éducateur (1998) a testé deux pistes d'action: le soutien à la mobilité professionnelle volontaire et l'aide à la reconversion.

La mobilité professionnelle sans quitter le métier d'éducateur (échange d'éducateurs, détachement dans une autre institution...) **n'est pas une solution là où le facteur de l'âge est fort.** La préférence des éducateurs interrogés ne va pas à un passage vers des secteurs plus "paisibles" (soit celui de l'aide aux handicapés adultes).

A défaut de mobilité verticale ou de sortie du métier, et compte tenu que la mobilité vers des services en milieu ouvert semble peu réaliste (faible quantité d'AMO et faible volume d'emplois projetés), **les mesures internes sont les seules à envisager**: par exemple l'allègement d'horaires, le passage à des interventions extra muros (accompagné d'une formation adéquate), l'exercice de fonctions administratives ou socioculturelles dans l'institution..."

En fait, près de 9 éducateurs sur 10 se considèrent favorables à l'idée que c'est "un métier qu'on ne fait pas nécessairement toute sa vie et qui offrirait des passerelles vers d'autres métiers de l'aide aux personnes."

La principale aspiration consiste à créer des passerelles entre diplômes grâce à un tronc commun entre éducateurs et filières d'AS. Une telle initiative pourrait en outre les aider face aux transformations de leurs propres métiers.

L'évolution des publics invite à compléter la parole des éducateurs sur les besoins d'évolution des trajectoires professionnelles. L'évolution de la prise en charge de la dépendance modifie les publics et invite donc à faire d'importants efforts de formation continue, pour les éducateurs: en termes de spécialisation au vu des handicaps, en termes de développement d'activités occupationnelles.

"On ne peut manquer d'observer les tensions qui pourraient survenir entre la nécessaire spécialisation des éducateurs œuvrant dans le secteur de l'aide aux handicapés adultes et l'extension de leurs compétences dans le cadre d'une réforme des études."

En plus des acteurs du CRTS, il est proposé d'associer au développement d'actions de prévention : médecins et psychologues du travail, DRTEFP et DDTEFP, CHSCT, Commission paritaire territoriale d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail dans les services aux personnes (CPHSCT), représentants d'usagers, salariés, CRAM, ARACT de Bretagne/ANACT, MSA, Observatoire régional de la santé au travail (ORST), Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP), Laboratoires de recherche en sciences sociales, acteurs locaux: employeurs, salariés à d'éventuelles expérimentations.

Les moyens pour prévenir l'usure professionnelle sont donc nombreux. Ils invitent à des efforts croisés pour bâtir une prévention régionale portant sur cette problématique multifactorielle. Echanges sur les pratiques, innovations managériales, accompagnement au changement par la formation et la recherche sont les principaux leviers repérés. L'ensemble de ces analyses ont donné lieu à l'avis diagnostique et prospectif du CRTS.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie a été constituée par un repérage, dans la presse professionnelle et scientifique, de ressources et d'analyses qui ont permis au groupe de travail d'affiner ses propositions. L'ensemble des membres du CRTS a aussi été sollicité pour transmettre à la personne chargée de l'animation des séances de travail les documents faisant référence sur cette question. Cette méthode a permis de bâtir un savoir partagé, à la croisée d'expertises diversifiées.

La bibliographie suivante témoigne de ce travail de concertation : elle n'est donc pas exhaustive.

Articles et monographies

- Accord national interprofessionnel sur le stress au travail, 2 juillet 2008 (MEDEF, CGPME, UPA, CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT-FO, CGT), http://eurofound.europa.eu/eiro/2008/07/articles/fr0807029i_fr.htm, consulté le 1er décembre 2008.
- BAUMANN François, Burn-out, quand le travail rend malade, 24 octobre 2007, éditions Josette Lyon, Paris.
- BENLOULOU Guy (propos recueillis par), Professionnels victimes de violence: que faire? Lien social, numéro 780, 12 janvier 2006, http://www.lien-social.com/spip.php?page=imprimerie&id_article=998, consulté le 1er décembre 2008.
- BENLOULOU Guy (propos recueillis par), Le syndrome post-traumatique: les explications d'un psychologue, Pascal Boes, numéro 717, 15 juillet 2004, http://www.lien-social.com/spip.php?page=imprimerie&id_article=786, consulté le 1er décembre 2008.
- BENLOULOU Guy (propos recueillis par), Les mille et un pièges de l'usure. Peut-on les éviter?, Lien social, numéro 399, 22 mai 1997.
- CHARLEUX F. (dir.), BROTTOT P., DEBIEUVE P. Perrin J.-J., Gérer les ressources humaines en action sociale, collection Actions Sociales / Référence, 2007, ESF éditeur, Issy-les-Moulineaux.
- CHAVAROCHE Philippe, L'accompagnement des personnes en grande vulnérabilité : entre usure et créativité, numéro 344-345, janvier février 2005, Les Cahiers de l'actif.
- CUSTOS-LUCIDI Marie-France, Quand l'organisation du travail conduit à l'épuisement professionnel, tribune libre, Actualités sociales hebdomadaires, numéro 2279, 4 octobre 2002, http://www.ash.tm.fr/front/archives/archivesrecherche.php?id_art=30&imp=1, consulté le 1er décembre 2008.
- DE BACKER B. et COOREBYTER (de) V., Le métier d'éducateur: transformations récentes et fatigue professionnelle, Recherche ADAPT septembre 1998.
- DEJOURS, C., Travail, usure mentale, édition n°3, 2008, Baillard.
- DREVILLON Yves (propos recueillis par), Stress au travail. Les DRH tirent le signal d'alarme, 25 novembre 2008, Le Télégramme.
- DUMALIN Frédéric, RAHOU Nadia (coordination), Services à la personne, Évolutions, organisation et conditions de travail, mai 2008, Réseau ANACT éditions.
- ETOURNEAUD Chantal et LE MOENNE Christian, Usure Performance du personnel : une étude action formation dans les établissements sanitaires et sociaux de Bretagne, in Cahiers de PROMOFAF, numéro 4, juillet 1992, éditions PROMOFAF, Fonds d'assurance formation secteur sanitaire et social, Paris.
- GALLET Anne-Marie, SASSO Marie-Odile (coordination), Prévenir les risques professionnels, guide méthodologique à destination des établissements du secteur public sanitaire et social, Le guide, réseau

- Anact éditions, 1er janvier 2005, <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/30157.PDF>, consulté le 31 décembre 2008.
- GARGOLY, Céline, Relation d'aide, vivre avec le sentiment d'échec, Actualités sociales hebdomadaires, numéro 2157, 10 mars 2000, http://www.ash.tm.fr/front/archives/archivesrecherche.php?id_art=51&imp=1, consulté le 1er décembre 2008.
 - GUILLIER Danielle, L'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles, dans Travail social et analyse des pratiques professionnelles - Dispositifs et pratiques de formation, 2003, éditions L'Harmattan.
 - HELFTER Caroline, Épuisement professionnel, retrouver sens et plaisir à travailler, Actualités sociales hebdomadaires, numéro 2262-2263, 17 mai 2002, http://www.ash.tm.fr/front/archives/archivesrecherche.php?id_art=31&imp=1, consulté le 1er décembre 2008.
 - LANCY A., Incertitudes et stress, in Le travail humain, PUF, mars 2007, volume 70.
 - LARINIER Anne, Prévention et détection des situations d'usure professionnelle, Journée régionale, Unifaf Île-de-France, 28 mai 2008.
 - LE BOZEC, M., La construction sociale de la maltraitance, les enjeux complexes de la protection de l'enfance, septembre 1998, Mémoire DHEPS-CCB.
 - LE FLOCH M.-C., Une relecture du sale boulot. Entre une division morale et une division sociale du travail éducatif, in Pensée plurielle, De Boeck Université, février 2008, pages 31 à 48.
 - LORIOU M., Donner un sens à la plainte de fatigue au travail, in L'année sociologique, PUF, février 2002, pages 459-485.
 - MARET Édouard, Le travail social est-il encore d'actualité? Trois questions à Jean-Yves Dartiguenave et Jean-François Garnier, Ouest France 5 novembre 2008.
 - MARTIN Didier, DUTRENIOT Jean Marc, FABLET Dominique, ZUCMAN Elisabeth, Vaincre l'usure professionnelle, pp 5-118 in les Cahiers de l'actif, numéro 264-265 mai juin 1998.
 - MAYNARD B., Décentralisation départementale et travailleurs sociaux. Questions pour un nouveau pacte. Informations sociales 2005/1, N° 121, p. 110-118.
 - MENARD Colette, DEMEULEMEESTER René, SIANO Bernard, Prévenir le stress au travail, dossier, La santé de l'Homme, septembre octobre 2008, numéro 397.
 - NASSE Philippe, LEGERON Patrick, Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, remis à Xavier Bertrand le 12 mars 2008.
 - PAPAY, Jacques, La question de l'évaluation des pratiques dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Semaine de formation commune ETS-MA, 24 au 28 janvier 2005, IRTS PACA-Corse.
 - PEZET LANGEVIN VALERIE, Le burn-out, un syndrome en augmentation, in Entreprises et carrières numéro 800, 25 février 6 mars 2006.
 - PEZET Valérie, Alerte à l'usure professionnelle, in l'École des parents, numéro 12, 1994.
 - PICARD D., Difficultés de la prévention des pathologies psychosociales liées au travail, in Management Prospective Editions (Revue management et avenir), février 2006, numéro 8, pages 199-217.
 - REYNAUD Nicolas, VACHON Jérôme, Entre exaspération et lassitude, Malaise à tous les étages, Actualités sociales hebdomadaires magazine, septembre-octobre 2006.
 - SAINT-MARTIN C., Précarisation des populations urbaines, fragilisation professionnelle des travailleurs sociaux, ERES, Empan, Avril 2007, numéro 68, pages 52 à 57.
 - VACHON Jérôme, Burn-out: les travailleurs sociaux à l'épreuve du syndrome, Actualités sociales hebdomadaires, numéro 1819, 12 février 1993.
 - VALETTE J.C. (LPTA CNAM), Quel sens pour le travail de l'ETS?, Conférence du 27 avril 2006 à l'ITS de Pau.

- WITTORSKI Richard, Analyse des pratiques et professionnalisation, dans Travail social et analyse des pratiques professionnelles - Dispositifs et pratiques de formation, 2003, éditions L'Harmattan, Paris.
- X Malaise au travail, Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, trimestriel numéro 12, septembre-octobre-novembre 2008.
- X Maladie d'Alzheimer, éviter l'épuisement des aides à domicile, Actualités sociales hebdomadaires, numéro 2331, 31 octobre 2003, http://www.ash.tm.fr/front/archives/archivesrecherche.php?id_art=26&imp=1, consulté le 1er décembre 2008.
- X Prévenir l'usure professionnelle des travailleurs sociaux, Le journal de l'Action sociale, mars 1996.
- X Violence à l'encontre des travailleurs sociaux, de la prise de conscience aux stratégies de prévention, Le journal de l'Action sociale, mai 1996.
- X Les dynamiques du travail social, Informations sociales, CAF, numéro 152, mars-avril 2009

Rapports, documents de formation, publications des acteurs du travail social

- ANACT, Santé au travail: pour une approche pluridisciplinaire, technique, médicale, organisationnelle, Travail et changement, Revue de la qualité de vie au travail, numéro 321, septembre octobre 2008, Bimestriel du réseau Anact, Anact éditions.
- ANACT, Nouvelles exigences du travail, défi d'organisation, Travail et changement, Revue de la qualité de vie au travail, numéro 316 novembre-décembre 2007, Bimestriel du réseau Anact, Anact éditions.
- ARACT Bretagne, Le travail dans le secteur de l'aide à domicile, octobre 2006, ARACT antenne Bretagne, Réseau Anact éditions.
- CGT, Compte-rendu de la réunion du collectif action sociale publique du 27 mars 2006, thème: l'usure professionnelle, Fédération CGT de la santé et de l'action sociale.
- CFDT Santé-sociaux, Bâtir une politique volontariste des services à la personne, Fiche Multiple numéro 7, mars 2006.
- CFDT Santé-sociaux, La prise en charge des personnes âgées, Fiche Multiple numéro 4, mars 2005.
- CFDT Santé-sociaux, Aide à domicile: un accord majeur pour tous les professionnels, 2002.
- CFTS (Coordination Régionale des Centres agréés de Formation en Travail Social), Bretagne, territoire de solidarités: quels travailleurs sociaux pour quels métiers? Février 2006.
- GRIMES, Épuisement professionnel usure professionnelle burn-out: qu'est-ce que c'est? document support de formation transmis par Marie-Hélène Lebatteux.
- Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). Focus : Stress, harcèlement, violence au travail. <http://www.inrs.fr/> Site consulté le 15 février 2009.
- Plan de Cohésion sociale, Emploi logement égalité des chances, consulté le 31 décembre 2008, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement : *Feuille de route de l'Agence nationale des services à la personne, ANSP, sur la professionnalisation*, décembre 2006. [http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/assises-de-la-professionnalisation-du-13-decembre-la-feuille-de-route-est-tracee-\(2767\).cml](http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/assises-de-la-professionnalisation-du-13-decembre-la-feuille-de-route-est-tracee-(2767).cml) Consulté 2 décembre 2008.
- Ravon B., Decrop G., Ion J., Laval C., Vidal-Naquet P., Usure des travailleurs sociaux et épreuve des professionnalités, in Les Cahiers de l'Actif numéro 388/389 septembre-octobre 2008. Mondes et dynamiques des sociétés (MONDYS, CNRS), ONSMP (Observatoire national santé mentale et précarité) pour l'ONPES (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale).
- ROUILLEAULT Henri, Anticiper et concerter les mutations, Rapport sur l'obligation triennale de négociier, remis à Christine Lagarde et Xavier Bertrand le 1er août 2007, <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/208320.PDF>, consulté le 31 décembre 2008.

- SOUSSEM Patricia, DEBUC Thierry, Stress, usure précoce et difficultés au travail: comment prévenir? Octobre 2006, ARACT antenne Bretagne, RéseauAnactéditions.
- SOUSSEM Patricia, ARNAUD Florent, Agir sur les troubles musculo-squelettiques -TMS- par des actions sur l'organisation du travail, décembre 2004, ARACT antenne Bretagne, Réseau Anact éditions.
- SOUSSEM Patricia, CHEVANCE Alain, Concilier les temps professionnels et personnels, décembre 2004, ARACT antenne Bretagne, Réseau Anact éditions.
- SOUSSEM Patricia, CHEVANCE Alain, DEBUC Thierry, Travailler en vieillissant, mai 2008, ARACT antenne Bretagne, Réseau Anact éditions.
- Stratégie régionale emploi formation Région Bretagne, Document présenté et voté par les élus du Conseil régional de Bretagne lors de la session des 14, 15 et 16 juin 2006.
- http://www.bretagne.fr/internet/upload/docs/application/pdf/2008-12/strategie_regionale_emploi-formation.pdf, consulté le 31 décembre 2008

Outils

- Outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychologique au travail, Michel Vézina, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2008, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/744_OutilCaractMilieuTravail.pdf
- Guide méthodologique pour la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels, l'évaluation des risques dans l'aide et les soins à domicile, UNA- MUTUALITE FRANÇAISE- CIDES (Chorum Initiatives pour le Développement de l'Économie Sociale), mars 2009
- Evaluation des interventions en prévention du stress au travail. Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail, Jean-Pierre Brun, Caroline Biron, Hans Ivers, août 2007, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail - IRSST - Université Laval, <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/R-514.pdf>
- Synthèse d'une démarche type des ARACT (Agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail), mars-avril 2008, présentée dans le Travail et changement numéro 318, bimestriel du réseau Anact pour l'amélioration des conditions de travail, <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/524354.PDF>
- Guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements, avril 2004
- Guide issu des travaux du Comité de suivi soins palliatifs et accompagnement 2002-2005 http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/palliatif/guide_demarche.pdf
- Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention, Dominique Chouanière, Valérie Langevin, Anne Guibert, INRS, juillet 2007, <http://www.inrs.fr/publications/ED6011.html>
- Guide de la gestion des risques de maltraitance en établissement de personnes âgées et/ou handicapées, la gestion des risques de maltraitance en établissement, 15 janvier 2009 http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guide_gestion_des_risquesPAPHetab__2_.pdf
- Handicap psychique, Charte de coopération entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, septembre 2007
- Formation Epuisement professionnel et burn out à la demande du CAUDHEM, association gestionnaire du CLIC des 3 cantons : Fougères Sud, Nord et St- Aubin du Cormier, 13 mai 2009, IRTS de Bretagne, Patricia Pillet et Yves Abonnat
- ANESM, recommandations en ligne :
 - Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées – Juillet 2008
 - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Décembre 2008
 - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – Juillet 2008

Quelques sites de référence (France et Europe)

- Eurogip, GIP de la Sécurité sociale française pour comprendre les risques au travail en Europe : <http://www.eurogip.fr/>
- Plan de l'Assurance maladie 2009 – 2012 et statistiques sur les maladies professionnelles : http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accueil_home/accueil_accueil_home_1.php et http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/maladies_professionnelles_2/maladies_professionnelles_2_stats_secteur_1.php
- Le Point focal national de l'Agence européenne pour la santé et sécurité au travail (<http://osha.europa.eu/fop/france/fr/>): Sous-direction chargée des Conditions de Travail, composante de la Direction des Relations du Travail au sein du Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.
- European foundation for the improvement of living and working conditions (Eurofound), études comparatives européennes sur les réponses aux demandes sociales, voir notamment:
 - Employment in social care in Europe, 2006, <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>(résumé :<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef05125.htm>)
 - Employment development for childcare services, 2006:<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/32/en/1/ef0632en.pdf>
 - Out-of-school care services for children living in disadvantaged areas, 2007: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/520/en/1/ef07520en.pdf>
- Institut national de veille sanitaire <http://apheis.net/publications/>
- Projet Samotrace (en cours) : <http://apheis.net/publications/2007/samotrace/index.html>
- Revue Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité, revue de l'Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion devenu Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité – ONSMP) : <http://www.orspere.fr/-Rhizome->
 - Mesurer les effets de l'évaluation, mars 2009 http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome_34.pdf
 - Prendre soin de la professionnalité, décembre 2008 <http://www.orspere.fr/IMG/pdf/rhizome33.pdf>
 - Réinventer l'institution, décembre 2006 <http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome25.pdf>
 - Rapport de recherche Usure et épreuve de la professionnalité http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rech_ONPES_usure_TS_Ravon_et_al_.pdf

ANNEXE

COMITE REGIONAL DU TRAVAIL SOCIAL

CRTS
DE BRETAGNE

PROPOSITIONS POUR UN CAHIER DES CHARGES

**Vers des formations croisées (management et salariés)
pour prévenir les risques psycho-sociaux**

Document de travail remis aux membres du CRTS de Bretagne le 2 décembre 2009

PROPOSITIONS POUR UN CAHIER DES CHARGES

**vers des formations croisées (management et salaires)
pour prévenir les risques psycho-sociaux**

2 décembre 2009

OBJET

La loi fait obligation à l'employeur d'évaluer et de prévenir les risques (y compris psycho-sociaux) pour préserver la santé physique mais aussi mentale des salariés (article L. 230-2 du Code du travail).³² La loi précise aussi que les actions de prévention collective doivent être privilégiées sur les actions de prévention individuelle. La définition de la charge mentale et des actions de prévention envisagées doit figurer dans le document unique. Le Comité régional du travail social (CRTS) de Bretagne observe un manque d'appropriation des méthodes permettant la mise en conformité avec ces évolutions réglementaires. Une proposition de formation permettra d'accompagner encadrement et professionnels vers la mise en place de stratégies de prévention des risques psycho-sociaux.

CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Le CRTS de Bretagne est un espace régional de coopération et de concertation installé le 15 octobre 2008. Il réunit des représentants bretons des pouvoirs publics, des employeurs et salariés publics et privés, des Organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA), des organismes dispensant des formations en travail social, des universités, des organismes fédératifs. Le CRTS de Bretagne a pour objectifs de formuler des analyses territoriales partagées sur les problématiques dont il se saisit, de les diffuser sous forme d'avis diagnostiques et prospectifs à des fins de mobilisation. Le CRTS bénéficie pour ce faire d'un financement conjoint de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et de la Région Bretagne.

Le CRTS de Bretagne s'est ainsi saisi, le 15 octobre 2008, de la question de l'usure professionnelle des travailleurs sociaux. Un groupe de travail a répondu à la question « Comment prévenir l'usure professionnelle grâce du partenariat entre représentants des salariés et des employeurs, pouvoirs publics et centres de formation? » dans un avis consolidé avec le concours de l'ensemble des membres du CRTS de Bretagne lors de la séance plénière du 2 décembre 2009.

Cet avis a pris appui sur un rapport croisant : les outils disponibles et ressources spécialisées, les expertises du groupe de travail du CRTS, celles de spécialistes de l'accompagnement des organisations pour la prévention des risques psycho-sociaux. L'avis et le rapport du CRTS seront diffusés et mis en ligne en 2010.

RAPPEL DU CONTEXTE LEGISLATIF

L'obligation d'évaluer les risques professionnels relève de la responsabilité des chefs d'entreprise. Elle résulte de la loi du 31 décembre 1991, qui transcrit la directive-cadre européenne du 12 juin 1989 (directive-cadre 89/391/CEE) et transforme l'obligation de moyens en obligation de résultats. Cette obligation a été rappelée dans le décret du 5 novembre 2001 qui a instauré le document unique, créant l'obligation pour les employeurs de formaliser les résultats de l'évaluation des risques dans un document unique comportant un plan d'actions et de moyens.

Pour l'évaluation des risques psycho-sociaux, un arrêté du ministère du Travail du 23 avril 2009 rend obligatoires pour tous les employeurs et tous les salariés les dispositions de l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008. Cet accord a pour objet de transposer l'accord entre partenaires sociaux européens sur le stress au travail (8 octobre 2004, article 138 du Traité CE).

³² Voir l'article L230-2 du Code du Travail, site Légifrance (surlignage par l'auteur du présent document) : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006647503&dateTexte=20091016>

Reconnaissant que le harcèlement et la violence au travail sont des facteurs de stress, les partenaires sociaux décident d'engager, suite à l'accord de 2008, une négociation spécifique sur ces questions dans le cadre de la transposition de l'accord européen sur le harcèlement et la violence au travail du 26 avril 2007³³.

Ces évolutions réglementaires sont complétées par le décret n°2008-1347 du 17 décembre 2008 relatif à la responsabilité de l'employeur de garantir l'information et la formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité.

CONSTATS ET ENJEUX

L'usure professionnelle des travailleurs sociaux est une problématique multifactorielle exigeant une prévention primaire systémique et continue. Elle interroge donc l'ensemble des acteurs d'un établissement ou service sur l'organisation du travail. L'ensemble des parties prenantes doit être formé pour :

- prévenir ce phénomène dans l'organisation du travail (prévention primaire, avant l'apparition de symptômes)
- en identifier les symptômes lorsqu'ils sont présents et être en capacité d'y réagir.

La prise en compte des risques psycho-sociaux est une obligation légale qui nécessite, pour être appropriée et permettre l'amélioration effective des conditions de travail, d'être accompagnée par des actions de formation-action outillant et sécurisant les différents niveaux d'encadrement. La souffrance au travail, ses indices (par exemple : les arrêts de travail), les acteurs et outils pour la prévenir sont souvent méconnus. On observe aussi que certains publics ne sont jamais rejoints par la formation continue : des propositions devraient être faites afin qu'une formation à la prévention des risques psycho-sociaux touche aussi ces publics.

Le niveau de qualification requis pour exercer les fonctions de direction d'établissement ont augmenté au cours des dernières années³⁴. Les besoins sont considérables en matière de formation. Ils risquent de croître encore avec les nouvelles cohortes de départs en retraite. De nombreux professionnels de niveau III exercent ainsi des responsabilités auxquelles ils n'ont pas été adéquatement formés. Ce phénomène fait courir un risque accru de souffrance au travail pour l'ensemble des professionnels. Les cadres intermédiaires peuvent vivre un sentiment d'incompétence lorsqu'ils doivent rapporter des risques psycho-sociaux renvoyant a priori à des difficultés d'encadrement.

L'élaboration d'une stratégie de prévention à la source nécessite l'implication de l'ensemble des professionnels de l'organisation. La formation doit donc également outiller l'ensemble des salariés à identifier ces risques psycho-sociaux. Il s'agit de permettre aux salariés de les identifier et de contribuer à la mise en œuvre du plan d'action dérivé du document unique. Une formation croisant les regards de tous les niveaux hiérarchiques permettrait d'aborder la « charge mentale » liée au travail dans une perspective systémique. Elle visera ainsi à éviter que l'évaluation de ces risques ne se traduise par des clivages entre professionnels et entre professionnels et direction.

Compte-tenu de la spécificité de leurs activités, les établissements et services sociaux et médico-sociaux devraient appuyer leurs stratégies préventives sur des modes de management articulant les équipes grâce à des mécanismes d'échange horizontaux et verticaux et entre usagers et professionnels. Les rencontres de

³³ Sources :

- INRS, Rappel des textes parus du 1^{er} mai au 30 juin 2009, [http://en.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/11A3E0964DA20E8AC125764700494976/\\$File/dmt119juridique.pdf](http://en.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/11A3E0964DA20E8AC125764700494976/$File/dmt119juridique.pdf)
- INRS, Rappel des textes parus du 1^{er} novembre 2008 au 31 janvier 2009 : [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Pdf%20dmt117juridique/\\$File/dmt117juridique.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Pdf%20dmt117juridique/$File/dmt117juridique.pdf)
- ANACT, document de travail en ligne : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/968345.PDF>

³⁴ Voir «Le directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale : en savoir plus. Textes officiels, référentiel métier, bibliographie, sites internet », site de l'IRTS de Bretagne :

http://www.irts-bretagne.fr/jsp/fiche_pagelibre.jsp?STNAV=&RUBNAV=&CODE=62427798&LANGUE=0&RH=RM2SR12

supervision doivent inspirer les évolutions des méthodes de management en les acheminant vers une utilisation accrue des espaces d'échange (entre pairs, entre pairs et niveaux d'encadrement, avec les usagers...) afin de permettre que les difficultés du travail alimentent en continu les évolutions de l'organisation du travail.

La mobilité ascendante mais aussi horizontale, entre organisations, est une forme de prévention de l'usure des professionnels qui pourra être mieux perçue par les professionnels grâce à une formation interbranches et intersecteurs croisant les niveaux hiérarchiques et les sites.

Ces quelques enjeux peuvent être approfondis par la lecture du rapport produit par le CRTS de Bretagne sur l'usure professionnelle des travailleurs sociaux (février 2010).

ATTENTES DE LA FORMATION

OBJECTIFS VISES

Permettre l'acquisition d'une méthodologie afin d'évaluer et prévenir les risques psycho-sociaux.

Permettre de s'inscrire dans une méthode de management s'appuyant sur l'analyse des pratiques et l'instauration de mécanismes d'échange complémentaires entre professionnels (différents métiers et niveaux hiérarchiques).

Rapprocher les équipes autour de cet enjeu pour la qualité et la bientraitance.

PUBLICS CONCERNES

Les différents niveaux d'encadrement et les salariés.

Il serait souhaitable de prévoir des temps de formation spécifiques pour le management et pour les salariés et des temps permettant de croiser les regards de ces différents niveaux hiérarchiques.

La formation devrait être expérimentée dans plusieurs établissements ou services pour mettre en situation l'encadrement d'un organisme et les salariés d'un autre.

La formation destinée spécifiquement à l'encadrement devrait inclure les ressources humaines, afin de mieux conjuguer *logique institutionnelle* et *gestion humaine*. La place des RH est essentielle : ces services constituent un lieu de parole pour les salariés et un lieu d'alerte pour la direction.

COMPETENCES ATTENDUES

La formation destinée au management devra permettre de :

- ▶ Mettre en place une démarche de prévention
 - identifier les ressources pour l'évaluation des risques psycho-sociaux (outils, organismes, acteurs-clés –ex : CHSCT, CE, Médecine du travail...) et savoir associer l'ensemble des parties prenantes
 - savoir identifier les indices d'usure et les utiliser
 - communiquer sur la notion de « charge mentale » et sur la méthodologie permettant de l'évaluer
 - communiquer sur les risques psycho-sociaux (des risques systémiques)

- désamorcer les risques de clivages au sein du personnel pendant le processus d'évaluation de la « charge mentale ».
- mettre en place le document unique
- assurer le suivi du plan d'action
- accompagner les changements prévus par le plan d'action, en faire des priorités, se doter de mécanismes de suivi et d'évaluation
- s'appuyer pour cela sur des sous-systèmes, fonction des niveaux de hiérarchies existants
- identifier les indices personnels d'usure

► **Adapter le management aux exigences de la prévention**

- saisir les rencontres de supervision comme des opportunités pour la prévention (analyse de pratiques)
- bâtir une méthode de management appuyée sur différents espaces d'échange (entre pairs et entre niveaux hiérarchiques et équipes pluridisciplinaires), identifier les temps d'échanges propices à une prévention en continu
- prendre en compte la prévention dans l'ensemble de ses actions (rencontres de service, GRH etc.)
- connaître les conditions de succès de la GPEC et les expériences de mutualisation des outils de GPEC et GRH
- Définir des fiches de postes, diffuser de l'information sur les différences entre fiches de postes
- Assurer la participation des travailleurs aux décisions
- Octroyer des responsabilités élargies aux salariés
- Mettre en place des temps d'échange de pratiques
- Mettre en place des mécanismes de prise en compte des éléments clés issus de l'échange de pratiques pour adapter en continu la charge de travail et l'organisation du travail
- Veiller à l'existence d'espaces de débat et d'une communication à la fois horizontaux, ascendants et descendants
- Accroître l'information lors des changements
- Faciliter le développement du soutien de la part des collègues plus expérimentés
- Réduire les freins à la mobilité interne
- Préciser les objectifs du travail, les attributions, les responsabilités et droits des différentes catégories de professionnels, clarifier les objectifs, en vérifier l'atteinte.

La formation destinée à l'ensemble des salariés devra permettre de :

- comprendre la nature systémique de l'usure professionnelle afin de l'intégrer à l'ensemble des activités
- identifier les indices d'usure professionnelle
- connaître les ressources (internes et externes) pour dépasser collectivement des souffrances individuelles
- comprendre les objectifs et mécanismes d'un management bâti sur des temps d'échange
- contribuer à la réflexion collective sur la définition de la « charge mentale » et la mise en œuvre des préconisations du plan d'action
- comprendre et s'approprier les rencontres de supervision, les opportunités de circulation accrue de l'information, les temps d'échange horizontaux et verticaux pour y être force de proposition
- former à l'empathie (notamment pour les publics en grandes difficultés), replacer la personne aidée au centre de l'intervention, donner du sens à son travail
- développer des aptitudes accrues à : la communication non violente, la résolution de conflits, au travail en équipe.

MODALITES PEDAGOGIQUES

Une formation-action :

- Utiliser des exemples repérés par les stagiaires sur leurs terrains professionnels
- Prévoir l'observation de situations et l'expérimentation d'outils

- Prévoir des travaux d'intersession par retour sur le terrain entre deux séquences de formation : repérage de situation, gestion d'une réunion d'équipe, etc.
- Construire un outil adapté et concret de prévention et de traitement de l'usure professionnelle.

PRINCIPAUX AXES DU DISPOSITIF ENVISAGE

La formation-action proposera des séquences espacées (une année par exemple) : elle ne prendra pas la forme d'un stage ponctuel.

Elle pourra se composer par exemple de quatre séquences : 2 jours, 1 jour, 1 jour puis 2 jours.

Elle se déroulera simultanément dans plusieurs sites de manière à favoriser les regards croisés entre professionnels de différents établissements et de différents niveaux.

MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION

Les modalités d'évaluation seront précisées au vu des objectifs explicités dans le présent document.

Un comité de pilotage sera constitué :

- Il précisera les critères d'évaluation.
- Il proposera d'éventuels ajustements au fil de l'expérimentation.
- Il communiquera au CRTS de Bretagne les éléments clés retenus de cette expérimentation (a posteriori).
- Il contribuera à la rédaction d'un article qui sera soumis aux Cahiers d'UNIFAF en vue d'une publication éventuelle.

CONDITIONS DE REALISATION

A l'échelle de la région, 8 groupes: 4 groupes composés de 12 à 15 salariés et 4 groupes composés de différents niveaux d'encadrement.

Le choix des établissements ou services permettra une répartition équilibrée dans les quatre départements bretons. Le pays Centre-Ouest-Bretagne devra être ciblé.

Il est proposé que les formations se tiennent notamment : à Châteaulin (entre Quimper et Brest) et à Rennes.

Un soutien financier complémentaire à celui des OPCA pourra être sollicité auprès de la CRAM et des Conseils Généraux.

La formation sera interbranches et intersecteurs. Cette action expérimentale sera soutenue par UNIFAF et UNIFORMATION dans un premier temps. Il serait intéressant que l'ANFH se joigne à la démarche.