

Service social et service de santé en milieu de travail : quelle coopération ?

57^e Journées d'études du travail
organisées par l'ANAS

N° 244
La Revue Française de Service Social

INDEX THÉMATIQUE | MAGAZINE | FORUMS | INFOS | CONTACTS

OASIS

<http://www.travail-social.com>

Le Portail du Travail social

OASIS - Organisation d'Acteurs Sociaux Indépendants et Solidaires - Association loi 1901

**Vous pouvez retrouver certains articles de la revue dans OASIS,
le portail internet du travail social**

Sommaire

I. 57^e Journée d'études du travail

Discours d'ouverture6	Françoise LÉGLISE, présidente de l'ANAS
Présentation de la réforme des services de santé au travail8	Jean-Denis COMBEXELLE, directeur général du travail
L'approche psychosociologique des questions de santé au travail 10	Luce JANIN-DEVILLARS, psychosociologue
La santé : entre avoir et être12	Sylvie QUEVAL, philosophe <i>Questions de la salle</i>
La coopération entre infirmière en santé au travail et médecin du travail : récit d'une expérience à deux voix24	Véronique BACLE, infirmière en santé au travail, Service social du travail social Nord de France (SSTRN), Lille Claude BUISSET, médecin du travail, Pôle santé travail Métropole Nord, Lille <i>Questions de la salle</i>28
Approche ergonomique des activités coopératives32	Flore BARCELLINI, ergonomiste
Comment les différents acteurs de la santé au travail envisagent-ils la coopération ?36	Témoignages et expériences. Table ronde Assistants de service social, infirmière en santé au travail, médecin du travail, ergonomiste <i>Questions de la salle</i>47
Retour sur les décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail50	Annie HO DINH-VRIGNAUD, chargée de mission à la Direction générale du travail
Synthèse de la journée52	Jacques TRÉMINTIN, travailleur social dans la protection de l'enfance, journaliste, formateur et intervenant
Conclusion55	Françoise LÉGLISE

II. Communications

Hommage à Mary Richmond à 150 ans de sa naissance Mary E. Richmond : portrait d'une pionnière (1861-1928)58	Brigitte BOUQUET, professeur émérite, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), Paris
Mary E. Richmond : une figure oubliée ?70	Compte rendu de l'ouvrage d'Elizabeth N. Agnew, <i>From Charity to social work. Mary E. Richmond and the Creation of an American Profession, Champaign (IL), University of Illinois Press, 2004</i> Lilian GRAVIÈRE, doctorant en philosophie, formateur à l'institut de travail social de la région Auvergne (ITSRA 63)

III. Vie de l'ANAS

Les présidentes (et présidents) de l'ANAS74	Henri PASCAL, 12 septembre 2011
Avis technique : Préconisations pour les professionnels soumis au secret et confrontés à des révélations ou constats d'infractions. Fondements légaux et déontologiques pour maintenir des pratiques efficaces de travail social77	Laurent PUECH, septembre 2011
Le devenir de la formation des assistants de service social : quels changements en cours ? quelle position de l'ANAS ?102	Marcelle ORSONI, avril 2011
Les freins et les leviers de l'accueil de stagiaires vus par les professionnels ASS : analyse de l'enquête réalisée par la commission « Formation » de l'ANAS en mai et juin 2011118	
Les freins et les leviers de l'accueil de stagiaires vus par les professionnels ASS : communiqué de l'ANAS123	
Synthèse de l'enquête réalisée par la commission « Formation » de l'ANAS en mai et juin 2011130	
Rencontre avec le syndicat des professionnels diplômés en travail social (SPDTS) malgache133	Marcelle ORSONI, octobre 2011
L'aventure des JET 11138	Brigitte RIZZO
Nous avons reçu139	
Nous avons lu140	
À vos agendas !141	
Les numéros de RFSS143	
Bulletin d'abonnement144	

Numérisation de la Rfss

La Bibliothèque nationale de France, en partenariat avec le CEDIAS-Musée social et l'ANAS, souhaite procéder à la numérisation de la collection des Feuillettes de l'ANAS et de la Revue française de service social, de l'année 1959 à l'année 2005.

Les fascicules numérisés en mode image et en mode texte par la BnF seront rendus accessibles sur Internet, de façon libre et gratuite, par le biais du site dont la BnF assure la responsabilité — Gallica —, ainsi que dans le catalogue en ligne de la bibliothèque du CEDIAS-Musée social.

Il est en conséquence demandé aux auteurs ayant collaboré à ces titres, ou à leurs ayants droit, de bien vouloir remplir le formulaire d'autorisation ci-joint et le retourner à l'adresse suivante :

Association nationale des assistants de service social
ANAS
15 Rue Bruxelles
75009 Paris

À l'issue d'un délai de six mois, prenant effet à compter de la date de publication du présent encart dans la Revue française de service social, et sauf avis contraire des auteurs ou de leurs ayants-droit, la BnF procédera à la mise en ligne des volumes numérisés.

Il est cependant précisé qu'après cette mise en ligne, la BnF et le CEDIAS s'engagent à retirer tout article ou illustration en cas de réclamation de son auteur ou de ses ayants-droit.

Je, soussigné....., auteur ou ayant droit de....., autorise gracieusement et à titre non exclusif la BnF à procéder à la numérisation en mode image et en mode texte et à diffuser à titre gratuit sur Gallica et le catalogue de la bibliothèque du CEDIAS-Musée social :

- L'ensemble de mes contributions aux Feuillettes de l'ANAS et à la Revue française de service social ;
- L'ensemble de mes contributions aux Feuillettes de l'ANAS et à la Revue française de service social, à l'exception de celles mentionnées dans la liste jointe.

Cette autorisation est valable pour toute la durée de la propriété intellectuelle et est limitée strictement aux usages définis ci-dessus.

Fait à _____, le _____

Signature

57^e Journée d'études du travail

Discours d'ouverture p6
Françoise LÉGLISE

Présentation de la réforme
des services de santé au travail p8
Jean-Denis COMBEXELLE

L'approche psychosociologique
des questions de santé au travail p10
LUCIE JANIN-DEVILLARS

La santé : entre avoir et être p12
Sylvie QUEVAL
Questions de la salle

La coopération entre infirmière en santé
au travail et médecin du travail :
récit d'une expérience à deux voix p24
Véronique BACLE, Claude BUISSET
Questions de la salle p28

Approche ergonomique des activités coopératives p32
Flore BARCELLINI

Comment les différents acteurs de la santé
au travail envisagent-ils la coopération ? p36
Témoignages et expériences. Table ronde
Assistants de service social,
infirmière en santé au travail
Questions de la salle p47

Retour sur les décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011
relative à l'organisation de la médecine du travail p50
Annie Ho DINH-VRIGNAUD

Synthèse de la journée p52
Jacques TRÉMINTIN

Conclusion p55
Françoise LÉGLISE

Service social et service de santé en milieu de travail : quelle coopération ?

Jean-Louis LE CORVOISIER, journaliste

Bonjour à tous, participants de cette 57^e journée d'études du travail de l'ANAS tout au long de laquelle j'aurai le plaisir de vous accompagner. et pour l'ouverture de laquelle j'invite Françoise Léglise, présidente de l'ANAS, à prendre la parole.

Discours d'ouverture

Françoise LÉGLISE, présidente de l'ANAS

Bonjour à tous. Bienvenue à cette 57^e journée d'études du travail organisée par l'ANAS, journée que j'ai la joie de présider. Nous sommes réunis autour de la question suivante : « Service social et service de santé en milieu de travail : quelle coopération ? »

Ce thème est issu des évaluations des précédentes journées d'études du travail. Il a donc été choisi par les professionnels que vous êtes. Il s'agit par ailleurs d'un sujet d'actualité, qui agite depuis trois ans les milieux professionnels du travail et de la santé, sur fond de réforme de la santé au travail. Les enjeux sont de taille : de nouveaux risques psychosociaux apparaissent, la population des salariés est vieillissante, les entreprises et les modes de production évoluent rapidement.

Le travail, qui constitue dans notre société la valeur première de l'intégration, de l'insertion et donc de l'épanouissement, peut devenir une source de grande souffrance lorsque la rationalisation et le rendement priment sur l'être humain. Le salarié devient alors la variable d'ajustement du chiffre d'affaires et de la rentabilité. Les professionnels que vous êtes sont conscients de cette situation. Vous recevez en effet chaque jour des travailleurs en souffrance, déstabilisés par les évolutions de leur entreprise, pressurisés par une charge de travail importante ou occupant des postes inadaptés.

Les assistantes sociales constituent l'un des premiers acteurs de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Elles peuvent, à travers l'écoute, détecter la souffrance individuelle, accueillir et accompagner au mieux les personnes dans leur souhait de mieux-être, un mieux-être qui bénéficie tant à la personne concernée qu'à son entreprise. Les assistantes sociales du travail peuvent également intervenir auprès de groupes pour apporter une analyse globale des fonctionnements et des organisations à tous les acteurs concernés.

Le service social du travail a une place dans ce contexte. Il est introduit par la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, relative à l'organisation de la médecine du

travail, qui le désigne comme un acteur de la santé au travail. L'article D.4632-9 du code du travail prévoit en effet que le service social et le service de santé au travail coopèrent. Comment coopèrent-ils ? Quand ? Pour qui ? Nous répondrons à ces questions tout au long de la journée, qui a été préparée par le nouveau groupe de travail de l'ANAS. Je remercie ce groupe qui est constitué de bénévoles et qui a réussi à organiser cette rencontre en peu de temps. Le présent événement montre, une fois de plus, la force de l'engagement des assistantes sociales du travail, un engagement que nous développons au quotidien dans l'exercice de nos fonctions.

Merci à vous tous et bonne journée.

Présentation de la réforme des services de santé au travail

Jean-Denis COMBEXELLE, directeur général du travail

Jean-Louis LE CORVOISIER

Jean-Denis Combrexelle, quel est l'impact de la réforme sur le service social au travail ? Je rappelle que vous représentez le ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

Jean-Denis Combrexelle

Bonjour à tous. Je suis chargé de l'élaboration et de la mise en place de la réforme de la santé au travail. La santé au travail constitue un enjeu social évident, mais également un enjeu économique important pour les entreprises. C'est ainsi un sujet qui lie étroitement des questions économiques et sociales. Je vous remercie de votre invitation. Il me paraît important de favoriser les échanges entre la Direction générale du travail et l'ANAS pendant la période d'élaboration des textes d'application de la loi de juillet 2011¹. Vous constituez en effet l'un des éléments essentiels de cette réforme.

Le contexte de la réforme est caractérisé par différents éléments. Les questions de santé au travail deviennent de plus en plus importantes, sachant que celles-ci ne se limitent pas aux questions de stress et aux risques psychosociaux. La santé au travail concernant aussi les troubles musculo-squelettiques ou encore les maladies professionnelles, il me paraît nécessaire d'adopter une vision large et complète. Face à une population professionnelle vieillissante, les questions de conditions de travail et de pénibilité prennent également une importance particulière dans les réflexions. Le contexte est en outre marqué par l'exclusion du système de santé au travail de toute une catégorie de salariés, notamment les employés de maison et les salariés précaires. L'enjeu de la réforme est aussi de les inclure dans ce système. La désinsertion professionnelle, notamment des salariés déclarés inaptes, constitue un autre élément de contexte. Ainsi, la santé au travail représente l'une des priorités du gouvernement et du ministre de la santé.

La loi de réforme de la santé au travail a été votée en 2011. Si son objet est de renforcer le rôle du médecin du travail, d'autres acteurs, au premier rang desquels figurent les chefs d'entreprise, assurent une fonction essentielle dans le cadre de la santé au travail. Les infirmières et les assistantes sociales du travail font également partie de ces acteurs.

La réforme repose sur les quatre grandes lignes suivantes :

- la définition du rôle des services de santé au travail, avec une mise en exergue de la question de la prévention ;

- la nécessité d'une approche pragmatique de l'amélioration de la santé au travail, les services de santé au travail devant améliorer effectivement la santé des travailleurs, approche qui implique d'avoir une vision claire des priorités à l'échelle de l'État, des régions et des services ;
- l'affirmation que les services de santé au travail doivent avoir une approche complète des situations professionnelles et englober tous les salariés (intérimaires, intermittents du spectacle, etc.) ;
- l'affirmation de la place centrale du médecin du travail et du rôle essentiel des autres acteurs de santé au travail.

La loi comporte un article qui concerne directement les assistantes sociales du travail. Elle indique en effet que les services de santé au travail peuvent comprendre un service social du travail. Il est précisé, en outre, que les services de santé au travail coopèrent avec les services sociaux autonomes ou internes au monde du travail. Cette coopération fera l'objet de notre réflexion aujourd'hui, sachant qu'elle vise à améliorer l'efficacité des actions de maintien dans l'emploi des salariés qui présentent des difficultés, ainsi que leur prise en charge.

Le législateur n'a pas souhaité vous inclure directement parmi les acteurs de la pluridisciplinarité, non pas afin de vous exclure, mais parce qu'il estime que vous devez jouer un rôle tout à fait particulier. L'idée de la loi est d'associer les assistantes sociales au service de santé au travail et de reconnaître en même temps la spécificité de leur rôle. Les assistantes sociales du travail portent un regard différent sur les situations. Je vous livrerai un exemple concret pour illustrer mon propos : dans le cas des troubles musculo-squelettiques, le chef d'entreprise doit réfléchir au poste de travail, le médecin du travail doit conseiller le chef d'entreprise et l'ergonome doit proposer des solutions. Le rôle de ces professionnels est donc différent de celui de l'assistante sociale du travail. Les postures des uns et des autres doivent être identifiables pour les personnes extérieures. Le rôle de l'assistance sociale ne doit pas être confondu avec celui de l'ergonome.

Les grands enjeux de la réforme seront traités dans le cadre des décrets d'application. Des consultations seront organisées autour du ministère et avec les partenaires sociaux. Les organisations syndicales et professionnelles seront entendues. L'idée est que nous puissions nous mettre d'accord sur un certain nombre de sujets. En plus des consultations officielles, des contacts seront établis avec des représentants de votre profession, de même qu'avec des représentants des professionnels infirmiers. Les textes réglementaires d'application doivent aider à penser et conférer une place réelle et concrète aux différents acteurs afin que chacun puisse apporter sa propre plus-value.

Les assistantes sociales sont ainsi considérées par la loi comme des acteurs essentiels de la réforme de la santé au travail et des consultations officielles seront réalisées. Nous souhaitons vous associer directement à la rédaction des textes. Il est à noter, cependant, que nous nous trouvons dans une situation d'urgence. Les textes doivent être publiés à la fin de l'année ou au début de l'année prochaine.

¹ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, relative à l'organisation de la médecine du travail.

L'approche psychosociologique des questions de santé au travail

Luce JANIN-DEVILLARS, psychosociologue

Jean-Louis Le Corvoisier

Luce Janin-Devillars, vous êtes psychosociologue, travaillez dans le monde de l'entreprise et êtes coach individuel. Associée à de nombreuses campagnes de promotion de la santé, vous êtes l'auteur de plusieurs ouvrages, notamment *Être mieux au travail*² et avez collaboré à *Remettre le travail à sa juste place*³.

Luce Janin-Devillars

Bonjour à tous. Psychologue de formation, je suis devenue psychanalyste avant de m'intéresser très tôt à l'environnement, c'est-à-dire à l'intégration du sujet dans son histoire, dans sa famille et dans son entourage professionnel. Il n'est pas envisageable de travailler avec les personnes sans prendre en compte leur environnement.

L'émergence de la psychosociologie au travail n'est pas un phénomène récent. Dès 1900-1930, Taylor avait évoqué l'idée d'organisation sociale du travail. Il pensait que le travail des ouvriers pouvait être formaté d'avance et souhaitait épargner aux travailleurs des souffrances musculo-squelettiques. Les années 1930-1960 sont marquées par l'avènement de l'École des relations humaines. Les théoriciens commencent alors à penser au bien-être des personnes et à la nécessité de connaître leurs besoins. Ils notent déjà que les sources de satisfactions professionnelles ne sont pas seulement liées au poste, à la qualité du travail ou au salaire. Ils prennent la mesure de l'importance, pour le salarié, d'être reconnu dans son poste, dans son expertise. À ce titre, la pyramide de Maslow⁴ fait état de cinq types de besoins : les besoins physiologiques ; le besoin de sécurité ; le besoin d'appartenance à un groupe ; le besoin d'estime ; le besoin d'accomplissement. L'École de la contingence fait son apparition au cours des années 1960-1980. L'idée principale de ce courant est que l'organisation de l'entreprise dépend surtout de la situation économique, politique et sociale. À partir des années 1980 et jusqu'à aujourd'hui, l'École sociologique occupe le devant de la scène. Il s'agit ici de prendre principalement en compte les facteurs humains sans abandonner pour autant les aspects économiques du travail. Blake et Mouton⁵ construisent alors un modèle de réflexion du travail bidimensionnel, prenant en compte à la fois l'intérêt de la production et l'intérêt des personnes.

2 Paru chez Michel Lafon, 2011.

3 Catherine Viot, *Remettre le travail à sa juste place*, Hachette, 2009.

4 Abraham Maslow (1908-1970) psychologue américain connu pour ses théories sur la motivation.

5 Au début des années 1970, les Américains Robert R. Blake et Jane S. Mouton ont mis en place une grille d'analyse du comportement managérial des dirigeants en fonction de l'intérêt respectif qu'ils portaient aux hommes et à la production.

Ainsi, nous sommes les héritiers de plusieurs écoles de pensée qui font valoir tantôt l'aspect économique, tantôt l'aspect humain. Lorsque j'interviens dans des entreprises ou lorsque je reçois dans mon cabinet des personnes en souffrance, je m'aperçois souvent que ces dernières travaillent dans une entreprise, une association, une institution qui ont mis en place un plan de gestion des risques psychosociaux. J'ai constaté qu'un certain nombre d'organisations, pour répondre notamment au plan « Santé travail » (PST), avaient lancé des études très pointues sur les facteurs de stress au travail. Les salariés se voient par exemple soumis à un questionnaire, qui est analysé par des experts qui émettent par la suite des préconisations. Parmi ces préconisations, on trouve souvent des ateliers de gestion des risques psychosociaux qui s'étalent sur un ou deux jours. Je trouve personnellement cette approche limitée. En effet, elle laisse sur le bord de la route des personnes qui ont été victimes de maltraitance. La formation générique aux risques psychosociaux ne fonctionne pas auprès des personnalités difficiles. Elles ne fonctionnent pas non plus avec des personnes qui, sans pour autant constituer des personnalités difficiles, sont portées par les exigences du service et de l'organisation et qui ont une manière de manager tout à fait inacceptable. Je me suis donc peu à peu spécialisée dans la « bienveillance ».

Qu'est-ce que la « bienveillance » ? C'est dire « Bonjour » mais c'est aussi dire « Au revoir ». Quelle que soit notre humeur en arrivant le matin, nous ne devons pas « aboyer » sur les personnes qui nous entourent. Nous devons rester constants dans notre manière d'être vis-à-vis des autres. Il est important, pour un manager, de savoir écouter ses collègues, ses collaborateurs et se remettre en question. Nous avons tendance à penser que la souffrance au travail est d'origine exogène. Or il existe des facteurs endogènes de souffrance dans les services, notamment avec les personnalités difficiles comme les pervers narcissiques. Il s'agit de personnes à qui l'on ne peut pas confier d'équipe, chez qui le besoin de pouvoir est associé au besoin d'écraser l'autre par des propos dévalorisants. À côté de ces personnalités particulières, j'ai rencontré des chefs de service qui adressaient également des propos dévalorisants à leurs collaborateurs. Je me suis aperçue que ces salariés étaient prisonniers du management hiérarchique, des managers de proximité et du management intermédiaire. En effet, la plupart du temps, il est demandé aux managers d'écouter leurs équipes tout en maintenant la compétitivité du service. Or cette double injonction constitue pour le psychiatre britannique Ronald Laing⁶ la base de la psychose. Autrement dit, la double injonction rend fou et place les encadrants dans une posture de maltraitance.

Les enquêtes relatives aux facteurs de stress permettent sans doute de dessiner une cartographie générique de la souffrance au travail. Toutefois, je pense qu'il est aussi nécessaire d'intervenir au quotidien sur le terrain en se disant que l'enfer, ce n'est pas toujours les autres. Je vous remercie.

6 Ronald Laing (1927-1989), co-fondateur du mouvement anti-psychiatrique dans les années 1960.

La santé : entre avoir et être

Sylvie QUEVAL, philosophe

Jean-Louis Le Corvoisier

Sylvie Queval, vous êtes philosophe, agrégée de philosophie, maître de conférences en philosophie de l'éducation à l'université Lille 3. Vous évoquerez aujourd'hui la santé, entre avoir et être.

Sylvie Queval

Il m'a été demandé de réfléchir avec vous sur le concept de santé. Or, il me semble très instructif de partir de nos façons de parler les plus ordinaires car elles nous révèlent souvent le sens impensé que nous donnons à telle ou telle réalité ; réfléchir sur les mots nous aide à des prises de conscience sur la représentation que nous nous faisons des choses dont nous parlons.

À propos de la notion de santé, vous avez remarqué qu'il existe deux usages linguistiques aussi ordinaires l'un que l'autre : on dit de quelqu'un qu'il a ou *n'a pas* une bonne santé comme on dit aussi qu'il *est* ou *n'est pas* en bonne santé. Le titre de cette communication indique que j'aimerais explorer avec vous les contours de ces deux modes d'expression. Nous sentons confusément que ce n'est pas exactement la même chose d'avoir une bonne santé et d'être en bonne santé. Que dit-on de différent quand on conjugue la santé sous le régime de l'avoir ou sous celui de l'être ? Quelles représentations de la santé sont-elles véhiculées par ces tournures différentes ?

Ce parcours d'exploration nous conduira à une proposition de définition de la notion de santé et rencontrera la pensée — incontournable sur la question — de Georges Canguilhem sur laquelle je reviendrai :

« Je me porte bien lorsque je porte la responsabilité de mes actes, lorsque je peux porter des choses à l'existence, et lorsque je peux créer entre les choses des liens qui ne leur viendraient pas sans moi⁷. »

Enfin, je n'oublierai pas que c'est dans le cadre de la réforme des services de santé au travail que s'impose cette réflexion et nous verrons comment l'assistant de service social est concerné par elle.

Partons donc des faits de langue et écoutons ce que les mots nous apprennent. J'explorerai d'abord le versant « avoir ».

⁷ Cette définition était venue conclure une conférence donnée en 1988 à Strasbourg par l'auteur. On peut la retrouver dans le recueil de textes *Écrits sur la médecine*, Seuil, 2001, p. 68.

La santé comme capital à entretenir

Quelques expressions usuelles

Une représentation fréquente de la santé en fait un *bien*, non seulement au sens de quelque chose qui est bon et agréable, mais au sens patrimonial du mot, au sens où l'on dit de quelqu'un qu'il possède de grands biens. On dit d'ailleurs que la santé est un *capital* dont on dispose et qu'on peut *dilapider* ou au contraire faire *fructifier*. Je relève l'expression « *se ruiner la santé* » et il est significatif que ce verbe « *ruiner* » désigne d'abord une perte financière. C'est dans cette logique-là qu'on fait un « *bilan* » de santé pour établir ce qui fonctionne bien et ce qui fonctionne moins bien, voire mal. Ce vocabulaire comptable se retrouve encore quand on dit de quelqu'un qu'il a *perdu* la santé ou inversement qu'il l'a *retrouvée*.

Dans toutes ces expressions, on traite toujours la santé comme une chose quantifiable et c'est aussi ce qu'on fait quand on dit que Un tel a une « *petite santé* ».

Je relève un autre fait de langue : il en va des mots qui désignent les maladies comme du mot « santé » ; ils s'emploient tout autant avec l'auxiliaire « avoir » qu'avec l'auxiliaire « être ». Ainsi, il est notable qu'on peut aussi bien dire « j'ai la grippe » ou « j'ai un rhume » que « je suis grippée ou enrhumée ».

Restons sur le versant « avoir ». Quand la santé est un bien qu'on possède, on a ou on attrape des maladies qui viennent amputer notre capital mais qu'on peut combattre pour restaurer le bien initial. Ce n'est pas exactement la même chose de dire « avoir du diabète » ou « être diabétique », « avoir des migraines » ou « être migraineux »... Dans cette logique comptable où l'on parle de la santé comme d'un avoir, la maladie est pensée comme une diminution ou une perte de cet avoir : diabète ou migraines écornent votre capital santé.

Que nous révèlent ces façons de parler en termes quantitatifs de la santé et de la maladie ?

Sous les mots, des représentations

Dans ce cadre-là, santé et maladie forment un couple de contraires, la santé apparaît comme l'absence de maladie. C'est sans doute la notion la plus commune que nous en avons. Explorons plus avant les conséquences de cette représentation.

Quand le rapport du sujet à la santé ou à la maladie se dit sur le mode de l'avoir et de la perte, ce rapport est distant, c'est celui que nous entretenons avec les choses. On a, par exemple, une jolie maison ou une grande voiture ; on peut aussi traiter les humains sur le mode de l'avoir et dire « avoir une femme, ou un mari, et des enfants », cela indique un rapport de possession qu'on pourrait discuter. Ce qui importe ici c'est que cette santé-avoir s'entretient (bien ou mal) comme on entretient sa voiture. Le modèle médical révélé par cette façon de parler est un modèle mécaniste qui fait du médecin et des personnels de santé des sortes de garagistes, des techniciens compétents pour réparer ce qui ne va pas et prévenir d'éventuels incidents. Si ma santé est un

capital, la vaccination, qui vise à la protéger, est assez comparable au fait de mettre de l'antigel dans le réservoir de sa voiture avant l'hiver en sorte que le froid n'endommage pas le moteur.

Cette représentation de la santé a longtemps eu cours et nos habitudes de langage témoignent qu'elle n'a pas disparu. Le médecin dans ce contexte s'intéresse plus à la maladie qu'au malade puisque c'est la maladie qui peut faire perdre la santé. De ce point de vue, on voit bien que le travailleur social n'a rien à faire dans un service de santé ni aux côtés des personnels de santé. Si l'on s'en tenait à cette représentation, sa fonction serait ailleurs.

Or cette vision de la santé est récusée de façon récurrente dans tous les travaux sur la question depuis, une soixantaine d'années⁸. La santé ne peut se définir comme l'absence de maladie, nous allons le découvrir en examinant l'autre façon d'en parler, celle qui emploie l'auxiliaire « être ».

La santé comme tonalité de l'existence

Quand on dit « je suis » ou « je ne suis pas en bonne santé », on introduit non plus un rapport de possession entre le sujet et sa santé mais on fait de cette santé une composante de son être, une détermination qui définit une manière d'être. La santé n'est *plus une chose quantifiable, c'est une qualité* dont les variations caractérisent l'existence. Là encore nos façons de parler sont très significatives.

Quelques expressions usuelles

Quand on est en bonne santé, on dit qu'on va bien. Je souligne cette synonymie : *être* en bonne santé c'est *aller* bien. La santé est une *allure* de vie, elle est *allant* qui nous fait avancer dans la vie — et j'insiste sur le caractère dynamique de ces expressions. La bonne santé est la capacité d'avancer dans l'existence, de ne pas stationner sur place quand surgit un obstacle mais de le contourner ou surpasser. Elle est la capacité de s'adapter aux nouvelles données imposées par les aléas de la vie.

On dit aussi de quelqu'un en bonne santé qu'il *se porte bien*. Il vaut la peine de s'arrêter sur cette formule qui, si on y regarde, peut surprendre : comment se porter soi-même ? Comme le baron de Münchhausen qui s'était sorti d'un marais où il était tombé en s'attrapant lui-même par les cheveux ? C'est absurde ! Non il faut donner un sens imagé à l'expression et avancer que se porter bien, c'est se supporter soi-même, accepter son existence telle qu'elle est avec ses heurs et malheurs. Porter suppose l'idée d'un poids ; nous savons tous que l'existence peut être parfois pesante, nulle ne la traverse sans dommages. Être en bonne santé, c'est justement être apte à porter les poids en tous genres de l'existence, maladies bien sûr mais aussi chocs émotionnels de toutes sortes allant de la contrariété aux deuils les plus traumatisants.

⁸ Le préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946 qui définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, psychique et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » fait date en la matière. On peut aussi noter l'ouvrage de 1943 de Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (dernière éd. : PUF, « Quadrige », 2009).

On va évidemment d'autant mieux et on se porte d'autant mieux qu'aucune maladie ne perturbe notre existence, mais il faut noter deux faits :

– On peut aller mal en l'absence de toute maladie.

Certaines personnes vont mal alors même que la médecine ne détecte aucune maladie. Elles vont mal parce que les soucis et le stress attristent leur vie, parce qu'elles ne trouvent pas à s'épanouir dans leur métier ou dans leurs relations... Elles ne se sentent pas en bonne santé tout en n'ayant aucune maladie. *Elles n'ont pas mal, elles sont mal, elles vont mal ; elles se portent mal*. Certaines développeront même des troubles somatiques, symptômes de leur mal-être et non pas causes de celui-ci.

– Inversement, on peut aller bien y compris dans la maladie.

On peut, en effet, avoir telle ou telle maladie et pourtant se sentir bien. Certes la maladie ralentira peut-être l'allure de vie, elle empêchera certaines activités mais le moral restera bon. On aura même éventuellement mal sans pour autant être ébranlé dans son être. La bonne santé est précisément cet art de vivre qui s'accommode des maladies (ce qui ne veut pas dire qu'on ne les soigne pas bien évidemment). Toute la philosophie antique se définissait par son projet d'apprendre à vivre bien en dépit des aléas de l'existence, je dirais volontiers d'apprendre à souffrir, d'apprendre à *avoir mal sans être mal, à aller bien et se porter bien y compris quand la maladie est là*.

C'est dans ce contexte de réflexions que se comprend la définition de la santé de Georges Canguilhem que je mentionnais en commençant et sur laquelle nous nous arrêtons maintenant.

Une définition de la santé

Je reprends la définition en question :

« Je me porte bien lorsque je porte la responsabilité de mes actes, lorsque je peux porter des choses à l'existence, et lorsque je peux créer entre les choses des liens qui ne leur viendraient pas sans moi ».

Trois formulations de la bonne santé sont ici posées par les trois « lorsque » qui apportent, chacun, un regard complémentaire et convergent.

Se porter bien ou aller bien c'est d'abord « porter la responsabilité de ses actes ». Autrement dit c'est être sujet et auteur de sa vie de quelque type que soit cette vie. Et, pour reprendre les deux situations précédemment évoquées, il est clair qu'on peut ne présenter aucune pathologie mais être privé de responsabilité parce qu'on est soumis à la tutelle d'un tyran, d'un maître, d'un geôlier. L'aliénation, de quelque ordre qu'elle soit, entrave l'allure de la vie et — pour plagier la formule célèbre — nuit à la santé (ce qui est mauvais dans la cigarette, c'est la dépendance plus que le tabac). On peut, en revanche, assumer la responsabilité de ses actes du fond d'un lit d'hôpital. Celui qui peut encore dire « je veux » ou « j'ai voulu et j'assume », va bien, même dans la maladie.

Se porter bien, c'est ensuite « porter des choses à l'existence » ; c'est-à-dire être créateur ou producteur de « choses », comprenons aussi bien d'objets d'art ou d'artisanat que de produits culturels ou d'actions. C'est agir sur le monde, y laisser la marque de sa présence.

Ces deux premiers items sont inséparables : pour être responsable de ses actes, il faut qu'il y ait des actes. La maladie, sauf sans doute en phase terminale (et encore), n'exclut pas qu'on soit créatif dans un domaine ou un autre.

Pour préciser le sens qu'il donne à cette idée de production de choses, Canguilhem précise — et c'est le troisième moment — que ces « choses » peuvent être des « liens », le mot exact du texte est « rapports ». C'est une autre façon de dire que la santé passe par la capacité d'agir sur le monde, d'en infléchir le cours mais l'accent est ici mis sur l'activité de pensée et de connaissance. Ce qui met en rapport les choses, c'est la connaissance qui donne la compréhension des choses. Canguilhem développe ce point dans son texte en précisant que pour « changer les choses, il faut les connaître ».

Ailleurs, mais dans le même esprit, il dit que se porter bien, c'est instaurer ses propres normes de vie quand se présente une crise organique et il a cette formule parlante « la santé c'est le luxe de pouvoir tomber malade et de s'en relever⁹ ».

On est bien loin ici de la représentation de la santé évoquée d'abord et du modèle médical qui lui est corrélatif. On avait noté que le travailleur social serait étranger au domaine sanitaire si celui-ci concernait la maladie plus que le malade et si la santé ne consistait qu'à se garantir des maladies.

C'est une tout autre perspective qu'ouvre la définition de Canguilhem et où nous a conduit l'examen de la santé comme façon d'être, allure de l'existence, et finalement art de vivre. De ce point de vue, la santé n'est certainement pas le domaine réservé des personnels sanitaires. Ils conservent bien sûr tout leur rôle de prévention et réduction des maladies, rôle que nul ne leur conteste, mais ils n'en ont plus le monopole si la santé n'est pas seulement préservation de la maladie. Conjointement et de façon coopérative, il appartient aux travailleurs sociaux de prendre en charge les questions de santé. C'est ce point qu'il nous faut développer pour conclure.

La coopération du sanitaire et du social

Si la santé est l'aptitude d'un sujet à mener sa vie, dans tous les domaines, de façon autonome et responsable, il est clair que la bonne santé ne relève pas d'un seul champ professionnel mais, au contraire, mobilise tous ceux qui sont en mesure de protéger contre les agressions du milieu et de renforcer les défenses personnelles.

C'est parce que chaque être humain est multidimensionnel, que l'approche de sa santé doit être pluridisciplinaire.

Le sujet humain n'est en effet pas la simple addition de différentes strates, l'une biologique, une autre psychologique, une autre encore sociologique, une autre encore historique et ainsi de suite. On ne comprend rien à une personne si on s'en tient à des approches successives de ses caractères par les différentes sciences humaines. Chacun de nous intègre des caractères d'ordre à la fois biologique, psychologique, sociologique, etc. Aucune de ces disciplines ne rend compte, seule, de ce que nous sommes car nos traits psychologiques, par

⁹ *Le normal et le pathologique*, PUF, 1988, 2e éd., p. 167.

exemple, se sont forgés dans un milieu à la fois naturel et culturel, ils sont tout à la fois l'effet et la cause de nos caractères organiques qui les conditionnent tout en étant modifiés par eux. Parce qu'une personne humaine ne se débite pas en tronçons, sa santé ne saurait être le fait d'une action unidimensionnelle.

La question qui nous retient, est : « Comment préserver et, plus, contribuer à épanouir la santé au travail ? » Resserrer ainsi l'approche au monde du travail et à la vie professionnelle, c'est évidemment effectuer une abstraction car la vie professionnelle ne peut pas se désolidariser de la vie familiale, amoureuse, spirituelle... Toutes ces dimensions interagissent nécessairement comme interagissent les plans de l'existence (biologique, psychologique, sociologique...). L'être humain est tout entier engagé dans chacun des secteurs de son activité, nous endossons des personnages différents mais nous sommes la même personne. Ou, pour parler le langage du cinéma, si la caméra cadre sur la vie professionnelle, il ne faut pas oublier que « hors champ » continuent d'exister les autres dimensions de la vie. On est au travail en fonction de ce qu'on est hors travail. Et c'est bien pourquoi l'ASS a sa place dans un service de santé du travail.

Assurer la santé de la personne au travail, c'est bien sûr sécuriser le poste de travail, protéger des accidents inhérents à tel poste de travail, vérifier l'ajustement des exigences du poste et des compétences de la personne... Tout cela va de soi. C'est aussi faire régulièrement des dépistages et examens de contrôle. C'est tout aussi évident et tout aussi important. On limitera ainsi, autant qu'il est possible, les maladies et accidents.

Tout cela, et plus, pourra être fait sans que, pourtant, le bien être des personnes soit garanti. Tout peut être irréprochable en termes comptables, et pourtant totalement inhumain.

Je ne veux pas laisser entendre que la dimension humaniste au travail soit la seule tâche des ASS. Humaniser les conditions de travail doit aussi être le fait des personnels sanitaires. Mais il appartient certainement aux travailleurs sociaux de veiller au bien-être au travail, de veiller à ce que la personne soit en mesure de faire face aux charges qu'impose son poste de travail.

Questions de la salle

De la salle

Je suis médecin du travail dans le secteur du bâtiment et des travaux publics. Notre service comprend une assistante sociale, une psychologue du travail, un ergonome, une assistance en santé-travail. Chacun de ces professionnels est indispensable à l'équipe. Je tiens à préciser que la psychologue du travail n'exerce pas le même métier que l'assistante sociale. Celle-ci s'occupe à mon sens des risques sociaux tandis que la psychologue du travail s'occupe des risques psychosociaux. Les salariés du BTP qui ont une cinquantaine d'années sont aujourd'hui inquiets de leur devenir et des portes de sortie qui leur seront ouvertes. Les assistantes sociales nous seront d'une aide incroyable lorsque ces salariés âgés, mais jeunes, ne sauront comment envisager leur devenir. Je pense que plus que le maintien dans l'emploi, lutter contre la précarité constitue un objectif prioritaire.

De la salle

Bonjour, je suis assistant social du travail chez France Télécom Orange. Ma question s'adresse au directeur général du travail. Je m'intéresse depuis longtemps aux aspects juridiques du service social du travail. Si celui-ci existait dans le code du travail en 1942, cela n'est plus le cas aujourd'hui. Le service social est désormais inclus dans le service de santé au travail. Notre profession, que vous avez qualifiée de particulière, est tellement particulière qu'elle a disparu du code du travail ! Quand reviendra-t-elle dans les textes ?

Jean-Denis COMBEXELLE

Je n'ai jamais dit que vous constituiez une population particulière mais j'ai indiqué que vous jouiez un rôle particulier. Je pensais que l'un des objectifs de cette journée était de mieux définir votre rôle. Il existe une attente de plus en plus importante sur les questions de santé dans le monde du travail. Toutes les personnes compétentes doivent répondre à cette attente. La première personne responsable de la santé du salarié est le salarié lui-même. Intervient ensuite par ordre de responsabilité le manager, le médecin du travail et le technicien. Les assistantes sociales ont la particularité de travailler à la fois sur les questions de santé et sur les questions sociales. Il est nécessaire que l'ensemble des personnes que j'ai mentionnées travaillent dans le même sens. La loi de réforme sur la santé au travail reconnaît explicitement le rôle des assistantes sociales du travail. Ce rôle devra être précisé dans le cadre des décrets d'application. Vous aurez un rôle à jouer dans la rédaction des décrets. Vous avez dans l'entreprise et dans les services de santé au travail une expertise particulière et une proximité spécifique avec les chefs d'entreprise et les salariés. Nous devons reconnaître ce rôle dans les décrets d'application afin que vous puissiez être aussi « efficaces » que possible.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Pourquoi ce rôle n'est-il pas précisé dans la loi ?

Jean-Denis COMBEXELLE

Nous pensons, en France, que l'inscription d'un fait dans la loi sera suivie de grandes transformations immédiates. La loi ne peut pas être précise sur

tous les points. La précision interviendra dans le décret mais surtout dans les entreprises. La loi a reconnu le principe, le décret viendra préciser le rôle du service social du travail et chaque entreprise définira le rôle de ses services.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Vous comprenez qu'il existe une attente. Le texte est précis concernant la médecine du travail et les services de santé au travail.

Jean-Denis COMBEXELLE

Je pense que la question des réformes mériterait un colloque. Par ailleurs, je signale que la loi se borne à fixer des principes s'agissant des médecins du travail. Si j'étais devant les médecins du travail, je dirais que la loi a fixé les principes et qu'une grande partie de la réforme sera développée dans les décrets. Je dis aujourd'hui la même chose aux assistantes sociales du travail. Nous ne souhaitons pas rédiger des décrets qui concernent votre expertise dans le secret des bureaux du ministère du travail. Nous souhaitons au contraire travailler avec vous.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Quand vous évoquez la « place particulière » des assistants sociaux, signifiez-vous « place essentielle » ?

Jean-Denis COMBEXELLE

Le problème n'est pas de savoir quelle profession occupe la place la plus importante mais de savoir si les agents sont efficaces dans leur mission et s'ils parviennent à travailler ensemble. Le médecin du travail ne peut pas assumer tous les rôles.

Luce JANIN-DEVILLARS

Je souhaitais réagir aux propos du médecin du travail, qui disait que les assistants sociaux s'occupaient des risques sociaux et n'étaient pas des psychologues. Je ne partage pas tout à fait ce point de vue. Tout d'abord, toutes les entreprises n'emploient pas de psychologue. Par ailleurs, dans un contexte de crise et de précarité, les assistants sociaux accomplissent un travail d'écoute exceptionnel auquel ils ont été formés à la faculté ou dans le cadre de formations privées et peuvent se reconverter dans les métiers ayant trait à la psychologie. Enfin, je dirai que, si le titre de psychologue est protégé, la psychologie appartient à tout le monde.

De la salle

Je travaille dans un service de santé au travail important qui suit environ un million de salariés en Île-de-France. Toutes les entreprises qui adhèrent à notre association bénéficient du service social depuis sa création en 1945. Je précise également que 70 % de nos adhérents emploient moins de dix salariés. Nous nous félicitons que le service social soit inscrit dans la loi. L'absence de pluridisciplinarité ne constitue pas un manque, de notre point de vue. Nous manquons de médecins du travail : certains, dans notre association, suivent plus de 5 000 salariés par collectivité. La loi prévoit que le médecin animera l'équipe pluridisciplinaire. Notre indépendance au sein de l'association nous permet d'intervenir directement dans les petites entreprises et de prévenir la

précarité. L'autonomie est un élément important au sein de l'association, un élément dont nous nous félicitons.

De la salle

Bonjour, je suis assistante sociale dans une entreprise high-tech dont le siège social et l'usine sont localisés en France. Je regrette que les assistants sociaux ne soient pas directement associés au médecin du travail dans le texte de loi. Cette inscription aurait facilité nos rapports et le contact avec nos directions. Parfois, les médecins du travail n'acceptent pas de travailler avec les services sociaux. Que faire avec cette réforme qui peut nous exclure davantage ?

Jean-Denis COMBEXELLE

Les liens entre les personnes ne sont pas facilités par une loi ou un décret. Les textes visent à dessiner une organisation prenant en compte l'ensemble des acteurs. Les difficultés personnelles relèvent du fonctionnement du service. Tous les problèmes ne peuvent pas être résolus par des textes.

Jean-Louis LE CORVOISIER

La loi peut donner une impulsion...

Jean-Denis COMBEXELLE

Nous souhaitons justement rédiger les décrets avec vous afin qu'ils soient en adéquation avec la spécificité de votre rôle et vous permettent de travailler avec les autres acteurs.

De la salle

Je travaille depuis vingt-trois ans dans un service social de la presse quotidienne régionale en province, un service qui n'est pas obligatoire. J'ai pris acte de la spécificité du service social, par laquelle je suis convaincue. L'autonomie de l'assistante sociale justifie cette spécificité. En revanche, nous ne sommes pas forcément dépendants du médecin du travail. Pourquoi le décret ne pourrait-il pas rendre obligatoire le service social dans les entreprises ?

Laurence LEBOUVIER

Je crois qu'il est obligatoire depuis les modifications du code du travail. Le texte précise l'obligation du service social pour les entreprises de plus de 250 salariés. Je ne sais pas, toutefois, ce que stipuleront les décrets d'application à cet égard.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Des personnes dans la salle affirment que le service social est conseillé mais pas obligatoire.

Jean-Denis COMBEXELLE

Nous sommes en train de travailler sur les décrets d'application.

De la salle

L'organisme public où je travaille représente 15 000 salariés. Nous avons la chance d'être un service autonome — l'autonomie du service social me paraît essentielle. Il me semble que le fait que la loi ne reconnaisse qu'à minima

le rôle du service social dans les entreprises constitue un manque de reconnaissance. Le texte ne pousse pas les entreprises à nous offrir la place que nos fonctions exigent. Le fait que nous ne fassions pas partie des préventeurs légaux au sein des entreprises confirme mon interprétation. Un texte de loi établit le fonctionnement et le périmètre d'une fonction. Cette définition me paraît nécessaire. Enfin, j'aimerais connaître la position de l'ANAS sur ce point.

Jean-Denis COMBEXELLE

Je ne dis pas que la loi n'a aucune utilité. Votre rôle dans le cadre de la santé au travail est explicitement reconnu par le législateur. Vous serez associés à la rédaction des décrets d'obligation qui détailleront votre rôle. Enfin, la loi, les décrets et les circulaires d'application ne pourront pas régler les difficultés personnelles propres à certains services. Certaines questions devront être réglées au niveau de l'entreprise. Ne réduisons pas la question de la santé au travail à celle des risques psychosociaux.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Vous entendez bien la demande des assistants sociaux d'être associés à la prévention.

Jean-Denis COMBEXELLE

Pour les questions concrètes de reclassement des salariés ou d'inaptitudes, le rôle des assistants sociaux est évident.

Françoise LÉGLISE

Nous avons déjà rencontré Monsieur Combexelle en début d'année dernière concernant cette réforme. L'article que j'ai mentionné tout à l'heure ne cite que les conseillères du travail. Or nous sommes une association d'assistantes de service social du travail, avec une formation spécifique. Les assistantes sociales du travail ont en outre la particularité d'être soumises au secret professionnel. Nous avons rencontré Monsieur Combexelle pour lui demander l'introduction des assistantes sociales dans le code du travail, en vain. Les décrets d'application seront peut-être plus précis sur ce thème. J'entends bien, enfin, que nous serons consultées pour l'élaboration des décrets d'application.

Jean-Denis COMBEXELLE

Lorsque les projets de décrets seront prêts, les instances officielles seront consultées, de même que certaines professions.

De la salle

Je travaille au conseil général du Languedoc-Roussillon. La réforme s'appuie exclusivement sur le médecin du travail. Or je ne trouve plus ce partenaire sur le terrain, sachant que la réforme des retraites s'appuie également sur cette profession. Que ferons-nous lorsque nous n'aurons plus de médecins du travail ?

Jean-Denis COMBEXELLE

L'objectif de la réforme n'est pas de remettre en question la place de la médecine du travail. Il est plutôt de considérer que les médecins du travail constituent une ressource rare et importante. La réforme confère une place centrale

au médecin du travail, et prévoit qu'il travaille avec les autres professionnels. Il s'agit de déployer des moyens pour répondre à une attente de plus en plus forte en matière de santé au travail, et de placer les médecins, qui constituent une ressource rare, au centre du système.

De la salle

La pénurie de médecins du travail nous oblige à travailler avec des médecins libéraux qui n'ont ni la culture de la médecine du travail, ni l'habitude de la pluridisciplinarité. Dans dix ans, il n'y aura plus de médecins du travail.

Jean-Denis COMBEXELLE

Les pouvoirs publics ont une responsabilité que j'assume quant à ce déficit. Les médecins du travail portent également une responsabilité, celle de rendre la profession attractive. Il s'agit d'une profession magnifique qui joue un rôle de plus en plus important. Il convient de faire en sorte que ce métier difficile, mais passionnant, attire les étudiants en médecine.

De la salle

Nous suivons trois millions de salariés en Ile-de-France. Les services inter-entreprises d'Ile-de-France se réjouissent de la place qui est faite aux assistants du service social dans la loi du 20 juillet. Nous avons besoin de vous, notamment en matière de prévention de la désertion professionnelle. Nous mettons en place un groupe de réflexion qui sera composé de professionnels, de directeurs de service de santé au travail et d'autres acteurs. Grâce à cette loi, toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, pourront bénéficier de vos compétences. Je pense qu'il faut se réjouir des textes. L'essentiel est que nous parvenions à travailler ensemble. Les médecins du travail sont de plus en plus conscients de la nécessité de travailler en réseau avec d'autres compétences. Ensemble, nous parviendrons à faire progresser la prévention du risque professionnel.

De la salle

Je suis directeur d'un service de santé au travail à Paris et je représente la Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises (CGPME) dans les instances d'hygiène et de sécurité. Je suis venu ici pour apprendre à connaître ce milieu mal connu. Alors que, jusqu'en 1979, la réglementation relative à la médecine du travail obligeait les services à disposer d'un service social, la réforme votée la même année a obligé les services à se séparer de leur service social. Il me semble que l'essentiel, ici, n'est pas la collaboration entre les spécialistes, mais la potentialisation des compétences au service de l'entreprise et de ses acteurs.

Les petites entreprises ne peuvent pas s'offrir les services d'une assistante sociale. C'est la raison pour laquelle les partenaires sociaux ont souhaité introduire le service social. Le service social n'est ni particulier, ni spécifique, mais il est différent. Son approche est plus globale que l'approche sanitaire d'un médecin ou l'approche technique d'un ergonomiste. Il doit prendre en compte une dimension solidaire, citoyenne et sociale. Je m'apprête à créer un service pour la prévention de la désinsertion professionnelle. Votre rôle est de préserver les droits et les responsabilités des individus.

Toutefois, je me demande si j'obtiendrai aujourd'hui une réponse sur le maintien dans l'emploi et sur la désinsertion professionnelle. Enfin, je pense que la solution ne consiste pas à intégrer la pluridisciplinarité dans les services de santé. Je propose que le cœur de l'organisation du service de santé au travail soit le plan pluriannuel régional qui sera élaboré par la commission médico-technique. Nous devons exiger que des représentants du service social siègent dans cette commission.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Je remarque que deux mots ont été prononcés à de multiples reprises : reconnaissance et autonomie. Qu'est-ce que ces mots vous évoquent ?

Luce JANIN-DEVILLARS

La reconnaissance c'est aussi la possibilité d'être légitimé par ses pairs. Je crois que les assistants sociaux ont des compétences multiples. La demande d'autonomie passe, à mon avis, par une gestion hiérarchique des assistants sociaux par les assistants sociaux eux-mêmes. Je ne comprends pas la nécessité de placer un médecin du travail à la tête de l'organisation.

Sylvie QUEVAL

Je pense que nous subissons les conséquences de la tradition française du pouvoir médical. Je ne comprends pas, toutefois, la demande d'autonomie dès lors que la personne humaine n'est pas un empilement de strates. Je ne vois pas pourquoi les personnes qui travaillent pour le bien-être des salariés devraient travailler en strates, les uns à côté des autres. Il ne faut pas penser en termes de juxtaposition mais en termes de transversalité. La coopération suppose un regard transversal. Il faut trouver une façon de travailler dans la transversalité.

La coopération entre infirmière en santé au travail et médecin du travail, récit d'une expérience à deux voix

Véronique BACLE, infirmière en santé au travail, Service social du travail région Nord (SSTRN) Lille

Claude BUISSET, médecin du travail, Pôle santé travail métropole Nord Lille

Véronique BACLE

Je suis responsable du pôle infirmier du SSTRN de Lille. Celui-ci réunit trente-quatre infirmières et une cinquantaine d'assistantes sociales. La proximité des deux professions est une grande richesse. Travailler ensemble est un véritable plaisir.

Claude BUISSET

Je suis médecin du travail de terrain, à Pôle santé travail métropole Nord. La santé au travail connaît une grande mutation. La demande sociale est émergente. Il est vrai que le monde du travail change. Ce n'est pas le travail qui rend malade, cependant certaines contraintes dans lesquelles il est exercé peuvent être délétères. Celles-ci peuvent en effet avoir un impact sur la santé. On voit dans l'actualité poindre les notions de troubles musculo-squelettiques (TMS), de pénibilité, de vieillissement au travail, de suicide ou d'infarctus au travail.

Or nous savons que le travail est également un facteur d'épanouissement et de constitution d'identité personnelle. Il est écrit à l'article L.4622-9 de la loi de 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, immédiatement applicable, que « les services de santé au travail comprennent un service social de travail qui coordonne leurs fonctions avec celles des services sociaux du travail externe ». Il est vrai que la population des médecins du travail diminue, mais nous devons travailler ensemble, chacun ayant un rôle à jouer. Au lieu de nous « marcher sur les pieds », nous devons analyser quel terrain chacun peut couvrir selon ses compétences.

Qu'est-ce que la santé au travail ? Nous avons entendu parler de l'approche hygiéniste, qui implique les ergonomes, les épidémiologistes, les ingénieurs qualité, etc. J'adopte pour ma part une approche santé, parce que j'ai fait des études de médecine. En tant que médecin, je suis, d'une certaine manière, une technicienne des tuyaux. Toutefois, je regrette de ne pas avoir entendu parler de l'homme psychique pendant mes études car j'ai besoin d'appréhender tous les aspects des travailleurs qui sont des êtres à la fois physiologiques, psychiques et sociaux.

Véronique BACLE

L'approche de l'infirmière correspond à une vision globale de la personne. L'essence de notre métier porte sur l'aide à la réalisation des besoins, sur l'accompagnement. Dans le cadre de la santé au travail, notre rôle peut être

d'établir un diagnostic infirmier et de le transmettre au médecin, d'expliquer les risques, d'éduquer à la santé au travail.

Claude BUISSET

Les partenaires sociaux ont décidé de maintenir une approche médicale. Nous avons besoin d'une équipe médicale, dont les assistants sociaux ne soient pas très éloignés. L'équipe médicale peut parler des problèmes du corps au travail, dans un espace où la liberté d'expression permet de tout dire si l'on a confiance. La consultation est aussi un lieu d'expression de l'intime, du vécu, qui construit la santé de l'homme.

Cette approche médicale est réalisée à travers un recueil clinique effectué lors de l'entretien santé-travail. À cette occasion, l'infirmier et le médecin réalisent une synthèse individuelle de l'homme physique et de l'homme psychique, en termes de relation santé-travail. Dans un tiers des cas, un problème sera identifié lors de cet entretien. L'équipe médicale devra alors trouver des acteurs pour faire émerger publiquement les problèmes, éventuellement à l'aide d'indicateurs de santé au travail.

Véronique BACLE

Le médecin du travail a besoin de faire appel à d'autres compétences. De nouveaux métiers, tels que celui d'infirmier en santé travail, font alors leur apparition. Les compétences de cet infirmier comprennent le recueil de données cliniques et épidémiologiques, la participation à des actions de prévention de dépistage et d'éducation à la santé. Le médecin du travail joue le rôle de pivot dans l'équipe qui est constituée de l'infirmier santé-travail, du service social et de lui-même.

Claude BUISSET

Le pôle médical et le pôle technique travaillent ensemble. Nos équipes médico-infirmières pratiquent la clinique médicale du travail. Nous posons aux salariés les trois questions suivantes lors des consultations : Que faites-vous ? Comment faites-vous pour le faire ? Qu'est-ce que cela vous fait de le faire ? L'objectif de cet entretien est de décrire le plus précisément possible les interactions des contraintes avec la santé, d'identifier les liens qui se jouent et les conséquences pour la suite des événements à court, moyen et long terme.

Véronique BACLE

Quel type d'informations recueillons-nous sur le travail ? Nous prenons connaissance des horaires, de la nature du contrat de travail, des événements du parcours professionnel. En réponse à la question « Que faites-vous ? », les personnes décrivent les tâches qu'elles doivent accomplir.

Claude BUISSET

La question « Comment faites-vous pour le faire » renvoie à des données plus subjectives. Elle interroge les acquis des personnes, leurs savoir-faire, leurs compétences. Cette analyse n'est pas aisée à réaliser.

Véronique BACLE

Nous procédons ensuite à un interrogatoire sur les événements sanitaires récents et anciens, sur la perception des salariés de leur propre santé, sur leur

prise de médicaments. Nous recherchons également des symptômes dans le respect du décret infirmier de compétences.

Claude BUISSET

Les médecins et infirmiers du travail doivent lire régulièrement pour se tenir informés des évolutions de la législation. Parfois, les récits individuels des salariés ne sont pas cohérents. Lorsque nous identifions des incohérences, nous devons approfondir l'examen pour identifier l'origine des problèmes. Le travail coopératif ne se décrète pas dans une loi. Il se cultive au jour le jour. Je pense qu'il ne faut pas confondre autonomie et liberté.

Véronique BACLE

Le binôme médecin-infirmier constitue un facteur clé de réussite. Il importe de comprendre la répartition des tâches entre ces deux acteurs. L'infirmier ne sera jamais un médecin du travail. Il existe une clinique du médecin et une clinique infirmière qui s'enrichissent mutuellement. Le médecin du travail doit s'interroger sur sa manière de procéder, la remettre en question et accepter de partager. Cela nécessite une confiance réciproque entre le médecin et l'infirmier.

L'équipe ne peut être efficace en matière de prévention que si les infirmiers sont formés en santé travail. Nos études ne nous préparent pas à exercer dans ce champ : il est donc essentiel que nous soyons formés. Il faut que suffisamment de médecins soient capables de remettre en cause leur pratique et de travailler en coopération. Il importe également d'organiser des rencontres régulières entre professionnels.

Claude BUISSET

Le problème du médecin est d'assumer la responsabilité des choix de l'équipe médicale. La notion d'aptitude pose problème et nous pousse à nous interroger. Est-il préférable de délivrer une aptitude médicale tous les quatre ans lors des visites du médecin du travail, ou d'aménager des visites infirmières intermédiaires ? Faut-il coopérer avec les assistants sociaux, les psychologues, les ergonomes et d'autres agents afin d'éviter les problèmes d'inaptitude individuelle, à savoir les problèmes de maintien dans l'emploi ?

Mon service est composé de plusieurs équipes locales de santé au travail. Dans ces équipes, le médecin du travail joue un rôle de pivot et travaille avec des infirmiers, des assistantes médicales et avec une assistante santé travail. Chaque équipe produit un pack santé, qui lui permet de réaliser un suivi médical pur, d'observer les postes de travail et d'évaluer les risques. Les prestations complémentaires sont indispensables et sont assurées en fonction des besoins identifiés sur le terrain. Ainsi, le recours à certains acteurs dépendra de ces besoins. Les assistantes sociales m'aident à expliquer des éléments sur lesquels je n'ai pas les connaissances nécessaires. Leur rôle est également indispensable dans le cadre des projets transversaux dans les services, notamment dans le cadre du maintien dans l'emploi.

Je travaille sur un secteur géographique particulier, avec un interne que je dois former. Mon équipe comprend également une infirmière à temps plein, une assistante santé travail et une assistante. Je dois suivre 4 000 salariés répartis dans 234 entreprises. Nous avons décidé de travailler ensemble, de nous ré-

partir les tâches et d'organiser une demi-journée de concertation par semaine. Le médecin assure uniquement le suivi médical des cas difficiles. Je suis donc régulièrement en lien avec le service social. L'assistante administrative organise des actions en milieu de travail, des actions qui impliquent l'infirmière et le médecin.

Véronique BACLE

Le travail en équipe constitue une autre façon de travailler. Il est bénéfique du point de vue de la prévention au plus près des entreprises et des salariés.

Claude BUISSET

La coopération, définie comme « ce qu'il faut mettre en œuvre pour que puisse se constituer sur le terrain une équipe ou un collectif uni pour travailler ensemble¹⁰ » n'est pas donnée de fait, il faut la construire. Il est vrai qu'il est difficile de travailler ensemble et de se mettre d'accord sur les mots. Tout le monde écoute, l'assistante sociale comme l'infirmière et le médecin. Seules les postures, les points de vue diffèrent. Les échanger permet d'avoir une approche globale de la personne. La volonté est nécessaire pour progresser et s'il est important de défendre son territoire, il faut aussi regarder le territoire de l'autre. Il est essentiel d'identifier les rôles de chacun, ainsi que le temps dont chacun dispose pour accomplir ses missions. Mais le rôle de pivot d'équipe ne s'improvise pas et il convient d'aider les collègues dans la démarche coopérative.

Enfin, j'ajouterai que le maintien des fiches d'aptitude¹¹ pose problème : elles n'ont en effet jamais permis de garder la santé.

10 Définition donnée dans le document de présentation de la journée remis aux participants.

11 « L'avis d'aptitude formulé par le médecin de santé au travail concerne l'adéquation entre l'état de santé d'un salarié et son poste de travail. » (<<http://www.atousante.com>>)

Questions de la salle

De la salle

La [Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres] CFE-CGC demande depuis longtemps la réintroduction du service social dans les services de santé au travail. En tant que médecin du travail, j'ai vécu une expérience fructueuse entre 1975 et 1979. J'ai entendu à plusieurs reprises une demande d'intégration d'équipe pluridisciplinaire. Je pense que l'essentiel n'est pas là, mais dans une gouvernance forte et équilibrée. Or, le texte de loi ne prévoit pas une telle gouvernance et ne garantit donc pas que les moyens soient à la hauteur de la fin. Les professionnels de santé et les acteurs sociaux doivent avoir la tranquillité d'une action paritaire, qui permette de protéger le rôle de chacun. Je rappelle en outre que, si Monsieur Combrexelle se plaint de la pénurie de médecins, il ne faut pas oublier que ce sont les pouvoirs publics qui ont réduit le *numerus clausus*.

De la salle

J'aurais aimé que la question politique du maintien de l'aptitude soit davantage développée.

Claude BUISSET

Le maintien de l'aptitude implique la rencontre régulière des salariés et la délivrance d'une fiche. Or il m'est déjà arrivé de déclarer aptes des personnes pour lesquelles la balance santé-sociale n'était pas franche. Je maintiens parfois dans la catégorie apte des salariés qui ne le sont plus. Une enquête SVP 50¹² réalisée pour le Conseil d'orientation des retraites comprenait la question suivante afin d'éclairer le débat sur la pénibilité : « Indépendamment de l'aptitude, pensez-vous que ce salarié devrait cesser de travailler ? » Sur une population de 13 000 salariés, 11 % ont été déclarés aptes tandis que le médecin pensait qu'ils devaient cesser de travailler. Voilà pourquoi la question de l'aptitude est selon moi complètement dépassée.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Le salarié lui-même n'a-t-il pas peur d'être déclaré inapte ?

Claude BUISSET

Le salarié ne souhaite pas forcément avouer un problème d'inaptitude et peut mobiliser des défenses psychologiques. Les aides à domicile affirment par exemple que leur état de santé est excellent alors qu'elles accumulent prises de médicaments et petits arrêts de travail.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Les assistants sociaux peuvent-ils aider les personnes à mieux comprendre ces situations ? Quelles sont vos attentes en la matière ?

12 L'enquête SVP50 a été conçue et réalisée par les médecins du groupe épidémiologie du Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) et des chercheurs du Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail-Centre d'études de l'emploi (CREAPT-CEE) et a bénéficié d'un soutien financier du Conseil d'orientation des retraites (COR) et du Conseil des communautés européennes (CEE).

Claude BUISSET

Lorsque nous constatons que le salarié n'a pas encore admis la perspective de l'inaptitude, nous faisons appel au réseau de maintien dans l'emploi. Dans le Nord, ce réseau est très développé.

Véronique BACLE

Je précise que le suivi des salariés peut être réalisé par une équipe pluridisciplinaire.

De la salle

Je vous remercie de votre intervention mais je regrette qu'une assistante sociale de votre service ne soit pas intervenue à vos côtés. Je ne sais pas si cet exposé à deux voix correspondait à une demande précise de l'ANAS. Je n'ai personnellement pas trouvé ma place dans cette présentation.

Claude BUISSET

Nous faisons appel à vous pour nous aider dans des cas individuels, pour aider les salariés à comprendre un certain nombre de démarches. Nous coopérons par ailleurs avec les assistants sociaux dans le cadre de réseaux tels que ceux de maintien dans l'emploi.

Véronique BACLE

La demande de l'ANAS portait sur la coopération médecin-infirmier.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Docteur Buisset, comment travaillez-vous concrètement avec les assistants sociaux ?

Claude BUISSET

Une nouvelle manière de procéder sera bientôt mise en place. Les médecins du travail ont la possibilité d'avoir une ligne rouge avec le SSTRN, c'est-à-dire avec les assistantes sociales. Ainsi, lorsque nous rencontrons une difficulté au cabinet, nous pouvons, par ce biais, obtenir un renseignement immédiat. Par ailleurs, il existe une possibilité de mettre en place des suivis médico-sociaux. Des projets sont créés et un programme est établi pour identifier dans la population suivie par les médecins et les infirmières les personnes en situation de précarité. Une évaluation est ensuite réalisée au travers des indicateurs de santé-travail.

De la salle

Nous avons réalisé un travail de redéfinition des missions des assistantes sociales du service de santé travail avec des médecins du travail du pôle. Ainsi, la coopération existe et s'illustre dans divers épisodes de notre vie commune. J'ai par ailleurs cru comprendre que l'approche clinique du médecin et l'approche clinique de l'infirmier s'enrichissaient mutuellement. Pouvez-vous préciser les ressorts de cet enrichissement ?

Claude BUISSET

J'attribue à mon infirmière un *pool* d'entreprises à suivre. Lorsqu'elle dé-

tecte un problème relatif au travail à l'occasion d'une visite, nous en discutons. Elle est en capacité de décider si elle laisse ou pas le choix au patient de prendre rendez-vous avec le médecin. La consultation qui s'ensuit est réalisée à la fois par le médecin et par l'infirmière. Il s'agit de s'assurer que le patient ne tient pas un double langage. Nos points de vue, qui peuvent être différents, s'enrichissent de cette manière.

Véronique BACLE

La clinique infirmière est bien différente de celle du médecin. La seconde est davantage centrée sur la pathologie, la première sur la personne dans son intégralité. Le type d'accompagnement est donc différent. En ce qui concerne la pluridisciplinarité, et à titre d'exemple, le SSTRN a mis en place un groupe de travail sur la prévention des risques psychosociaux, regroupant des infirmières et des assistants sociaux. Ce groupe réfléchit aux compétences de chacun et aux regards différents que les professionnels peuvent porter sur les problèmes de travail des salariés. Les approches s'enrichissent et sont complémentaires.

De la salle

Ma question s'adresse au médecin du travail. Votre pôle juridique est-il composé d'un juriste qui prodigue des conseils aux salariés ?

Claude BUISSET

Le juriste prodigue des conseils au médecin. Par ailleurs, nous ne devons pas rêver. Il ne pourra pas y avoir une assistante sociale dans chaque équipe. L'équipe pluridisciplinaire comprend divers moyens qui peuvent être mis à disposition de l'équipe locale de travail de manière temporaire, au bénéfice de la santé des salariés.

De la salle

Je suis assistante sociale dans le secteur libéral principalement (psychologue et consultante en santé au travail), même si j'interviens également dans une collectivité territoriale. Nous avons beaucoup parlé du service social inter-entreprises mais il existe quelques assistants sociaux autonomes, c'est-à-dire rattachés à des entreprises. Les assistants sociaux sont parfois les premiers à entendre les difficultés des salariés. Il arrive donc que l'assistante sociale ait besoin du médecin du travail, et pas l'inverse. J'aurais aimé entendre l'avis du médecin du travail à ce propos.

Claude BUISSET

Je travaille avec des assistants sociaux, des délégués du personnel et des managers. La personne qui détecte le problème importe peu : une infirmière qui travaille à temps plein dans l'entreprise peut également être la première informée. Vous soulevez donc un faux problème. Ce qui compte, c'est ce que nous ferons de cette information dans le collectif, la façon dont nous travaillerons ensemble pour résoudre les difficultés. L'enjeu n'est pas la première place mais la collaboration des acteurs. Le besoin d'assistant social ne fait aucun doute pour moi.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Le médecin répond-il aux sollicitations des assistants sociaux ?

Claude BUISSET

Personnellement, je réponds aux demandes des assistantes sociales. Si des confrères ne le font pas, d'autres personnes peuvent venir en aide aux assistants sociaux.

Véronique BACLE

Nous devons trouver de nouveaux moyens de fonctionner et remettre en question les pratiques actuelles. Chaque acteur de l'équipe devra travailler à cela.

Approche ergonomique des activités coopératives

Flore BARCELLINI, enseignante-chercheur en ergonomie, Centre de recherche sur le travail et le développement (CRTD) Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

Bonjour à tous. Je travaille dans un laboratoire qui s'appelle le centre de recherche sur le travail et le développement au CNAM. J'ai été sollicitée pour vous parler de la coopération et vous outiller conceptuellement sur le sujet. L'objectif de cette présentation est de définir la notion de coopération et les outils nécessaires à une coopération efficace. Il s'agit d'enrichir notre réflexion sur la coopération « transprofessionnelle », plus que pluridisciplinaire en santé au travail.

Nous allons, dans la première partie, passer en revue plusieurs termes — coaction, coopération, collaboration, travail collectif —, étudier les différences entre ces notions et mieux cerner celle de coopération.

Nous évoquerons dans la deuxième partie les conditions nécessaires à une coopération efficace. Nous parlerons alors de coordination, de synchronisation et de l'importance de l'organisation de modalités de communication entre les différents métiers.

Nous terminerons par une présentation de retours d'expérience, avant d'aborder des moyens permettant de favoriser la mise en place de la coopération transprofessionnelle.

Coopération : de quoi parle-t-on ?

La *coaction* est l'accomplissement simultané de tâches disjointes dans un même espace. L'exemple d'un chantier du bâtiment sur lequel les professionnels se côtoient mais réalisent des tâches indépendantes est parlant. La coaction n'est pas synonyme de coopération. La *coopération* correspond aux situations où plusieurs métiers poursuivent des objectifs qui peuvent entrer en interférence. Les tâches, dans ce cas, sont interdépendantes. Chaque opérateur doit donc faciliter la tâche de l'autre. Les acteurs sont engagés ensemble dans une même tâche et expriment la volonté de faciliter le travail des autres et ont les moyens de faciliter le travail dans les faits.

Il existe plusieurs formes de coopération. La coopération verticale est une coopération dans laquelle un métier donné demande à d'autres métiers de réaliser des tâches. Un médecin du travail peut par exemple demander à un intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) de réaliser des mesures de bruit dans une situation de travail. Cette première forme de coopération est relativement faible. La *collaboration* est une forme plus forte de coopération. Elle implique plusieurs personnes engagées conjointement et simultanément sur un même objet de travail. Des concepteurs peuvent par exemple travailler en même temps sur la construction d'une maison. Dans ce cas, les liens d'interdépendance entre les différents métiers sont extrêmement forts. Or il me semble que l'on a souvent tendance à confondre coopération et collaboration.

La coopération peut être intégrative, augmentative ou débative. Ainsi, il peut exister plusieurs façons d'associer les personnes qui coopèrent. La coopération *augmentative* est l'association de plusieurs personnes ayant la même compétence pour accomplir une même tâche. Des brancardiers peuvent par exemple unir leur force pour soulever un patient. La coopération intégrative et la coopération débative sont plus proches, à mon sens, de la pluridisciplinarité. La coopération *intégrative* correspond à l'association judicieuse des compétences de divers participants. Il me semble que la pluridisciplinarité des services de santé au travail correspond à ce type de coopération. La coopération intégrative peut toutefois prendre la forme plus poussée d'une coopération *débative*, dans laquelle il s'agit d'organiser le débat entre les différents métiers. Il s'agit donc d'associer des compétences diverses et de les organiser afin qu'elles puissent échanger leurs points de vue. Nous pouvons alors atteindre une forme forte de coopération. Il me semble qu'il s'agit là de l'objectif de la pluridisciplinarité. Dans quelle catégorie se situe à l'heure actuelle la coopération dans le cadre de la santé au travail ? Il revient à chacun de se poser cette question.

Vous avez par ailleurs sans doute entendu parler du travail collectif, ou du collectif de travail. On parle de collectif de travail lorsque plusieurs travailleurs partagent une œuvre commune. Ce terme est plus fort que celui d'objectif commun. Ces personnes partagent un langage, des règles de métier et respectent durablement ces règles. Je ne pense pas que les médecins, infirmiers, ergonomes et assistants sociaux forment aujourd'hui des collectifs de travail. Nous pouvons toutefois affirmer que nous souhaitons tendre vers ce type d'organisation.

La notion de collectif est liée à celle de genre professionnel. Le genre correspond aux règles qui permettent de travailler ensemble, aux savoir-faire qui définiront un métier et que chaque individu devra intégrer pour faire partie du collectif. Les médecins ont un genre professionnel, comme les ergonomes et les infirmiers. Toute la difficulté de la transdisciplinarité est de faire se rencontrer ces genres, ces règles, ces objectifs différents. Quels sont les moyens nécessaires pour que la coopération entre différents genres de métiers soit efficace ?

Les moyens d'améliorer la coopération

Des recherches ont été menées concernant des situations de coopération efficace. Nous pouvons nous demander si les conditions que je vous présenterai aujourd'hui sont réunies dans vos services. Pour qu'une coopération soit efficace, il faut que les coopérants puissent se synchroniser cognitivement, se coordonner et disposer d'objets intermédiaires qui leur permettent de travailler ensemble.

Travailler ensemble implique que les différents participants se construisent une représentation des compétences, des objectifs et du métier des autres. Ils ont donc tous besoin de se synchroniser cognitivement afin d'être en capacité d'élaborer des représentations réciproques du genre professionnel auquel appartiennent les acteurs avec qui ils coopèrent. La synchronisation est un processus qui se réalise au fil des côtoiements, si les conditions pour ce

faire — ménager des temps et des lieux de réunion et d'échanges — sont réunies. La synchronisation va également permettre la création d'une relation de confiance, indispensable pour coopérer, qui requiert aussi de partager une image mentale des compétences des autres acteurs. Il convient d'identifier les objectifs des différents acteurs de la santé au travail et les moyens pour créer les conditions d'une coopération efficace.

Pour coopérer, il importe également de procéder à ce qu'on appelle une synchronisation opératoire, c'est-à-dire de se répartir les tâches dans le temps et que tout le monde ait connaissance de ladite répartition. Les informations doivent être diffusées. Les acteurs doivent chercher à partager une même représentation du projet dans lequel ils sont engagés ensemble. La question est de savoir comment est organisée cette synchronisation dans le cadre de la santé au travail. Quels sont les moyens de circulation de l'information proposés ? Quelles structures peuvent favoriser la communication entre ces professionnels ?

Enfin, pour pouvoir coopérer efficacement, il est nécessaire de pouvoir discuter autour d'objets qui permettent de parler ensemble d'une tâche commune. Quels objets pouvons-nous proposer aux différents professionnels de la santé au travail pour ce faire ? Ces objets permettent de coopérer, favorisent la synchronisation cognitive et permettent une évaluation commune des actions en cours.

Retours d'expériences

Je souhaite à présent vous présenter les retours d'expérience d'ergonomes qui ont travaillé sur les questions de santé au travail. Suite à une proposition d'Alain Garrigou¹³, j'ai décidé de ne plus parler de pluridisciplinarité mais de transprofessionnalité. L'idée de pluridisciplinarité laisse entendre que l'on pourrait avoir un professionnel compétent dans tous les champs de la santé au travail. Or l'idée, ici, est de réunir des professionnels issus de différentes disciplines pour travailler sur un même objet. Il s'agit donc de réunir des professionnels, non de créer une profession pluridisciplinaire. Il existe des enjeux de reconnaissance, de pouvoir et d'identité professionnelle qui complexifient la coopération. Les études décrivent un manque de communication et d'interaction entre les acteurs de la prévention, en milieu institutionnel ou professionnel. Les chercheurs notent également une difficulté de négociation des différents genres professionnels. En lisant les verbatim issues de certaines de ces études, on apprend que les ergonomes peuvent être considérés comme des personnes qui manquent de modestie, qui pensent savoir tout faire et avoir intégré toutes les disciplines. Les médecins du travail ne seraient disponibles, pour leurs collègues, qu'à l'occasion des visites. Les ingénieurs sont pour les autres acteurs obsédés par la réglementation et la technique. Ces méconnaissances prouvent que les professions ne se rencontrent pas.

En ce qui concerne les situations de « pluridisciplinarité », les chercheurs observent plutôt des situations de délégation, c'est-à-dire de coopération ver-

¹³ Maître de conférences, département Hygiène Sécurité et Environnement, IUT A, Université de Bordeaux 1

ticale à partir du médecin du travail. Après avoir constaté que les situations actuelles ne correspondent pas vraiment à des situations de coopération, il convient de s'interroger sur les moyens de développer la coopération. Nous pouvons imaginer la mise en place de dispositifs qui favoriseront la prise de recul quant aux pratiques transprofessionnelles. L'idée est de faire vivre des espaces de rencontre, éventuellement des dispositifs institutionnels qui pourraient être une base à ces espaces de rencontre. Nous pouvons également envisager des démarches de conception participative qui associent les travailleurs aux politiques de prévention. Une autre piste consisterait à développer les objets intermédiaires qui favorisent la confrontation des perspectives. Alain Garrigou propose d'associer les outils de mesure à des vidéos du travail pour que tous les métiers puissent discuter de ce qui est réalisé dans le cadre du travail. Enfin, il est possible d'intervenir directement lors des formations des différents professionnels de la santé au travail.

Comment les différents acteurs de la santé au travail envisagent-ils la coopération ?

Table ronde à laquelle participaient :

Patricia CHAMBION, infirmière en santé au travail (IST) chez Carrier corporation (Ain)

Damien CRU, intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP), ergonome

Delphine DETRAZ, assistante de service social du travail (ASST) à Service Social Conseil

Marie-Jeanne DUBOIS, assistante de service social du travail (ASST) et coordinatrice du service social ERDF-GRDF pour la région Rhône-Alpes-Bourgogne

Céline FREDERICQ, assistante de service social du travail (ASST) à ACTIS, Lyon

Martine JOUSSE, assistante de service social du travail (ASST), responsable du service social à l'Association paritaire d'action sociale (APAS) BTP de la région parisienne

Claudie LEBAUPAIN, médecin du travail, chargée de recherche à l'APST du BTP de la région parisienne

La table ronde était animée par **Jean-Louis LE CORVOISIER**, journaliste.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Damien Cru, pouvons-nous affirmer que la coopération est une idée ancienne réactualisée par la réforme ? Faut-il trouver des moyens de reconstruire la coopération ?

Damien CRU

La coopération n'est pas nouvelle, mais la réforme modifie la situation. Si la coopération ne se décrète pas, le cadre législatif et réglementaire favorise ou non son émergence au sein d'un même métier ou entre des métiers différents. Les enjeux de la réforme sont très importants. La loi de juillet 2011, en attribuant des missions au service de santé au travail, oblige les différents acteurs des services de santé au travail à coopérer. Reste à définir les moyens qui leur permettront de travailler ensemble. Avant la question de la pluridisciplinarité se pose celle de la coopération au sein même de chaque métier.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Nous allons entendre un exemple de coopération réussie dans le secteur BTP en Île-de-France. Claudie Lebaupain, vos services coopèrent très bien car ils travaillent ensemble depuis très longtemps.

Claudie LEBAUPAIN

Notre coopération dure en effet depuis plus de soixante ans. Nous avons eu la chance que ce travail commun commence à une époque où nous disposions de temps et de moyens. Avant la loi de 1946, il existait déjà des centres médico-sociaux dans le secteur du BTP conformément à la volonté des partenaires sociaux. Les salariés du BTP bénéficiaient également d'une activité de service social et de prestations de vacances-familles. Lorsque la loi de 1946 sur la médecine du travail a été promulguée, ces structures médico-sociales ont laissé la place à des cabinets de médecine du travail. Les salariés avaient l'habitude de s'adresser à ces structures. Les liens se sont établis tout naturellement. Le médecin du travail pouvait avoir connaissance d'éléments privés sur les salariés et les envoyer vers des assistantes sociales. Les salariés consultaient également spontanément les assistantes sociales. Enfin, les assistantes sociales envoyaient parfois les salariés vers un médecin du travail. Ainsi, des zones d'interférence et de complémentarité ont été construites entre les deux activités.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Les champs d'intervention des uns et des autres n'ont-ils jamais fait l'objet de difficulté ?

Claudie LEBAUPAIN

Je ne peux parler que de mon vécu. J'ai été médecin du travail pendant trente ans. Le plus souhaitable est de partager des objectifs et d'être à l'écoute. Lorsqu'un acteur annonce quelque chose au salarié, il doit éviter de mettre ses collègues face à une demande à laquelle ils ne pourront pas répondre. Quelques difficultés de cet ordre ont pu se présenter. Je vais vous donner l'exemple trivial d'une assistante sociale qui conseille à un salarié de consulter le médecin du travail afin d'obtenir une inaptitude. Il est important, dans ce cas, de discuter en amont avec le médecin du travail.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Martine Jousse, comment communiquez-vous avec le médecin du travail ? Organisez-vous des réunions ?

Martine JOUSSE

Les assistantes sociales et les médecins du travail exercent dans les mêmes centres. Cette proximité facilite les échanges. Notre histoire nous permet en outre d'avoir des habitudes de fonctionnement et de bénéficier d'une confiance établie entre les médecins et les assistants sociaux. Il est important de ne pas prendre pour le salarié une décision qui appartiendrait à l'autre profession. Il faut au contraire construire ensemble les solutions qui pourront être mises en œuvre pour les personnes.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Assistez-vous aux réunions des médecins du travail ?

Martine JOUSSE

Oui, il nous arrive régulièrement de participer aux réunions hebdomadaires des médecins du travail. Nous rencontrons également les médecins pour les

informer des évolutions législatives significatives. Enfin, nous avons mis en place un système de suivi par tutorat pour l'intégration de nouveaux professionnels. Les assistantes sociales sont ainsi rapidement mises en contact avec les médecins.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Cette culture se transmet et la collaboration est manifeste entre vos deux services. Qu'en est-il de vos relations avec les employeurs ?

Martine JOUSSE

Nous comptons 22 000 entreprises adhérentes en Île-de-France dans le secteur du BTP, parmi lesquelles 90 % comptent moins de dix salariés. Nous sommes bien implantés et connus dans les moyennes et grandes entreprises. Des habitudes de fonctionnement se mettent rapidement en place avec ces dernières. S'agissant des plus petites entreprises, le travail est souvent à construire au fil des dossiers. Le médecin peut, dans certaines situations, constituer un moyen pour que l'assistante sociale intègre une entreprise.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Comment procédez-vous pour ce qui est du maintien dans l'emploi ? L'assistante sociale et le médecin du travail rencontrent-ils l'entreprise ensemble ?

Martine JOUSSE

Nous disposons, au sein de notre service social, d'un service de reclassement professionnel qui intervient dans les situations de maintien dans l'emploi au sein de l'entreprise ou en externe. Des professionnels prennent en charge les salariés, en partenariat avec les médecins du travail et les assistantes sociales des entreprises.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Delphine Detraz, vous allez nous présenter un exemple de maintien dans l'emploi réussi grâce à une collaboration avec un service de santé au travail. Vous intervenez une fois par semaine dans un service de santé au travail qui a fait le choix d'intégrer une assistante sociale.

Delphine DETRAZ

Je suis assistante sociale inter-entreprises et j'interviens une fois par semaine en médecine du travail. C'est à la demande de ce service que je le fais, à l'initiative de l'un des médecins du travail de ce service. Je suis sollicitée par le médecin avec l'accord du salarié. Lors de la prise de rendez-vous, le médecin établit une fiche de liaison entre le service social et le service médical. Il s'agit de permettre un échange d'informations entre les deux services, et ce dans le respect du secret professionnel. Je reçois le salarié après réception de cette fiche de liaison. Le salarié m'explique sa situation et nous essayons de trouver la solution la plus adaptée, toujours en collaboration avec le médecin que je joins régulièrement par téléphone.

J'illustrerai cette situation à travers un exemple concret. Un jour, un médecin m'envoie un salarié âgé de 56 ans. Il m'explique via la fiche de liaison ce qu'il attend de la consultation sociale. Le salarié est en arrêt maladie depuis deux ans. Le médecin-conseil de la sécurité sociale a interpellé le médecin

du travail quant à une éventuelle invalidité de première catégorie. Le salarié est déjà reconnu travailleur handicapé. Le médecin considère qu'une reprise à temps partiel avec aménagement du poste de travail est envisageable. Le salarié est très inquiet concernant sa situation financière, notamment à cause du risque de déclaration d'invalidité. Le médecin me demande alors d'expliquer ses droits au salarié, en insistant sur le fait que ce dernier serait en capacité de reprendre une activité à temps partiel. Le salarié insiste également pour retravailler.

Je reçois ensuite ce salarié et lui explique ses droits dans le cadre d'une invalidité. Je demande certaines précisions au médecin par le biais de la fiche de liaison. Le relevé de carrière me permet d'évaluer de manière approximative les conséquences financières d'une invalidité de première catégorie. Je rassure le salarié sur le fait qu'il pourra continuer à travailler et qu'un aménagement du temps de travail sera conçu avec le médecin, l'employeur et le salarié lui-même. La révision du temps de travail donnera lieu à un avenant au contrat de travail. Avec l'accord du salarié, je note la synthèse de ces informations sur la fiche de liaison que je renvoie au médecin sous pli confidentiel ou par courriel. Dans l'item « démarche » de la fiche de liaison, j'indique que j'ai renouvelé avec le salarié la reconnaissance de travailleur handicapé et qu'avec son accord, nous avons procédé à un signalement afin qu'il puisse bénéficier d'un aménagement de poste.

Je pense que plusieurs éléments doivent retenir notre attention dans cet exemple. Tout d'abord, c'est grâce au signalement du médecin que le salarié a pu être rassuré sur ses droits. La coopération entre les deux services permet par ailleurs de prévenir l'exclusion. La fiche navette et les contacts téléphoniques réguliers avec le médecin ont permis la circulation de l'information. Le dialogue est essentiel pour travailler ensemble dans un objectif commun. Enfin, c'est grâce à un suivi organisé que le médecin m'apprend que le salarié perçoit sa pension d'invalidité, qu'il a repris une activité professionnelle à mi-temps et que le service du maintien dans l'emploi a accompagné le salarié et l'entreprise pour l'aménagement du poste de travail.

Cet exemple positif n'est pas isolé, même s'il ne faut pas généraliser. Je pense qu'il est important de retenir les situations dans lesquelles nous travaillons très bien ensemble.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Nous abordons à présent un autre exemple de coopération, une coopération entre un service médico-social et un service de ressources humaines. Patricia Chambion, comment le salarié arrive-t-il jusqu'à vous ?

Patricia CHAMBION

Il arrive parfois seul. Il peut consulter le service médical parce qu'il a besoin d'un conseil ou bien m'être envoyé par le médecin du travail. Nous évaluons ensemble sa situation et les problèmes qu'il peut rencontrer. Enfin, nous faisons appel à l'assistante sociale pour appréhender le salarié dans sa totalité. Nous discutons des solutions envisageables telles qu'un maintien dans l'emploi, un aménagement de poste, une formation ou un reclassement à l'intérieur de l'entreprise.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Vous pouvez travailler avec des partenaires extérieurs ?

Patricia CHAMBION

Nous avons créé un comité de reclassement avec les partenaires sociaux. Celui-ci nous permet d'échanger avec les ressources humaines et les partenaires sociaux tout en respectant le secret professionnel. La fiche de visite qui fait état des restrictions médicales du salarié nous permet de travailler sur un aménagement de poste ou sur l'orientation du salarié.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Vous pouvez travailler avec de nombreux partenaires ?

Patricia CHAMBION

Nous faisons en effet intervenir des ergonomes et toutes les personnes en mesure de nous aider dans le cadre du maintien dans l'emploi du salarié.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Votre objectif est donc le salarié, avant d'être l'entreprise. Céline Frédéricq, comment vivez-vous cette coopération-collaboration-complémentarité entre les deux services ?

Céline FREDERICQ

Si nous collaborons avec le service médical, nos rapports avec les ressources humaines sont d'une autre nature. Les attentes du service des ressources humaines ont été importantes dans la mesure où le rôle de chacun était clairement défini. Nous avons réussi, en formant une équipe avec le médecin et l'infirmière, à conserver notre secret professionnel. Les services de ressources humaines ont désormais confiance en nous et nous donnent un aval systématique pour aller dans le sens du reclassement professionnel. À ce jour, nous n'avons été confrontés à aucun licenciement pour inaptitude ni à aucune impasse. L'entreprise a trouvé une solution pour tous ses salariés.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Quels sont les points de blocage ?

Céline FREDERICQ

Le service médico-social a parfois des difficultés à faire remonter des problématiques humaines dérangeantes dans une entreprise qui vise la productivité. Toutefois, nous sommes aujourd'hui entendus. Nous avons par exemple mis en place des prestations élargies.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Les acteurs du service médico-social partagent les informations. Vous arrive-t-il de vous conseiller mutuellement ?

Céline FREDERICQ

Nous formons une équipe composée d'un médecin, d'une infirmière, d'un assistant et d'une assistante sociale. Nous partageons notre expérience et avançons ensemble. Je ne sais pas si le terme de conseil est approprié. Quoi qu'il en soit, le salarié est toujours au cœur de nos échanges.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Vous n'avez donc pas besoin de réforme pour travailler ensemble ?

Céline FREDERICQ

La réforme constitue un élément de reconnaissance de notre métier et de cette collaboration que je considère comme nécessaire. Si je n'ai pas eu besoin de la réforme dans l'entreprise où je travaille, j'en aurais grandement besoin dans d'autres entreprises !

Jean-Louis LE CORVOISIER

ERDF-GRDF nous offre un autre exemple de collaboration et de multidisciplinarité. Marie-Jeanne Dubois, vous travaillez en collaboration avec le service des ressources humaines.

Marie-Jeanne DUBOIS

Tout un travail a été réalisé depuis 2007 avec les ressources humaines (RH) au niveau de la région Rhône-Alpes/Bourgogne. L'objectif était de mieux se connaître. La rencontre organisée entre les assistantes sociales et le comité RH en 2006 nous a permis d'échanger sur nos représentations respectives et d'engager des chantiers. Quelques mois après notre rencontre, nous avons été sollicités pour accompagner une démarche de prévention des risques psychosociaux. Suite à un suicide, il nous a été demandé d'organiser une conférence sur le suicide à destination des managers. Nous avons proposé d'initier une démarche plus profonde dans la durée avec les médecins du travail. Nous avons mis en place un collectif réunissant des médecins du travail, des médecins conseil, des préventeurs, des managers et des responsables de ressources humaines.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Est-il exact de dire que les ressources humaines vous ont contraint à travailler avec elles dès le début ?

Marie-Jeanne DUBOIS

Nous avons besoin de travailler avec les ressources humaines et d'obtenir une reconnaissance. Ainsi, il existait une attente de notre part. Le responsable RH, qui n'a pas pu nous rejoindre aujourd'hui, me disait que pour lui, la coopération entre les médecins du travail et les assistantes sociales est fondamentale.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Les expérimentations réalisées au sein de votre région devraient d'ailleurs être étendues au niveau national.

Marie-Jeanne DUBOIS

La coopération dépasse le couple médecin-assistante sociale. Nous avons par exemple pu sensibiliser les managers. Les assistantes sociales ont proposé un accompagnement des personnes qui restent sur le bord du chemin. Ce qui est intéressant, dans cette expérience, est la complémentarité des démarches globales et les propositions d'accompagnement de terrain concret.

La permanence téléphonique qui a été mise en place dans la région a permis à tout agent de contacter une assistante sociale et d'être orienté. Le nombre d'appels a augmenté avec les années.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Damien Cru, cette dynamique est intéressante. Cependant, elle implique sans doute la mise en place d'une méthodologie particulière et la compréhension de la méthodologie des autres.

Damien CRU

Les méthodologies sont élaborées à l'occasion de situations concrètes. La question de l'autonomie du service social par rapport au service de santé, abordée précédemment, pose celle du fonctionnement de chaque métier au sein d'un ensemble. En tant qu'IPRP, je suis amené à réfléchir aux différences de postures. La question est de savoir qui envoie les salariés vers les assistants sociaux et si seul le service de santé réalise cette orientation. Les IPRP peuvent recevoir des demandes de la part de l'entreprise. Toutefois, notre rôle n'est pas de répondre à toutes les sollicitations. Nous devons élaborer nos réponses car il est inutile de multiplier les études. Il importe plutôt d'instruire le dossier et d'analyser la pertinence de notre réponse en fonction de ce qui est déjà connu et des priorités des services. Ainsi, l'IPRP et l'assistante sociale ne sont pas dans la même posture vis-à-vis de la demande, la seconde traitant des problèmes davantage singuliers. La question de l'autonomie des services me paraît donc très importante même s'il est nécessaire de coordonner les actions.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Faut-il former des collectifs de travail ?

Damien CRU

Les collectifs de travail ne s'improvisent pas. Il est nécessaire de disposer d'un cadre institutionnel qui en permette l'élaboration. Il faut, d'une certaine manière, laisser les personnes s'organiser. Nous exerçons des activités dans lesquelles il est aujourd'hui difficile de se conformer à l'arsenal des modalités de gestion. Pour comprendre comment se crée une action pluridisciplinaire, il faut que les acteurs explicitent leur travail.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Je souhaiterais à présent évoquer la question du secret professionnel. Quelle est votre vision sur ce point ?

Damien CRU

Le code de déontologie est clair sur cette question. Il faudrait peut-être que tous les métiers entrant dans le champ de la santé au travail relèvent du code de la santé publique et pas uniquement du code du travail. Nous avons tous besoin d'une légitime discrétion mais nous devons aussi communiquer aux autres acteurs les éléments qui leur permettront de mener à bien leur mission. Il faut parvenir à communiquer sur les problèmes concrets afin d'avancer, plutôt que d'esquiver ses responsabilités.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Céline Frédéricq, comment abordez-vous cette problématique du secret professionnel ? Quelles sont les limites que vous vous fixez ?

Céline FEDERICQ

Je pense que le secret professionnel appartient à chacun dans l'entreprise. Dans le service médical, nous avons décidé d'avoir un secret professionnel partagé.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Vous partagez donc toutes les informations, mais celles-ci ne sortent pas du service ?

Céline FEDERICQ

Nous ne partageons pas toutes les informations. Je ne suis par exemple pas informée de toutes les maladies qui affectent les salariés. Lorsque nous avons besoin de nous concerter, nous interpellons le salarié pour savoir s'il est d'accord pour que nous travaillions ensemble. Nous informons également le salarié lorsque nous souhaitons discuter de son cas avec la direction. Le nom des personnes est mentionné en comité de reclassement mais les pathologies ne sont pas évoquées. Le certificat d'aptitude fait foi. Nous n'avons pas besoin de communiquer tous les éléments relatifs à l'histoire de la personne auprès des directeurs ou des responsables de ressources humaines.

Marie-Jeanne DUBOIS

Nous ne sommes pas amenés à échanger sur des situations personnelles dans le cadre de démarches collectives. La question du partage du secret professionnel se pose davantage lorsque nous traitons des situations individuelles. Cette question délicate est fondée sur le respect des rôles de chacun. Personnellement, je n'ai pas eu à souffrir de cette intrusion et j'ai toujours travaillé en confiance avec le médecin du travail. Je sais cependant que des collègues ont rencontré des difficultés. L'élément clé de la relation avec le médecin du travail reste la confiance.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Docteur Lebaupain, le problème vient parfois du salarié lui-même. Comment procédez-vous dans ces cas précis ?

Claudie LEBaupain

Il faut instaurer une relation de confiance avec les salariés. Il me semble que l'image du médecin du travail et de l'équipe qui travaille autour de lui a évolué. Les salariés qui se rendent dans le service de santé savent qu'ils pourront parler de leur travail, de leurs problèmes de santé liés au travail et éventuellement de problèmes annexes. Nous ne pouvons rien faire tant que le salarié n'a pas confiance en nous et n'est pas acteur de sa santé. La confiance de l'entreprise dans son ensemble est également importante. Parfois, le secret partagé entre l'assistante sociale et le médecin est nécessaire, mais l'accord du salarié est toujours nécessaire.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Delphine Detraz, les blocages ne sont-ils pas dus à une méconnaissance par le salarié du rôle de l'assistant social ?

Delphine DETRAZ

Je rencontre les salariés à l'initiative du médecin mais avec l'accord des premiers. Il m'arrive cependant de recevoir des salariés qui ne savent pas pourquoi ils m'ont été adressés. J'essaie alors de leur expliquer que je ne peux pas les aider s'ils ne m'aident pas eux-mêmes et s'ils ne sont pas acteurs de la démarche. Je leur rappelle que je suis soumise au secret professionnel, leur explique mes missions et leurs limites. Je leur indique que je travaille en coopération avec le médecin. Cette mise au point est parfois nécessaire pour qu'une confiance puisse s'instaurer. Lorsque je ne suis pas compétente pour aider les salariés, je les renvoie vers des personnes qui pourraient leur être utiles.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Disposez-vous d'un temps suffisant pour assurer vos missions ?

Delphine DETRAZ

J'interviens personnellement dans plusieurs cadres. Mon travail en entreprise est un travail d'accompagnement. Pour le reste, je travaille avec quarante médecins du travail. J'essaie d'expliquer qu'il est préférable de voir les salariés une fois pendant une heure plutôt que deux fois pendant un quart d'heure. Il m'arrive de revoir des salariés à ma demande, celle-ci étant mieux acceptée dès lors que j'explique l'intérêt d'une nouvelle visite. Il est évident que nous manquons de temps. Toutefois, nous essayons le faire le maximum avec le temps dont nous disposons.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Quelles sont les pistes d'amélioration que vous aimeriez voir développer, avec les médecins du travail, les services de ressources humaines et d'autres acteurs ?

Delphine DETRAZ

J'ai évoqué plus tôt un exemple positif mais je m'interroge lorsque certains médecins du travail ne m'envoient aucun salarié. Je procède alors progressivement pour corriger ces situations. Avec le temps, les médecins comprennent de mieux en mieux nos missions. J'explique sans cesse le contenu de mes missions et je donne des exemples pour que les médecins s'en fassent une idée plus précise et je m'aperçois souvent qu'ils m'envoient peu à peu des salariés. Je pense qu'il existe encore des axes de progrès. Il est important de présenter ses missions, d'instaurer une relation de confiance et de laisser le pouvoir au médecin. Je ne parlerai par exemple jamais d'inaptitude au salarié si le médecin n'a pas évoqué cette éventualité avec lui. La coopération avec les services de ressources humaines est variable, notamment par rapport au secret professionnel. Il est alors nécessaire de rester forte sur son positionnement, et d'expliquer que je ne partage que les informations qu'ils doivent connaître pour que nous puissions atteindre notre objectif commun avec l'accord du salarié. J'essaie d'intégrer les salariés dans l'ensemble des entretiens et des cellules telles que les cellules de maintien dans l'emploi. Je pense que

la réforme permettra une meilleure organisation dans les entreprises où celle-ci n'est pas encore optimale.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Martine Jousse, quelles sont, selon vous, les pistes d'amélioration ?

Martine JOUSSE

Dans un certain nombre d'entreprises, les assistantes sociales participent déjà à des groupes de prévention — prévention des addictions, des risques psychosociaux... Je pense que des efforts ont été consentis par les entreprises pour permettre aux salariés de se maintenir dans l'emploi.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Claudie Lebaupain, avez-vous des pistes à proposer pour faciliter la coopération ?

Claudie LEBAUPAIN

Je pense que le travail avec les assistants sociaux est incontournable. Nous essayons de mettre en commun les informations que le médecin du travail a pu collecter sur les lieux de travail ou lors de visites médicales et les informations dont disposent les assistantes sociales. Nous essayons ensuite de réaliser une restitution collective au niveau de l'entreprise et de la profession, d'améliorer la visibilité de certaines problématiques. Nous avons plus de force lorsque cette démarche est réalisée ensemble. Les assistantes sociales font partie du dispositif d'alerte sur les situations de risque au travail. Les échanges avec le médecin, qui peut avoir sa propre représentation du monde de l'entreprise, sont très riches. Il faut continuer à travailler ensemble et réfléchir à de véritables projets d'action.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Marie-Jeanne Dubois, quelles sont, selon vous, les pistes d'amélioration ?

Marie-Jeanne DUBOIS

La synchronisation évoquée par l'intervenante précédente me paraît fondamentale dès lors que nous avons des représentations qui divergent. La convergence des représentations constitue une étape indispensable à la mise en place d'une coopération.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Damien Cru, comment envisagez-vous ces pistes ?

Damien CRU

Je pense que l'amélioration repose dans une meilleure articulation entre l'alerte et l'action. Le sens de la réforme est d'intervenir le plus en amont possible pour éviter les difficultés. Pour ce faire, nous avons besoin d'un outillage méthodologique qui reste en partie à construire. Par ailleurs, si l'individu doit être acteur de sa santé, il ne peut pas être seul face à l'organisation. Le groupe joue le rôle d'intermédiaire. Il convient de trouver des articulations entre les rapports interindividuels, le groupe et l'organisation. Nous devons nous interroger et analyser les situations concrètes par rapport à ces trois échelles. Le

groupe peut aider à résoudre le problème mais il peut aussi l'aggraver. Il est important d'examiner la façon dont le groupe participe lui-même de la prévention en donnant l'alerte. Je pense que le collectif existe encore dans le monde de l'entreprise. Nous devons apprendre ensemble et conjuguer les différentes perceptions d'une même réalité. L'objectif de l'interdisciplinarité est aussi de mettre les acteurs en mouvement.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Céline Frédéricq, quelles sont les pistes d'amélioration ?

Céline FEDERICQ

J'insisterai sur l'importance du temps de présence de l'assistante sociale avec le médecin du travail et l'infirmière. La communication par téléphone me semble en effet plus difficile. Je pense que le fait de travailler dans les mêmes locaux dans mon entreprise nous permet de coopérer, d'être reconnues et entendues.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Patricia Chambion, vous construisez un projet sur l'ergonomie...

Patricia CHAMBION

Nous avons en effet lancé un grand projet relatif à l'ergonomie. Nous travaillons avec des ergonomes pour améliorer nos conditions de travail et maintenir les salariés dans l'emploi. Si nous pouvons coopérer aujourd'hui, c'est parce que nous avons bâti notre service sur la confiance dans la durée, parce que nous avons su nous respecter les uns les autres et parce que nous avons par conséquent su trouver un terrain pour communiquer. Il est vrai que nous avons la chance de pouvoir travailler dans le même lieu. Je souhaite à tous les acteurs de pouvoir vivre une telle expérience.

Questions de la salle

Jean-Louis LE CORVOISIER

Il vous revient à présent de formuler vos propositions, de présenter vos constats. Vous pouvez également poser des questions à nos intervenants.

De la salle

Je suis assistante sociale pour le personnel du conseil général de la Côte-d'Or. La plupart des conseils généraux ont créé des services sociaux du personnel relativement récemment. La question de la coopération se pose véritablement, d'autant que nos services sociaux et médicaux sont de jeunes services. Nous ne nous connaissons pas. Comment la fonction publique peut-elle avancer dans la question de la coopération ?

Patricia CHAMBION

Je pense que la question n'est pas celle de l'ancienneté des structures mais plutôt celle de la volonté de travailler ensemble.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Une culture nouvelle doit visiblement être créée...

De la salle

Je suis assistante sociale libérale et consultante en santé au travail. Je travaille notamment dans une collectivité territoriale. Ma question s'adresse à Monsieur Cru, qui a évoqué une différence de positionnement entre les assistants sociaux du travail et les IPRP. Certains assistants sociaux sont habilités IPRP. Je souhaiterais connaître son avis sur ce point.

Damien CRU

Le problème est celui de la double casquette, qui se pose aussi pour les médecins du travail qui travaillent sur l'ergonomie. Or ces derniers sont médecins ou ergonomes, la médecine du travail et l'ergonomie impliquant des missions différentes. Il vous revient de définir la possibilité d'être à la fois IPRP et assistant social. À mon avis, il s'agit de deux exercices différents.

De la salle

Le titre d'IPRP est un statut davantage qu'un métier...

Damien CRU

Le statut d'IPRP correspond à un mode d'exercice. Il s'agit en effet d'une habilitation. Les modalités d'expertise des IPRP changent les métiers. Les métiers sont des rapports sociaux et ne peuvent être définis une fois pour toutes.

De la salle

Ma question est pragmatique mais revêt une certaine importance dans le cadre de la coopération. L'entreprise se situe aujourd'hui dans une démarche comptable du temps de travail de l'assistante sociale. Qu'en est-il lorsque les locaux sont limités et que l'entreprise fait en sorte que le médecin du travail et l'assistante sociale ne soient pas présents en même temps ? Par ailleurs,

les entreprises ont l'obligation d'assurer la présence d'une infirmière dans leurs locaux. Cette obligation n'existe pas s'agissant des assistantes sociales. Existe-t-il une concurrence entre professionnels désireux de sauvegarder leurs attributions ? Les restrictions budgétaires des entreprises compliquent-elles la coopération ?

Céline FREDERICQ

Lorsque je suis arrivée chez Carrier, il y a moins de quatre ans, l'entreprise m'a proposé d'occuper un bureau situé en face du service des ressources humaines. Suite à mon refus, elle m'a proposé un bureau en sous-sol, que j'ai refusé. Je me suis finalement installée dans le « placard » du service médical. J'ai occupé ce placard pendant deux ans. Aujourd'hui, je travaille dans un bureau qui réunit les conditions nécessaires à l'exercice de mes fonctions. J'ai par ailleurs doublé mon temps de présence dans l'entreprise. Je pense par conséquent que tout est possible. Finalement, les entreprises dans lesquelles j'interviens ont mis à ma disposition les conditions nécessaires à mon travail. Je ne souhaitais pas être isolée car je pensais que l'isolement ne permettrait pas une bonne coopération et risquait de me plonger dans une grande souffrance. Je me suis appuyée sur l'infirmière qui a été à l'écoute de mon rôle en tant qu'assistante sociale et qui a conservé son rôle d'infirmière.

Patricia CHAMBION

Je suis infirmière à temps plein dans l'entreprise, je ne suis pas assistante sociale et je n'ai pas l'intention de le devenir. Je communique énormément avec Céline Frédéricq et avec le médecin, qui est présent un jour et demi par semaine. Nous essayons de rester dans notre rôle et d'orienter les salariés vers la bonne personne. Le respect du travail et de l'espace de chacun permet un bon fonctionnement dénué de concurrence.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Est-ce qu'une personne dans la salle peut témoigner d'une expérience de concurrence, dans une entreprise qui souhaite réaliser des économies ?

Delphine DETRAZ

Mon exemple n'est pas nécessairement négatif. J'ai récupéré il y a peu de temps un contrat d'entreprise. Une infirmière était en poste depuis six ans dans cette entreprise et a pris l'initiative de faire appel à une assistante sociale. Ainsi, je ne pense pas qu'il existe une concurrence entre nous. L'infirmière assure un rôle de relais entre l'assistante sociale et de médecin du travail, et entre celle-ci et les salariés. Je ne vis donc pas de situation de concurrence.

De la salle

Je n'ai pas de fonction de terrain, je manage simplement une équipe. Je regrette que ma collègue du site de Cherbourg ne soit pas présente. Un métier émerge dans le cadre de l'augmentation des risques psychosociaux. Les DRH embauchent en effet de plus en plus de psychologues cliniciens qui ne connaissent ni l'entreprise, ni les managers et qui ne travaillent pas en équipe. Je crains ici le développement d'une réelle concurrence entre les psychologues et les DRH. Les psychologues ne communiqueraient pas beaucoup sur ce qui se passe dans leur cabinet...

Céline FREDERICQ

Nous avons vécu une expérience d'un an avec une psychologue clinicienne qui est intervenue par l'intermédiaire d'Actis au sein de l'entreprise. J'étais très heureuse de savoir que je pouvais orienter les personnes que je recevais vers cette psychologue. Nous avons construit un travail commun avec elle et l'infirmière au cours de l'année. C'est avec beaucoup de regret que nous l'avons vue partir dès lors que nos rôles étaient complémentaires. Si j'ai eu initialement la sensation qu'elle me prenait une partie de mon travail, j'ai saisi l'importance de son rôle lorsque j'ai compris la façon dont les entretiens se déroulaient. Les personnes qui se trouvaient dans des situations de souffrance extrême étaient transformées au bout de quelques consultations. Je pense que certaines entreprises pourront opter pour la permanence psychologique, au détriment de la permanence sociale, pour réduire les risques psychosociaux.

De la salle

Je suis assistante coordinatrice pour le service social de France Télécom Orange, un service social qui renaît de ses cendres. Je souhaite défendre l'idée de la coopération en entreprise et d'un véritable service social du travail intégré. Il revient aux services sociaux d'habiter leurs responsabilités et d'être capables de s'appuyer sur tous les acteurs de l'entreprise. Un service social intégré doit repérer les acteurs qui doivent être capables de se mobiliser autour du salarié. Il n'a pas été aisé de faire renaître le service social de France Télécom. Cette renaissance a été portée par tous les assistants sociaux, qui ont donné envie aux managers de refaire une place au service social dans l'entreprise. À nous de nous adapter à toutes les personnes en présence. En cas d'interférences, il convient de s'asseoir autour d'une table et de discuter des responsabilités de chacun au service du salarié. Je pense que notre service rejoindra bientôt l'ANAS. Je suis heureuse de pouvoir témoigner en 2011.

De la salle

Je suis assistante sociale chez France Télécom. Je partage cet avis. Toutefois, je pense que la stratégie des entreprises est aussi importante que les savoir-faire des professionnels. Une entreprise peut faire le choix d'offrir une écoute aux salariés ou engager une réflexion pour améliorer leurs conditions de travail. Aussi ne faut-il pas être dupe des choix de l'entreprise.

Retour sur les décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

Annie Ho DINH-VRIGNAUD, chargée de mission à la Direction générale du travail

Je remercie l'ANAS de m'avoir invitée à entendre les réactions et les expériences des assistants sociaux. Ma présence me permet de tenir compte de ces éléments dans la rédaction des textes d'application. Ce matin, j'ai entendu vos préoccupations sur votre présence nominative dans les futurs décrets d'application et sur la coopération avec les autres partenaires. Il est vrai qu'il est nécessaire de jouir d'une identité forte afin de ne pas se sentir menacé et de pouvoir s'ouvrir.

J'ai également entendu que les services sociaux du travail avaient disparu du code du travail. Cela est faux. L'article L.4631-1¹⁴ n'a jamais été abrogé. La loi du 20 juillet 2011 rend compte du service social du travail dans un alinéa. Il faut être clair : cette loi porte uniquement sur l'organisation de la médecine du travail. Elle ne porte pas sur l'organisation du service social du travail. L'alinéa vise à organiser la collaboration entre le service de santé au travail et les services sociaux du travail. Il évoque la place que ces derniers peuvent occuper au sein même des services de santé au travail ou par l'intermédiaire des services sociaux du travail autonomes.

Aucun des articles réglementaires D.4631-1[□] et suivants de ce même code n'a été abrogé. Personne n'a d'ailleurs la volonté de les faire disparaître. La réforme implique des décrets d'application qui viendront remplacer ces articles en tenant compte de vos besoins et d'une réflexion en cours sur la place du service social du travail. Nous en sommes pour l'heure au stade de la réflexion. Lorsque celle-ci aura abouti, nous lancerons des consultations comme s'y est engagé Jean-Denis Combrexelle. L'idée n'est pas de rédiger les décrets dans nos bureaux. Assister à vos journées me permet d'identifier les évolutions et les besoins, puis d'ajuster les textes. Les conséquences de ces textes seront visibles *a posteriori*.

Je souhaite à présent préciser un élément légistique. Lorsqu'un texte est écrit au présent ou au passé composé, son contenu s'impose. La mention « *il peut* » signifie que le texte n'est pas coercitif. L'article L.4622-9 stipule que « les services de santé au travail comprennent un service social du travail ou coordonnent leurs actions avec celles des services sociaux du travail prévues à l'article L. 4631-1 ». Ainsi, pour la loi, l'inclusion du service social est impérative. Il est important de relire cet article, qui mentionne également qu'un « service social du travail est organisé dans tout établissement employant habituellement 250 salariés. » Je vous invite à tirer les conséquences des subtilités que je viens d'expliquer. Cette réforme réglementaire est nécessaire, les textes n'ayant pas

¹⁴ « Un service social du travail est organisé dans tout établissement employant habituellement deux cent cinquante salariés et plus. »

été modifiés depuis 1942. La réactualisation des textes est essentielle compte tenu des besoins et des nouvelles modalités de fonctionnement des services.

Je vous remercie de m'avoir écoutée. Il n'est jamais évident de rédiger des textes mais ces derniers constituent un cadre qui permet aux professionnels de travailler.

De la salle

Je ne pense pas que les assistantes sociales disent que le service social du travail a disparu du code du travail. Elles remarquent simplement que désormais, seule l'assistante du service social assure le service social de santé au travail. L'assistante sociale n'est plus incluse dans le service social du travail.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Pouvez-vous nous donner des pistes sur le décret d'application ?

Annie Ho DINH-VRIGNAUD

Cela me serait difficile dès lors que le décret est en cours de rédaction. Il n'a pas encore fait l'objet d'une discussion avec les partenaires sociaux et les associations de professionnels. Il est vrai que le fait que le titre d'assistante sociale du travail n'apparaisse plus dans les textes n'est pas en adéquation avec les besoins du terrain. Nous devons tenir compte de cela. Comme l'a rappelé Jean-Denis Combrexelle, les textes sont écrits pour être applicables. Or pour cela, ils doivent correspondre aux besoins des usagers.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Jean-Denis Combrexelle a évoqué ce matin une urgence. Quel est le calendrier des prochaines étapes ?

Annie Ho DINH-VRIGNAUD

Les textes généraux d'application du service de santé au travail devraient être publiés au plus tard mi-janvier 2012. Nous devons consulter des instances telles que le Conseil d'orientation des conditions de travail avant de faire passer le texte en Conseil d'État. Nous devons préparer dans la foulée les textes réglementaires d'application sur les publics spécifiques dans les services de santé au travail. J'ai demandé que le texte réglementaire relatif aux services sociaux du travail soit rapidement rédigé afin d'assurer une bonne coordination entre l'organisation de ces services et les services sociaux inclus dans les services de santé au travail. Nous devons avancer sur tous les terrains à la fois compte tenu de l'étendue de la réforme. Nous espérons finaliser les textes avant le mois de mai 2012.

Synthèse de la journée

Jacques TRÉMINTIN, travailleur social dans la protection de l'enfance, journaliste, formateur et intervenant

Bonjour à tous. Je vais essayer de retransmettre ce que j'ai perçu de la journée, sachant que je ne travaille pas dans votre champ professionnel. Je travaille en effet dans un service d'aide sociale à l'enfance. Il peut toutefois être intéressant d'avoir un regard décalé. J'ai beaucoup appris aujourd'hui. J'éprouve toujours du plaisir à assister à ces journées, à retrouver un public rebelle et réactif. Je me demande alors pourquoi la rébellion est aussi forte chez les assistants sociaux du travail. Je pense que cette caractéristique est due au fait que vous devez vous battre en permanence pour imposer votre légitimité auprès des entreprises. Vous avez l'habitude de revendiquer votre point de vue et d'imposer votre posture face à vos partenaires.

Je dois dire que Jean-Denis Combrexelle est très courageux. Il est difficile d'être technocrate et de travailler avec un gouvernement qui, depuis cinq ans, ne s'est pas fait remarquer pour son caractère social. Très courageusement, il est venu présenter les travaux mis en œuvre suite au vote de la loi de juillet 2011. Les interventions qui ont suivi m'ont semblé traversées par la question suivante : le travail doit-il être au service de l'homme ou l'homme au service du travail ? Je pense que la position de l'assistant social du travail est garante du maintien de cet enjeu.

Françoise Léglise a commencé par remarquer que le travail pouvait être considéré comme une valeur première pour le développement de l'individu ou comme une source de souffrance lorsque l'humain devient une variable d'ajustement. Luce Janin-Devillars a souligné cette mise en balance entre la primauté de l'humain, l'intérêt des personnes et la primauté économique, l'intérêt de la production. Selon les périodes, la balance penche d'un côté ou de l'autre. Inutile de préciser qu'actuellement, certaines entreprises optent pour l'intérêt économique au détriment de l'être humain. Sylvie Queval a confronté l'auxiliaire avoir et l'auxiliaire être. Lorsqu'elle a évoqué la notion de « capital santé », nous avons été nombreux à penser au mécanisme de marchandisation dont le social commence à être victime, même si elle n'a pas exprimé cette idée comme telle. Être en bonne santé est synonyme d'aller bien, c'est-à-dire d'être capable d'agir sur son environnement, de devenir acteur de sa vie. Claude Buisset, de son côté, a également évoqué cette opposition. Elle a défini le travail comme un facteur de construction. Elle a dit que le travail lui-même ne rendait pas malade, mais seulement certaines contraintes afférentes. Jean-Denis Combrexelle a indiqué que le premier acteur de la santé au travail était le chef d'entreprise et ses méthodes de management. Il a ensuite affirmé que le premier acteur était le salarié lui-même. Il ne s'agit pas de développer des discussions stériles dans lesquelles il est question de savoir qui, de l'individu ou du groupe, entre en ligne de compte. Ces deux éléments sont intriqués. Les professionnels auront affaire à une fragilité constitutive de la personne. Celle-ci provoque toutefois des problèmes d'autant plus importants qu'elle est conjuguée à une approche managériale où la rentabilité prime sur ce que devrait apporter le travail.

Jean-Denis Combrexelle a répété à plusieurs reprises que la question de la santé au travail ne se résume pas à celle du stress. Et Luce Janin-Devillars, à travers l'évocation de la pyramide de Maslow, a décrit ce que notre société a mis en place depuis des décennies, et ce qui est identifié par les sociologues comme de l'insécurité sociale précisant qu'un travail devait fournir des ressources. Or combien de travailleurs pauvres comptons-nous de nos jours ? Il faut gagner 2 000 ou 3 000 euros pour se loger en région parisienne... Ainsi, le travail n'offre pas les ressources nécessaires pour vivre. Il devrait pourtant proposer une sécurité pour l'avenir, une sécurité aussi remise en cause par la précarité. La pyramide de Maslow rend compte du besoin d'appartenance. Pour preuve, nous avons tous vu les images d'explosion de colère de salariés qui ont travaillé pendant des années pour une entreprise et qui voient la communauté qu'ils ont formée disparaître suite à un licenciement collectif ou à une fermeture d'entreprise. La pyramide fait en outre état du besoin d'estime de soi. Luce Janin-Devillars a pourtant décrit un phénomène de maltraitance dans les entreprises. Au sommet de la pyramide se trouve le besoin d'accomplissement. Se réaliser, s'accomplir, être fier de son emploi sont des éléments remis en cause depuis des décennies.

La mise en œuvre de la prévention est complexe. Damien Cru a expliqué à ce sujet que la loi de juillet 2011 attribuait la mission de santé au travail non plus à une personne mais à un service. Elle rend obligatoire une prise en compte collective. La question est de savoir comment parvenir à travailler ensemble. Tous les secteurs de l'action sociale ont mis en place un certain nombre de méthodologies. L'une des approches possibles consiste à faire vivre la notion de partenariat. Dans ce cas, la logique est plutôt verticale : les professionnels sont mandatés et doivent rendre compte du travail qu'ils accomplissent. Il est également possible de travailler selon une logique de réseau, une logique qui se veut strictement horizontale. Les acteurs entrent dans le réseau volontairement et personne ne prend le pouvoir au sein de ce dernier, au risque de le faire exploser. Enfin, la logique de concertation s'est développée au cours des dix dernières années. Cette approche consiste à réunir tous les professionnels qui tournent autour d'une famille. La coopération me semble, telle qu'elle a été décrite, au carrefour de ces trois méthodologies : la méthodologie du partenariat, l'articulation du réseau compte tenu de l'importance de la démarche volontaire, la concertation avec l'inclusion du salarié.

La difficulté de la coopération se retrouve dans les trois autres approches. En tant qu'assistants des services sociaux, nous sommes des spécialistes de l'écoute de l'utilisateur. Toutefois, sommes-nous des spécialistes de l'écoute des autres professionnels ? Je n'en suis pas sûr. Il nous revient de travailler sur une culture qui ne nous est pas familière. Comprendre l'autre, se représenter son champ d'intervention, se répartir les tâches : toutes ces dimensions ont été proposées par Flore Barcellini. Toute une culture est à mettre en œuvre. Delphine Detraz a expliqué les difficultés qu'elle pouvait rencontrer pour convaincre certains médecins de la pertinence d'une coopération. N'existe-t-il pas, toutefois, des assistantes sociales ayant refusé de travailler avec des médecins du travail ? Nous devons, les uns et les autres, épouser une culture commune.

Claude Buisset a évoqué la belle parabole de la tour Montparnasse. Selon l'endroit où l'on se place, on a une vision différente de Paris. Il ne faut pas, toutefois, que l'un des partenaires se retrouve au sous-sol dans le cadre d'une

approche en réseau. Il faut une démarche de parité, d'égalité et d'équité dans la reconnaissance des professionnels. La coopération implique le respect de la spécificité de chacun et de la pertinence de sa parole.

Enfin, la question du secret professionnel est essentielle. La loi hospitalière de 2002¹⁵ a autorisé son partage dans les hôpitaux, la loi de protection de l'enfance de 2007 l'a autorisé pour les intervenants dans la protection de l'enfance. La loi de prévention de la délinquance de 2007 l'a également autorisé mais le partage n'a jamais été appliqué suite à une résistance du secteur socio-éducatif. J'attendais que la loi de juillet 2011 précise le cadre et le contexte du partage de l'information. Je constate que le législateur n'est pas allé aussi loin, peut-être pour en signaler les limites. Il avait peut-être d'excellentes raisons, des raisons qui se trouvent dans les excellents travaux de l'ANAS.

Je ne souhaite pas conclure sur un excès d'optimisme. Le docteur Claudie Lebaupain a indiqué que la coopération durait depuis plus de soixante ans. Elle a précisé, cependant, que la coopération était née à une époque où les services disposaient de temps et de moyens. Aujourd'hui, 80 milliards d'euros sont dépensés pour recapitaliser les banques et l'Europe décide de supprimer les subventions qui permettent de donner à manger à ceux qui « crèvent la dalle ». Les moyens sont là, mais ils sont distribués conformément à des choix politiques que je ne soutiens pas. Je me demande si la coopération entre professionnels n'est pas un moyen de réaliser des économies d'échelle. Nous manquons cruellement de médecins du travail et ce manque grandira dans les années à venir. Il est vrai que le développement de l'attractivité du métier est coûteux, mais il convient d'opérer des choix budgétaires. La France est un pays riche. Aussi la dimension positive de la coopération ne doit-elle pas endormir notre vigilance quant à une éventuelle volonté de réaliser des économies d'échelle.

Pour terminer, je souhaite insister sur le fait que si les textes juridiques visent à créer les conditions de la coopération, la reconnaissance des professionnels reste essentielle. Les assistants sociaux sont parfois obligés de se battre pour gagner en légitimité. Le droit devra clarifier le rôle des assistants sociaux et imposer aux entreprises de recourir à leurs services. L'énergie dépensée pour faire reconnaître sa légitimité est une énergie qui n'est pas dépensée au service du salarié. Au-delà de la question de l'explicitation du rôle et de la place de l'assistant social dans la loi, se pose celle du dynamisme d'une profession qui se bat pour défendre des valeurs. Je travaille pour la protection de l'enfance, pas pour des institutions qui mettent en balance l'intérêt de l'homme et celui du capital.

J'ai l'impression que si un seul professionnel devait rester dans l'entreprise pour que le travail soit au service de l'homme et pas l'homme au service du travail, celui-ci serait un assistant social.

¹⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Conclusion

Françoise LÉGLISE

La journée a été extrêmement riche, rythmée par des interventions de qualité. J'ai moi-même beaucoup appris. Je crois que cette journée constitue une belle réussite pour l'ANAS. Je vous remercie d'y avoir contribué par votre inscription, votre présence, vos questions et vos échanges riches et animés. Je suis heureuse de vous avoir reçus ici aujourd'hui. Je remercie le groupe qui a énormément travaillé sur cette journée et je vous donne rendez-vous dans deux ans. Merci à tous.

Communications

Hommage à Mary Ellen Richmond
pour le cent cinquantième de sa naissance

Mary E. Richmond : portrait d'une pionnière (1861-1928) p58
Brigitte BOUQUET

Mary E. Richmond : une figure oubliée ? p70
*Compte rendu de l'ouvrage d'Elizabeth N. Agnew,
From Charity to social work.*
Lilian GRAVIÈRE

Mary E. Richmond : portrait d'une pionnière (1861-1928)¹⁶

Brigitte Bouquet, professeur émérite, CNAM, Paris

150 ans !... Mary Richmond est née, il y a 150 ans. Contemporaine de Jane Addams et leader influente dans les mouvements caritatifs américains, attentive à la justice sociale, elle s'est engagée tôt dans l'action sociale, puis dans la recherche et la formation concernant le travail social et a ouvert la voie à une approche du *case work*. Rares sont les pays où le travail social n'a pas été influencé par sa réflexion.

1. Sa jeunesse (1861-1889)

Mary E. Richmond est née pendant la guerre de Sécession, le 5 août 1861, à Belleville dans l'Illinois où son père était allé pour bénéficier d'un bon salaire en faisant des affûts de canon. Deux ans plus tard, ses parents sont de retour dans le quartier ouvrier de leur ville natale de Baltimore où M. Richmond a grandi. Seconde d'une famille de quatre enfants, elle a été la seule enfant à avoir survécu. Au décès de sa mère, morte très jeune de tuberculose alors qu'elle-même avait 4 ans¹⁷, elle est élevée par ses grand-mère et tante maternelles. L'une et l'autre appartiennent à un milieu social peu aisé mais très ouvert. Dans la maison où sa grand-mère louait des chambres à bas prix, c'était un flux constant de personnes très diverses. Sa grand-mère étant suffragette, radicale et intéressée par le spiritualisme, Mary E. Richmond y entend des discussions très animées sur le suffrage des femmes, les problèmes raciaux, l'anti-vivisection, les idéologies politiques et sociales, la spiritualité... Encouragée à lire, à penser par elle-même et à élaborer ses propres arguments, elle a ainsi acquis une pensée critique et une attitude bienveillante envers les pauvres, les nécessiteux et les handicapés. Elle en a gardé un penchant pour les idées libérales, un esprit incisif, une capacité à examiner d'un œil critique toute idée émise, et beaucoup d'humour.

Sa famille n'étant pas favorable aux méthodes éducatives en cours dans l'enseignement, Mary Richmond n'entre à l'école publique qu'à l'âge de onze ans. Néanmoins, elle avait appris à lire très jeune et, peu surveillée, lisait passionnément tout ce qui lui tombait sous la main (notamment Charles Dickens et Maria Edgeworth¹⁸).

16 Reprise en français d'un article intitulé « Mary Richmond: una semblanza personal e intelectual (1861-1928) », publié en espagnol dans la revue *Cuadernos de trabajo social* de l'université Complutense de Madrid, vol. 24, 2011 ; voir <<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/issue/current>>.

17 Son père, qui s'est remarié et ne s'est pas beaucoup occupé d'elle, meurt de la tuberculose quand elle avait sept ans.

18 Charles Dickens (1812-1870), auteur anglais de nombreux romans parmi lesquels *David Copperfield* ou *Oliver Twist* ; Maria Edgeworth (1767-1849), auteur anglo-irlandaise de nouvelles et de romans consacra notamment son talent et sa plume à l'éducation de l'enfance et à la moralisation du peuple.

Si elle n'a pas bénéficié d'une instruction générale très encadrée et est, en grande partie, autodidacte, comme elle l'indiquera elle-même son « éducation était continue ». Sa situation d'enfant devenue unique et son entrée tardive à l'école sont causes de ses difficultés d'adaptation à la vie de groupe, ce qui ne l'empêchera pas de devenir souvent *leader* dans les jeux et les activités. Après l'obtention du diplôme d'école primaire, elle entre à l'école secondaire¹⁹ *Eastern female High School*, à l'âge de 13 ans. Elle y crée un club de littérature classique avec l'appui d'un professeur très apprécié des élèves, et elle veille à ce que chaque participant y présente l'étude d'articles parfois difficiles mais librement choisis. Un de ses professeurs se souvint plus tard :

*Even at the early age of her graduation she was unusual in mental attainments, in grace of manner, in high ideals, and in the humanities*²⁰. (« À l'âge précoce de son diplôme, elle était exceptionnelle par ses talents mentaux, ses manières gracieuses, ses idéaux élevés, son humanité. »)

En 1878, à l'âge de dix-sept ans, diplômée, Mary Richmond travaille pendant quelques semaines dans une usine puis part rejoindre sa tante qui travaille dans une maison d'édition à New York. Engagée comme secrétaire, elle assure également une fonction de correctrice et de maquettiste. Les deux femmes vivent dans une chambre meublée et, après des journées de travail de 12 à 14 heures parfois, le soir, Mary apprend la sténographie. Mais sa tante devient très malade et retourne à Baltimore où elle restera jusqu'à la fin de sa vie, financièrement dépendante de sa nièce, qui doit alors se débrouiller par elle-même dans un environnement qui lui est étranger. Seule, presque sans amis, obligée de faire face à cette nouvelle charge avec de faibles ressources qui entraînent sa sous-alimentation, Mary Richmond essaie de surmonter son isolement de la meilleure façon possible, assistant aux conférences de la Cooper Union. Vers 1886, elle devient membre de l'église unitarienne et commence à prendre part aux activités organisées en soirée pour les jeunes adultes. Elle dira de cette période qu'elle fut la plus amère de sa vie :

you cannot be so lonely as in a large city... I craved, just as every girl does who is lonely, affection and friends (« vous ne pouvez pas être si seule dans une grande ville... J'avais envie, comme toutes les jeunes filles qui se sentent seules, d'affection et d'amis »)

Depuis son enfance, Mary Richmond vivait avec l'idée qu'elle mourrait de la tuberculose comme ses parents. Craignant d'en être atteinte, elle décide de consulter un des plus grands spécialistes de New York tout en le prévenant qu'elle ne peut pas lui régler ses honoraires. Considérant son état comme grave, celui-ci lui enjoint de cesser de travailler et de partir se reposer à la campagne. Après qu'elle lui a expliqué qu'il lui est impossible d'arrêter son travail, il lui prodigue des recommandations sur l'alimentation, le sommeil et lui prescrit des exercices respiratoires. Elle suit ses conseils, part s'installer à Brooklyn et profite des traversées en bac pour faire ses exercices physiques. Sa santé

19 À cette époque, très peu de filles entraient à l'école secondaire et elles étaient encore moins nombreuses à en sortir diplômées. Seules 30 élèves de cette école ont pu obtenir leur diplôme en 1878.

20 *The Sun*, Baltimore, July 8, 1922. Letter to the editor after Miss Richmond had received an honorary degree, cité par Pumphrey Muriel W, « Mary E. Richmond, the practitioner », *Social Casework*, n° 42, 1961.

s'est progressivement améliorée, mais quelque temps plus tard, Mary Richmond contracte le paludisme, ce qui l'oblige à retourner à Baltimore.

2. Baltimore (1889-1900) : découverte du « social »

Après cette épreuve de santé, Mary Richmond travaille à Baltimore comme comptable dans une papeterie puis prend un emploi de comptable-intendante dans une pension.

À l'image de son éducation générale, son éducation religieuse se fait au gré des circonstances. Elle se refuse à accepter quelque dogme que ce soit et tout ce qui ne satisfait ni son intelligence ni son sens de l'esthétique. Elle rejoint l'Église unitarienne locale²¹ où elle noue des amitiés profondes et devient membre du conseil. Très impliquée, largement marquée par le mouvement du *Social Gospel*, Mary Richmond acquiert une plus grande confiance en elle et commence à découvrir sa vocation. Elle s'efforce de trouver des applications pratiques des enseignements religieux en réponse aux problèmes sociaux qui accompagnent l'industrialisation rapide, l'urbanisation et la pauvreté, et développe ses compétences sociales. Elle enseigne à « l'école du dimanche », formant des jeunes de son âge à l'étude des textes de Shakespeare. De plus, elle s'ouvre à la musique et à la philosophie. Son ascendant et son rayonnement sont remarquables.

Ses champs d'intérêt s'élargissant et ses capacités se développant, Mary Richmond souffre de la monotonie de son travail. À 27 ans, par les annonces du journal de Baltimore *The Sun* en date du 16 décembre 1888, elle apprend que la Charity Organization Society de Baltimore, recherche une assistante-trésorière :

The Charity Organization Society desires the service of an educated lady or gentleman of good social position and well acquainted in the city to collect its subscription and extend its membership and a knowledge of its methods and aims throughout all classes of the community.

« La Charity Organization Society [ligue de bienfaisance] recherche les services d'une femme ou d'un homme instruit, d'un bon milieu social, de bonne réputation en ville, pour recueillir les souscriptions, recruter des membres et faire connaître les méthodes et les buts de l'association dans toutes les classes sociales de la communauté. »

S'ajoutent quelques précisions :

« un salaire minimum de 50 \$ par mois sera versé et peut être augmenté si le travail est de qualité. La réponse du candidat doit être manuscrite, indiquer l'âge, le lieu de résidence et l'activité antérieure, et contenir des références satisfaisantes quant à la capacité et le caractère ».

Vingt et une personnes postulent (des ex-enseignants, des vendeurs, un

21 Bien que les origines de l'unitarisme remontent à la Réforme et au-delà, les traditions de l'Église unitarienne en Amérique s'inspirent d'un sermon célèbre prêché par le pasteur William Ellery Channing à Baltimore en 1819.

fabricant de cigares, une couturière, des jeunes médecins)²². Encouragée par ses amis, bien qu'elle ne connaisse pas cet organisme, Mary s'y présente par une soirée pluvieuse pour une entrevue avec le président. Celui-ci dira plus tard qu'elle avait l'air « pathétiquement jeune » mais parlait comme une « sage ». Au cours de cette entrevue, elle comprend les possibilités qui s'ouvrent à elle. L'association est jeune, endettée mais se bat pour promouvoir ses idées qui sont de combiner et de développer toutes les ressources de bienfaisance de la communauté pour le soulagement de la pauvreté, la prévention du paupérisme et du crime, et l'élévation du niveau social. La grande capacité d'organisation de M. Richmond, son aptitude à parler, son esprit fin, son aspiration à plus de responsabilité sont reconnues et elle est engagée.

La Charity Organization Society de Baltimore²³ avait été fondée en 1881 par Daniel C. Gimnan, de l'université Johns Hopkins. Il était secondé par un jeune et brillant étudiant, Amos G. Warner qui développait l'assistance décentralisée, l'aide pertinente basée sur une enquête approfondie. S'étant donné pour objectifs d'attaquer les causes de la pauvreté et la corruption politique, la Charity Organization Society promeut la coopération entre les organismes sociaux et les individus en établissant une relation démocratique, un pont entre les privilégiés et les laissés-pour-compte, entre les riches et les pauvres, notamment à l'aide des *friendly visitors*. Cette conception est acceptée avec enthousiasme par Mary Richmond qui, tout en l'adaptant, y consacrera sa vie.

Après quelques mois, elle persuade le président du comité exécutif, John Glenn²⁴, de lui permettre de devenir un « visiteur amical ». Au cours de son stage de formation d'une semaine à Boston, sous la direction de Zilpha D. Smith qui devient son inspiratrice et sa conseillère, Mary Richmond entre en contact pour la première fois avec des visiteurs sociaux qui tentent de formaliser avec elle les premiers rudiments de leur action.

De retour à Baltimore, elle prend ses fonctions d'assistante-trésorière et est chargée de la propagande. Son travail consiste à tenir les comptes des contributions collectées et à prendre contact individuellement avec les personnes qui ne les renouvellent pas. Elle a immédiatement commencé à rechercher un fonctionnement plus efficace et mieux coordonné et en multipliant des formes originales de publicité. On dit que son charme convertit beaucoup d'indifférents ou des contributeurs sceptiques en partisans actifs de ses programmes.

La nécessité d'expliquer le travail de son organisme dans les conférences (elle en fait une trentaine en neuf mois) et le souci de solliciter des personnes ont constamment poussé Mary Richmond à en savoir davantage sur les activités des visiteurs bénévoles.

22 Il manque la lettre de Mary Richmond, probablement détruite dans un incendie qui a consumé tous les dossiers administratifs de l'agence.

23 Cette société est une filiale américaine de l'organisation Octavia Hill « dont l'idéologie reposait sur la prise de responsabilités personnelles de la part des pauvres et demandait une action limitée des pouvoirs publics » (<<http://fr.wikipedia.org>>). Pour en savoir plus sur l'histoire de la Charity Organization Society de Baltimore voir les archives de la Russell Sage Foundation, déposées au Rockefeller Archive Center Sleepy Hollow (NY) (<<http://www.rockarch.org/>>).

24 Avocat semi-retraité et dirigeant d'entreprise, il s'est consacré presque à temps plein aux travaux de la société. Il a un étroit contact avec les universitaires, s'intéresse vivement aux idées sociales et politiques qui courent en Europe et en Amérique.

Dans ce volet d'activité de « visiteuse », elle rencontre les personnes dans le besoin et les aide à améliorer leur situation. Bien que le nombre total de « cas » qu'elle a suivis ne soit pas connu, ses contemporains ont évoqué dans leurs souvenirs le caractère sporadique de sa pratique, sur une base volontaire, et qu'elle n'avait jamais travaillé avec plus de trois ou quatre familles à la fois. Mary Richmond commence à développer de nombreuses idées sur la forme d'aide à apporter, estimant que le système caritatif en place, marqué par la condescendance des dames « riches », était à revoir, constatant de nombreuses incohérences dans les actions et l'absence d'une logique de type scientifique. Elle réfléchit à la façon dont des interventions pourraient être améliorées afin d'aider ceux qui sont dans le besoin.

Au printemps de l'année 1890 se tient à Baltimore, The National Conference of Charities and Correction, qui donne à Mary Richmond l'occasion de rencontrer les leaders de ce mouvement. Elle y prononce sa première communication ; de même, elle représente la Young Women's Christian Association (YWCA) de Baltimore à la convention nationale de travail féminin à New York.

Le poste de secrétaire général étant vacant en 1891, John Glenn le lui propose, impressionné par la personnalité de Mary Richmond et ses réalisations²⁵, et bien qu'elle soit jeune, de sexe féminin et qu'elle n'ait pas fait d'études universitaires. Alors que, au début des années 1890, le rôle d'administrateur dans un organisme social est mal défini, elle l'accepte et familiarisée avec les théories administratives avancées par Charles Loring Brace, de la New York Children's Aid Society, et par Franklin Sanborn, secrétaire de the National Conference of Charities and Correction²⁶, elle réorganise rapidement l'instance qui périlait afin que celle-ci fonctionne efficacement.

Elle continue à s'intéresser fortement aux interventions, combinant ses qualités d'observateur et son écoute attentive des visiteurs²⁷, et cherchant à les théoriser.

En 1895, lorsque John Glenn n'est plus actif, elle prend la responsabilité totale des opérations. On recherche et on écoute attentivement ses conseils. Car sa démarche consiste à construire une pratique du social s'appuyant sur une analyse des besoins, et des carences, afin de susciter de nouvelles modalités d'intervention et de concevoir une organisation sociale pour remédier aux manques (par exemple, la lutte contre les taudis et l'expérimentation de logements sociaux). Elle contribue à des réformes de législation sociale, *via* notamment les mesures sanitaires, l'interdiction de la mendicité et de la prostitution, l'amélioration de l'hospice local, le travail des enfants, la garde d'enfants... Elle organise plusieurs groupes de destinataires tels les « clubs de mères », anime des débats sur les modes de garde des enfants, l'économie domestique, les problèmes familiaux, etc. Elle publie de nombreux articles

25 Mary Richmond a toujours considéré John Glenn et Zilpha Smith comme les deux personnes ayant eu le plus d'influence sur elle.

26 Les deux hommes ont rapidement vu dans cette administratrice un leader et un(e) innovateur(trice).

27 Dans l'article déjà cité de Pumphrey Muriel W., l'auteur décrit Mary Richmond comme séduisante physiquement, avec les yeux d'un bleu intense et « un lent sourire d'appréciation qui s'élargit au cours de la conversation » (*Social Casework*, n° 42, 1961).

Consciente des lacunes des *friendly visitors* et *volunteers for social service*, Mary Richmond développe de nombreuses formations pour eux, les recevant chez elle pour de longues soirées de lectures et d'échanges. Elle suscite la création de bibliothèques dans les organismes locaux. À la conférence nationale des organismes de bienfaisance de Toronto, en 1897, elle prononce un vibrant plaidoyer pour la formation et la création d'écoles de service social. En 1898-1899, elle contribue à la création de la New York School of Applied Philanthropy, première école sociale à New York, dans laquelle elle enseignera.

En 1899, Mary Richmond publie *Friendly visiting among the poor. A manual for charity Workers*. Ce petit ouvrage, conçu comme un manuel pour ceux qui se lancent dans la bienfaisance, est une compilation de ce qu'elle estimait utile dans ses séances de formation et demeure l'une des meilleures descriptions de son travail de *friendly visitor*. Elle y souligne l'importance de l'intervention sur l'aide à l'individu dans le contexte de son groupe et de ses relations familiales ainsi que le rôle essentiel joué par l'aide mutuelle et les ressources communautaires dans le développement du bien-être et l'avenir des familles.

3. Philadelphie (1900-1909) : une conception maîtrisée du social

En 1900, Mary Richmond accepte de prendre la direction de l'agence de Philadelphie où elle est confrontée à un fonctionnement différent. Alors que la Charity Organization Society (COS) de Baltimore faisait des enquêtes d'évaluation des secours et recommandait que d'autres organismes y pourvoient, elle-même ne disposant pas de fonds propres importants, l'agence de Philadelphie lève régulièrement des sommes importantes pour les secours directs, tout en mettant moins l'accent sur eux que sur la réhabilitation économique et sociale. Même si elle n'a pas abandonné son intérêt pour le développement de la philosophie des interventions, Mary Richmond est obligée de porter davantage son attention aux problèmes de l'administration et à la collecte de fonds.

Elle continue à participer à l'élaboration de lois, enseigne dans les écoles de formation sociale créées à Boston, New York et Philadelphie, et continue à écrire (elle publie notamment, en 1907, *The Good Neighbor in the Modern City*). Elle devient rédactrice de la revue *Charities* créée par l'agence et dont le premier projet est de publier une série de petits essais sur les divers aspects de l'enquête sociale par les travailleurs sociaux les plus connus.

Mary Richmond n'ira qu'une seule fois en Europe, en 1903 et au cours de ce voyage en Grande-Bretagne et en Écosse, avec des amis, elle allie les activités culturelles à l'étude du travail social (rencontres avec des travailleurs sociaux, visite de *settlement houses*, inspections d'ateliers, sessions avec les comités de district de la London Charity Organisation Society).

Autorité reconnue, les intérêts de Mary Richmond ont été plus centrés sur la recherche, l'enseignement et l'écriture, à la fin de ses neuf années à Philadelphie.

4. Russell Sage Foundation (1909-1922) : la conception du case work

Lors de sa création en avril 1907 à New York, Mary Richmond s'intéresse à la Russell Sage Foundation²⁸ dont l'objectif est alors de se consacrer aux questions sociales concernant l'immigration, la culture, la religion, l'éducation, les problèmes économiques et sociaux, le marché du travail, en vue d'améliorer « les conditions de vie au sein de la société des États-Unis ».

En 1909, la Russell Sage Foundation sollicite Mary Richmond qui devient directrice de son *charity organization department* et le reste jusqu'à sa mort. Ce statut lui a permis d'avoir une forte influence comme administratrice, comme chercheuse, comme praticienne, comme enseignante.

Il faut cependant noter que, bien que très occupée, elle garde une vie culturelle, reprend ses leçons de piano et voit ses amis artistes. Sa santé étant très fragile, elle fait restaurer une maison de campagne dans les Castkill Mountains où elle séjourne l'été avec des amis de Philadelphie.

Administratrice et partie prenante des politiques sociales

Comme administratrice de La Russell Sage Foundation, Mary Richmond participe à l'effort d'organisation et de coopération des associations de bienfaisance pour assurer une répartition plus efficace et plus humaine des ressources aux pauvres. Elle est également administratrice dans de nombreux comités.

En 1917, elle fit remplacer la *National Conference of Charities and Corrections* par la *National Conference of Social Work*. Lors de la conférence nationale de 1910, elle présente un rapport sur l'interdépendance des modes et structures d'intervention sociale — 67 organisations nationales dont 39 fondées au cours de la décennie précédente —, et sur la contribution possible des travailleurs sociaux à leurs campagnes nationales. Elle propose que ceux-ci deviennent des agents locaux de leur promotion, en se chargeant localement des informations sur elles et de la coordination de leurs activités, afin que « consciemment et délibérément ils soient au point d'intersection avec chacun de ces mouvements nationaux... un moyen de renforcer l'ensemble du tissu social ».

À partir de sa réflexion sur le travail social, elle conclut que les interventions sociales ne seraient un succès à long terme que si le travailleur social s'engageait, non seulement avec les familles ou les individus, mais aussi dans les programmes de réforme sociale. Selon elle, ces programmes pouvaient donner l'impulsion pour optimiser des interventions, riches de « plus de ressources variées, adaptables à des situations particulières ».

Les premières années, les recherches portant sur les problèmes des pauvres et des personnes âgées ainsi que sur l'amélioration des hôpitaux, Mary

28 Un don de 10 millions de dollars fait par Margaret Olivia Slocum Sage, seconde épouse et veuve de Russell Sage, administrateur de chemin de fer et financier est à l'origine de sa création. <<http://www.russellsage.org/about>>.

Richmond estimait nécessaire de faire paraître une série de petites brochures destinées à un large public qui commençait à s'intéresser aux problèmes sociaux. Celles-ci devaient faire autorité sans pour autant être détaillées, être faciles à lire et à comprendre. Onze opuscules parurent sur des thèmes tels que *Les mères célibataires*, *Qu'est-ce que l'organisation de la charité ?*, *La famille immigrante*, etc.

Durant chaque période de chômage aux États-Unis, ses collègues qui en étudiaient les conséquences vinrent consulter Mary Richmond. Ainsi, lors de la dépression de 1921, contactée par Mary Van Kleeck qui devait faire une communication sur le chômage à la conférence des présidents, elle lui remit un récapitulatif des mesures d'urgence. Déçue par le nombre, trop petit, de travaux consacrés au chômage, elle engagea Philip Klein pour faire une recherche qui fut publiée en 1923 sous le titre *The Burden of Unemployment : a Study of Unemployment Relief Measures in Fifteen American Cities, 1921-1922*²⁹.

En 1919, elle envisage une série de « brèves » qui traitent des relations conjugales sans avoir soupçonné que la seule recherche sur l'application des lois du mariage aux États-Unis comporterait trois livres et un opuscule, et demanderait cinq années ! À *Study of Nine Hundred and Eighty-five Widows Known to Certain Charity Organization Societies in 1910*³⁰ porte sur les familles, les situations de travail, et la protection sociale des veuves. Dans ses dernières années, elle s'est intéressée à la loi sur la réforme du mariage qu'elle discute en 1925, dans *Child Marriages* (notamment les aspects psychologique, racial, social), et dans un œuvre posthume, *Marriage and the State*, écrite avec Fred Hall et publiée en 1929. Ces recherches ont eu un grand impact sur l'amélioration de la législation. Toutefois, Mary Richmond souhaitait vivement en voir la fin pour revenir à une pratique plus centrée sur le *case work*.

Impliquée dans la vie citoyenne et nationale

Mary Richmond avait vécu deux dépressions industrielles, l'une en 1897, l'autre en 1907-1908, mais la première guerre mondiale l'avait particulièrement mise à rude épreuve. Depuis le début de cette guerre, dont elle suivait attentivement les événements, elle éprouvait de la sympathie pour les objecteurs de conscience, approuvait la politique de non-intervention du président Wilson et redoutait la déclaration de guerre des États-Unis. Cependant, elle s'est sentie très concernée par leur entrée en guerre, souhaite la victoire et s'impliqua.

Dès l'hiver 1914-1915, le chômage pèse lourd sur les organisations caritatives dont les ressources sont mises à contribution pour aider à passer cette crise. Aussi, le département qu'elle dirige organise-t-il les échanges entre elles sur la situation des sans-emploi. Mary Richmond est souvent consultée, par exemple dans l'étude sur le chômage réalisée à la demande du maire de New York, John Purroy Mitchel, ou par l'assemblée des organisations féminines de New York. Elle participe à la création d'un comité de soutien aux familles étrangères internées. Désirant que chacun mette ses capacités au service de la Nation, elle veut que le *case work* soit mis au service du plus grand nombre et

29 « *Le fardeau du chômage : une étude des mesures de lutte contre le chômage dans quinze villes américaines* ».

30 « *Étude sur neuf cent quatre-vingt cinq veuves connues d'associations caritatives en 1910* ».

notamment des familles de soldats et de marins. Avec le Service accueil de la Croix-Rouge, Mary Richmond oriente les travailleurs sociaux qui vont à domicile aider les soldats et leur famille à faire face aux problèmes qu'ils rencontrent. De plus, des médecins, des psychiatres et des psychologues confrontés aux soldats perturbés psychologiquement considèrent le travailleur social comme un allié naturel et commencent à faire appel à lui en tant que spécialiste de l'adaptation sociale. Mary Richmond inventa le nom « *Home Service* » pour ce travail national et entreprit, en juin 1917, de rédiger un opuscule de 36 pages, portant ce titre et publié par la Croix-Rouge³¹. Elle y voyait l'opportunité d'exposer, dans le langage le plus simple possible, pour toucher une audience large, les principes essentiels et les méthodes du *case work*.

Au retour de la paix, du fait de l'organisation imbriquée de la Croix-Rouge et du service social, plusieurs dirigeants de la Croix-Rouge s'apprêtèrent à engager un ambitieux programme social et de santé, mais Mary Richmond s'y opposa. D'une part, elle estima que c'était une violation des accords tacites qui portaient sur le prêt temporaire de ses meilleurs agents sociaux pour répondre aux besoins d'urgence. D'autre part, elle considéra comme inadéquat le projet d'une organisation centralisée et dirigiste du travail social. Cette controverse n'a jamais fait l'objet d'un débat public mais elle concrétisa le clivage entre ceux qui pensaient que la Croix-Rouge devait rester une organisation humanitaire intervenant dans le cadre de situations d'urgence et de désastres, et ceux qui voulaient continuer à lui donner une place importante dans le travail social en général.

Enseignante et chercheuse du travail social

Inlassablement, Mary Richmond continue d'élaborer la démarche du *case work* et de l'enseigner autant aux jeunes travailleurs sociaux qu'aux plus âgés, aux assistants de secrétaires généraux d'association... Participant activement aux différentes conférences nationales de *Charities and Corrections* (Havane, Portland, Philadelphie) depuis 1905, Mary Richmond devient une figure nationale. Elle institue une conférence annuelle du travail social et donne des cours notamment à l'École de la philanthropie appliquée de New York, à l'université de Pennsylvanie et contribue indirectement à la création de l'école de service social et de santé de Pennsylvanie. En 1911, elle crée la supervision qu'elle dote de trois fonctions principales — éducative, administrative et de soutien —, et institue la conférence des superviseurs³². De 1910 à 1922, elle développe et dirige des instituts d'été, assistée par les secrétaires des sociétés caritatives.

Depuis qu'elle était à Baltimore, elle pensait à un ouvrage et, dès 1902, avait commencé à recueillir les matériaux et les rapports sur les familles aidées, auprès de nombreux travailleurs sociaux et de 57 agences. Fin 1912, elle avait obtenu les trois quarts des « situations sociales » qu'elle commença à analyser. En 1913, elle entreprit la rédaction de cette volumineuse étude basée sur

31 Voir aussi Mary Richmond, *War and Family Solidarity*, Nabu Press, 1913.

32 « Ce qu'il faut bien appeler le génie de la supervision, c'est de mettre en relation directement l'expertise d'un professionnel expérimenté – le superviseur – et la situation réelle apportée par l'assistante sociale avec son implication personnelle, culturelle, émotionnelle et cognitive en même temps. » (Eliane Leplay, « La clinique en travail social », *Les cahiers de la Praf*, n° 1, <<http://www.praf-alsace.org/>>.

2 800 cas. La conception du livre évolua, nécessitant une constante révision du plan (Mary Richmond découvre par exemple l'intérêt d'un rappel historique et pour cela dut recourir aux conseils de Miss Lucy Salmon, professeur d'histoire au Vassar College de Poughkeepsie, New York). Après avoir pensé appeler cet ouvrage *First Steps in Treatment*, Mary Richmond choisit définitivement le titre *Social Diagnosis* en 1916 et le volume est mis en vente en mai 1917. Ce livre est conçu comme un classique incontournable de technique professionnelle, devient la Bible de tout travailleur social. « Il est certain qu'aucun ouvrage sur le service social n'avait suscité le respect des autres professions comme *Social Diagnosis*³³. » Bien plus qu'un simple livre, l'ouvrage a donné un point d'ancrage et une reconnaissance de la professionnalité du travail social³⁴.

Mais Mary Richmond le considère comme un début et veut le prolonger par un autre ouvrage. Après la parution de *Social Diagnosis*, elle commence un livre destiné aux bénévoles en vue de leur transmettre une approche du *social case work*³⁵. Cet ouvrage avançant très lentement, elle modifie son projet en 1919 en raison des évolutions sociales en cours. En effet, d'une part, le statut des bénévoles se dégradait et d'autre part la théorie du développement de la personnalité se développait. Ceci modifia son approche, et elle décida d'exposer des situations et des méthodes plus complexes, prenant appui sur les points forts du « client » et les appliquant à toute personne en difficulté. Elle y défend l'idée que l'assistance matérielle et le *case work* sont deux approches différentes, pas nécessairement associés³⁶. Elle y précise la distinction entre le travailleur social, qu'elle voyait comme détenteur d'une compétence précieuse et d'une formation dans le développement de relations humaines, et l'individu ordinaire utile ou personne-ressource, préoccupé par Autrui, mais ne possédant pas de compétences particulières ou une formation dans ce domaine. Son approche promeut le développement de la personne, de sa famille, de sa communauté et se caractérise, dit-elle, par « les processus qui se développent grâce à des ajustements de la personnalité conscients touchés, individu par individu, entre les hommes et leur environnement social ».

En tant que lectrice et auteur, elle était préoccupée par la recherche du mot juste et luttait contre le jargon professionnel du travail social, cherchait à établir un vocabulaire commun, et modifiait régulièrement des appellations qu'elle jugeait obsolètes. Par exemple, elle fit un éloquent plaidoyer en faveur de « National Conference of Social Work » s'opposant à une dénomination contenant « Social Welfare » ou « Social Service » ou encore « Betterment Social ».

En 1918, elle réunit un groupe de travailleurs sociaux représentant les différents champs du travail social et l'organise en comité d'organisation profes-

33 Voir Mary Richmond, *The Long View*, Philadelphia, Russell Sage Foundation, 1930.

34 Ce fut un changement car en 1915, le Dr Abraham Flexner, autorité de l'enseignement professionnel, avait déclaré que le travail social n'était pas encore une profession et particulièrement critiqué le manque de technique éducative.

35 Ce livre intitulé *What is Social Case Work ? An Introductory Description* fut publié en 1922.

36 Bien qu'appréciant la théorie de Carl Jung (1875-1961), fondateur du courant de la psychologie analytique et celle d'Adolf Meyer (1866-1950), considéré comme fondateur de la psychiatrie américaine, elle a toutefois estimé et soutenu que le rôle majeur du travail social est le traitement individuel, de la famille, de l'environnement social.

sionnelle³⁷, avec les deux objectifs de développer une terminologie et un code éthique.

Sa santé commençant à décliner, elle doit passer chaque été dans un climat plus favorable et, à partir de 1920, séjourne régulièrement dans le New Hampshire. Là, elle participe à un groupe composé d'universitaires et de leurs amis, heureuse de cette vie communautaire, émaillée de pique-niques impromptus et surtout, le dimanche soir, de rencontres pour des débats informels.

En 1921, elle a le plaisir de recevoir à titre honoraire le diplôme de Master of arts du Smith College (Northampton, MA), « pour l'établissement de la base scientifique d'une nouvelle profession ». L'année suivante, au cours de laquelle est publié son ouvrage *What is Social Case Work ?*, elle quitte la Russell Sage Foundation.

Après 1924, son état de santé s'aggravant, elle travaille de plus en plus chez elle, réduit ses activités professionnelles et a peu de contact avec les jeunes travailleurs sociaux qui la considèrent dès lors comme une légende. Elle organise sa vie autour de rencontres avec ses vieux amis, « The Talkers », mettant au programme des thèmes aussi divers que les méthodes de l'histoire, la nouvelle biologie, la vie et les travaux de Faraday et Pupin, la théorie électrodynamique... et se passionne pour des biographies.

La dernière tâche de Mary Richmond fut de proposer et de travailler à la conception de la célébration du cinquantième anniversaire de la Charity Organization aux États-Unis. Bien qu'elle fût quasiment invalide, elle fit une communication et reçut une chaleureuse ovation en remerciements de l'effort qu'elle avait fait. Ce fut pour elle la dernière occasion de rencontrer des travailleurs sociaux.

L'année suivante, une tumeur maligne fut diagnostiquée sans espoir d'opération. Elle se rendit à la maison de santé de Brighton, dans le Massachusetts, apaisée, prête à la mort. Elle y corrigea les épreuves d'un livre dont elle ne verra jamais la parution (*Marriage and the State* publié en 1929 après remaniement du dernier chapitre). Elle mourut chez elle à New York, le 12 septembre 1928.

En guise de conclusion

On peut dire que la philanthropie scientifique de Mary Richmond, sa pratique des interventions aboutissant au *case work*, ses talents administratifs, son goût pour la recherche et sa volonté de la nécessité de la formation en travail social sont reconnus unanimement.

37 Et sans doute aussi conceptuelle, bien que cette dernière composante soit moins claire et moins bien cernée que les deux autres. Voir par exemple la thèse de Samuel Boussion sur l'histoire de l'Association nationale des éducateurs de jeunes inadaptés (ANEJI), Les éducateurs spécialisés et leur association professionnelle : l'ANEJI de 1947 à 1967. Naissance et construction d'une profession sociale, thèse de doctorat d'histoire contemporaine soutenue le 15 décembre 2007 à la faculté des lettres, langues et sciences humaines d'Angers.

Bibliographie

Ouvrages de Mary Ellen Richmond. On lui doit de nombreux articles, conférences et livres dont les plus connus sont :

Friendly Visiting among the Poor, The Macmillan Co, 1899, 159 p.

The Good Neighbor in the Modern City, J. B. Lippincourt Co, 1907, 152 p.

The Biography of a Social Worker, New York, American association for organizing family social work, 1982.

A Study of Nine Hundred and Eighty-Five Widows Known to Certain Charity Organization Societies in 1910, Russell Sage Foundation, 1913.

Social Diagnosis, Russell Sage Foundation, 1917.

What is Social Case Work ?, Russell Sage Foundation, 1922, 268 p. Traduit et publié en français en 1926, il a été réédité sous le titre *Les méthodes nouvelles d'assistance : le service social des cas individuels*, Rennes, Éditions EHESP, 2002.

Child marriages, en collab. avec Fred Smith Hall, Russell Sage Foundation, 1925, 155 p.

Marriage and the State, en collab. avec Fred Smith Hall, Russell Sage Foundation, 1929, 395 p.

The Long View: papers and addresses, Russell Sage Foundation, 1930, 642 p. (posthume).

Ouvrages sur Mary Ellen Richmond

AGNEW Elisabeth, *From charity to Social Work : Mary E Richmond and the Creation of an American Profession*, Champaign (IL), University of Illinois Press, 2004.

BOUQUET Brigitte, « Préface », in Mary E. Richmond, *Les méthodes nouvelles d'assistance : le service social des cas individuels*, Rennes, Éditions EHESP, 2002.

BYINGTON Frances Margaret, *What Social Workers Should Know about their Communities: an Outline*, Russell Sage Foundation, 1912.

KELLOGG Marjorie, *The Long Journey: a Biography of Mary Richmond*, mémoire, Northampton (MA), Smith College, School for Social Work, 1951.

KIRKS-ASMAN Karen K., *Introduction to Social Work & Social Welfare: Critical Thinking Perspectives*, Saint Paul (MN), Brooks Cole, 2009.

MIZRAHI Terry, DAVID Larry, *The Encyclopedia of Social Work*, vol. 4, New York, National Association of Social Workers/Oxford University Press, 2010.

MURDACH Allison D., « Mary Richmond and the image of social work », *Social Work*, 1^{er} janvier 2011.

PUMPHREY Muriel W, « Mary E. Richmond, the practitioner », *Social Casework*, n° 42, 1961.

SPECHT Harry, Courtney Mark, *Unfaithful Angels : How Social Work Has Abandoned its Mission*, New York, The Free Press, 1994.

STUART Paul H., « Linking clients and policy: social work's distinctive contribution », *Social Work*, juillet 1999.

Mary E. Richmond une figure oubliée ?

Compte rendu de l'ouvrage d'Elizabeth N. Agnew : *From Charity to social work. Mary E. Richmond and the Creation of an American Profession, Champaign (IL), University of Illinois Press, 2004*

Lilian GRAVIÈRE, doctorant en philosophie, formateur à l'institut de travail social de la région Auvergne (ITSRA 63)
lilian.graviere@itsra.net

1. Quiconque se penche sur l'histoire du travail social français doit accepter deux prémisses implicites et souvent mal considérées à leur juste valeur. La première tient à la primauté historique, organisationnelle³⁸ de la profession d'assistante sociale dans les secteurs clefs de l'animation et de l'éducation spécialisée. La seconde affirme simplement que le travail social est tout autant une création française qu'anglo-saxonne, notamment américaine.

De ce point de vue le récent travail de G. Perrot, O. Fournier et G.-M. Salomon³⁹, permet une analyse croisée, fine, documentée et particulièrement stimulante de cette histoire de la part américaine du travail social français qui, introduite dès les années 1920 par le Dr Paul-Félix Armand-Delille, fut cependant pleinement effective après les années 1950 et l'initiation des praticiens et formateurs en service social à la philosophie et à la méthodologie du *social casework*⁴⁰. Une figure centrale, parce que fondatrice, apparaît, celle de Mary Ellen Richmond (1861-1928). C'est à la vie et l'œuvre de cette femme que l'ouvrage de l'universitaire américaine Elizabeth N. Agnew présenté ici est dédié.

2. Ce beau livre, à la langue claire et fluide, servi par une impressionnante bibliographie, relève des nombreuses études américaines récentes consacrées à la *progressive era* (1890-1920). Cette ère progressiste, qui vit ce pays se doter d'une première législation sociale, d'avancées significatives du droit des femmes, a été nourrie par l'ambiance d'effervescence intellectuelle où apparaissent les sciences sociales américaines, les grandes doctrines que sont l'école de Chicago en sociologie ou le pragmatisme en philosophie, et ce dans un but simple mais vital, la concrétisation de la démocratie américaine face aux questions sociales de l'époque. La thèse implicite de l'ouvrage de M^{me} Agnew est, on l'aura compris, de replacer Mary E. Richmond au sein de ce grand mouvement historique.

Autant le dire d'emblée cette biographie est sans doute la première du genre à s'intéresser à celle qui fut l'une des fondatrices du travail social améri-

38 Et sans doute aussi conceptuelle, bien que cette dernière composante soit moins claire et moins bien cernée que les deux autres. Voir par exemple la thèse de Samuel Boussion sur l'histoire de l'Association nationale des éducateurs de jeunes inadaptés (ANEJI), *Les éducateurs spécialisés et leur association professionnelle : l'ANEJI de 1947 à 1967. Naissance et construction d'une profession sociale*, thèse de doctorat d'histoire contemporaine soutenue le 15 décembre 2007 à la faculté des lettres, langues et sciences humaines d'Angers..

39 Geneviève Perrot, Odile Fournier, Georges-Michel Salomon, *L'intervention clinique en service social : les savoirs fondateurs* (1920-1965), Rennes, Éditions ENSP, 2006. La première partie de l'ouvrage est entièrement consacrée à la vie et l'œuvre de Mary E. Richmond. Voir également la préface de Brigitte Bouquet citée dans la bibliographie de l'article précédent

40 Voir notamment les travaux et publications de Mathilde Du Ranquet.

caïn. Certes connue dans le monde des travailleurs sociaux, sa mémoire reste, aux États-Unis, étrangement en retrait par rapport à d'autres personnages perçus comme plus flamboyants, telle Jane Addams, pionnière féministe du *social settlement* de Chicago, philosophe et militante, prix Nobel de la paix en 1931. C'est donc à la réparation d'une injustice historique que se voue l'ouvrage de M^{me} Agnew. On peut également ajouter qu'elle s'essaie ici à présenter une autre lecture que l'interprétation dominante dans la littérature américaine sur l'émergence et le développement du travail social. Depuis les années 1960, une certaine critique marxiste ou marxienne⁴¹ du travail social primait, faisant de ce dernier un rouage de la reproduction capitaliste, rouage assurant une carrière professionnelle aux enfants issus des classes moyennes et ayant pour fonction essentielle de neutraliser toute révolte prolétarienne par l'emploi d'une aide bureaucratisée. Elizabeth N. Agnew se refuse à une telle vision. Sans tomber dans l'hagiographie, elle tente patiemment de restituer la figure, les évolutions et l'œuvre de Mary E. Richmond.

3. Ainsi le lecteur suivra, pas à pas, la vie de cette dernière, d'une enfance marquée tant par la maladie, l'abandon paternel, la mort de ses parents que par une grand-mère féministe et spiritiste qui l'initie aux débats sociétaux. D'une adolescente, qui n'ayant pas pu intégrer l'université, se consacre entièrement à la lecture, l'amitié et la foi unitarienne. Puis d'une adulte qui, d'engagements sociaux militants à Baltimore, en vient à occuper une position centrale dans les années 1890 au sein du Charity Organization Service (COS) de cette même ville qu'elle réorganise et rationalise en se penchant notamment sur la formation des *friendly visitors* puis des *charity workers*. Puis à la Society for Organizing Charity (SOC) de Philadelphie en 1900 avant de rejoindre en 1909 la Russell Sage Foundation et contribuer de manière décisive, au sein de cette dernière association, à la structuration de l'École du travail social de New York.

Un des grands mérites de l'ouvrage est de souligner deux points essentiels à nos yeux :

- tout d'abord l'immersion de Mary E. Richmond dans la vie intellectuelle américaine de son temps : grande lectrice de Ralph Waldo Emerson⁴², elle se tenait au courant de toute la littérature universitaire de son époque, notamment des œuvres de William James ou de John Dewey⁴³ ;
- ensuite l'évocation des grands débats accompagnant la lente constitution du travail social américain : citons-en un notamment, le dialogue entre Mary E. Richmond et Jane Addams⁴⁴. Les deux auteurs se lisaient, s'écrivaient, se critiquaient, s'influençaient à propos de tout. But du tra-

41 Tout comme en France, pendant très longtemps, dominait la critique marxiste de J. Verdès-Leroux (*Le travail social*, Paris, Éditions de Minuit, 1978).

42 Auteur notamment de *The Conduct of Life* (1860), Emerson est considéré par Cornel West (Princeton University) comme l'un des pères de la philosophie pragmatiste américaine. Voir C. West, *The American Evasion of Philosophy: a Genealogy of Pragmatism*, Madison, University of Wisconsin Press, 1989.

43 L'un et l'autre considérés avec Charles S. Peirce, comme les fondateurs du pragmatisme américain. Signalons l'intérêt très net porté par Mary E. Richmond à l'œuvre psychologique et pédagogique des deux auteurs. Ajoutons également que Jane Addams est souvent considérée comme incarnant une figure plus militante du pragmatisme.

44 Voir Jane Addams, *Democracy and Social Ethics*, 1902, Urbana (IL) University of Illinois Press, 2002. Bien que Jane Addams ne cite jamais le nom de Mary E. Richmond, un échange épistolaire, analysé par Elizabeth N. Agnew, témoigne de l'intérêt qu'elle portait à cette dernière.

vail social, organisation de ce dernier, méthodes, etc. La comparaison fine et minutieuse des deux pensées permet de rendre à sa juste place l'apport majeur de Mary E. Richmond.

Elizabeth N. Agnew tente également de saisir les vues de Mary E. Richmond sur les questions morales et politiques, notamment la question du travail des enfants ou celle du mariage. Ni conservatrice, ni féministe révolutionnaire, elle semble avoir opté pour des positions modérées mais décisives, toujours en évolution, tentant de répondre aux problèmes sociaux observés ou aux critiques émises par d'autres. À cheval entre les idéaux victoriens du XIX^e siècle et les rêves de progrès du XX^e siècle encore balbutiant, selon Agnew, Mary E. Richmond incarnerait, dans les domaines moraux comme dans ceux de la professionnalisation du travail social, un exemple d'*innovative nostalgia*, de nostalgie innovante.

S'en dégage une figure complexe, passionnante, à la fois modeste et volontaire, théoricienne et penseuse pratique du travail social — *practical thinker*⁴⁵ selon le beau mot d'Elizabeth N. Agnew. Si l'on peut regretter que l'ouvrage n'insiste pas assez sur la constitution conceptuelle et méthodologique du *case work*⁴⁶, sur les aspects épistémologiques de l'œuvre de Richmond, à n'en pas douter cet ouvrage, qui mériterait une traduction en français, est d'ores et déjà un classique pour quiconque veut penser l'histoire du travail social.

45 « In brief, I argue that Richmond was a practical thinker who creatively reinterpreted, through the prism of her experience and reading, a diverse, living tradition of practices and ideas on charity and social work. » (p. 12-13).

46 Ce que font par contre très bien G. Perrot *et al.*, *op. cit.*

Vie de l'ANAS

Les présidentes (et présidents) de l'ANAS p74
Henri PASCAL

Avis technique : Préconisations pour les professionnels soumis au secret et confrontés à des révélations ou constats d'infractions. Fondements légaux et déontologiques pour maintenir des pratiques efficaces de travail social p77
Laurent PUECH,

Le devenir de la formation des assistants de service social : quels changements en cours ? quelle position de l'ANAS ? p102
Marcelle ORSONI

Les freins et les leviers de l'accueil de stagiaires vus par les professionnels ASS

Analyse de l'enquête réalisée par la commission « Formation » de l'ANAS en mai et juin 2011 p118

Communiqué de l'ANAS p123

Synthèse de l'enquête p130
commission « Formation » de l'ANAS
mai et juin 2011

Rencontre avec le syndicat des professionnels diplômés en travail social (SPDTS) malgache p133
Marcelle ORSONI

L'aventure des JET 11 p138
Brigitte RIZZO

Nous avons reçu p139

Nous avons lu p140

À vos agendas ! p141

Les numéros de RFSS p143

Bulletin d'abonnement p144

Les président(e)s de l'ANAS

Henri PASCAL, sociologue, formateur

Dans le tableau ci-dessous, figurent les dix-huit présidentes et présidents de l'ANAS depuis sa création en décembre 1944 jusqu'à aujourd'hui. Ce sont ces femmes et ces hommes qui ont été la figure de proue de l'association, qui l'ont représentée dans des contextes parfois difficiles. Sans leur engagement, l'ANAS n'aurait pas vécu ces soixante-huit années qui ont vu disparaître plusieurs associations professionnelles, nées pour la plupart au lendemain de la deuxième guerre mondiale.

Noms	Employeur	Durée du mandat
LIBERMANN Ruth	Chambre des métiers de la Seine puis Opéra de Paris	1944-1949
TOURNIER Marie-Louise	Caisse centrale d'allocations familiales de la région parisienne	1949-1952
LAAGE Agnès (de)	Association d'entraide de la Marne	1952-1957
PHALIP Marie	Société Péchiney	1957-1959
GRUNEWALD Denise	Service social d'aide aux migrants	1959-1965
CHOUFFIER Étienne	Mairie de Chatillon-sous-Bagneux	1965-1971
CHAUVIN Berthe	Caisse d'allocations familiales du Territoire de Belfort	1971-1973
MULARD Jacqueline	Coordination des services sociaux de Seine-et-Marne	1973-1979
BAUR HALBWACHS Monique	Sauvegarde de l'enfance de Bobigny (Seine-Saint-Denis)	1979-1984
MALLOSSANE Henriette	Société Sigma Diesel Vénissieux (Rhône)	1984-1987
PAILLUSSON Marie-Thérèse	Mutualité sociale agricole (Loire-Atlantique)	1987-1994
DANE Carole	Mutualité sociale agricole (Yvelines)	1994-1996
GARCETTE Christine	École normale sociale, Paris	1996-1999

PARRAVANO Paola	Conseil général de l'Oise	2000-2001
TANGUY Erwan	Conseil général du Finistère	2001-2002
DUBASQUE Didier	Conseil général de Loire-Atlantique	2002-2005
PUECH Laurent	Conseil général de l'Hérault	2005-2008
LÉGLISE Françoise	Conseil général Seine-Saint-Denis	depuis 2008



À gauche : **Ruth LIBERMANN**, première présidente de l'ANAS

À droite, de haut en bas : **Françoise LÉGLISE, Laurent PUECH, Didier DUBASQUE, Erwan TANGUY, Paola PARRAVANO**, Journées nationales d'études, Marseille, 2010

Cette liste de noms et d'employeurs reflète assez bien les évolutions du service social depuis 1945.

Les deux premières présidentes, Ruth Liv-bermann et Marie-Louise Tournier, sont issues, pour la première, d'un champ d'intervention qui a été un pilier de l'ANAS naissante, le service social du travail, et, pour la seconde, d'une institution qui a fourni une bonne partie des premières dirigeantes de l'association.

Jusqu'en 1996 les organismes employeurs des présidentes sont assez diversifiés et représentatifs des services sociaux importants des années 1950 et 1960 : des services sociaux polyvalents (A. de Laage, E. Chouffier, B. Chauvin, M.-T. Paillusson, C. Dane), des services sociaux d'entreprise (M. Phalip, H. Malossane) et un service social spécialisé (D. Grunewald).

La présidence de J. Mulard, salariée de la Coordination des services sociaux de Seine-et-Marne, est significative de la période de la mise en place des circonscriptions (1965).

Malgré la place importante prise, dans la première période de l'ANAS, par des responsables de formation, entre autres M^{lles} Destruel (École de service social du Sud-Est Lyon), de Cuverville (école du Comité national de lutte contre la tuberculose à Paris), Cheminée (institut de service social de Montrouge), Naegelen (École normale sociale de Paris), la première formatrice présidente de l'ANAS, Christine Garcette, n'est élue qu'en 1996.

Reflète de la dominante féminine de la profession, le premier homme assistant social, Erwan Tanguy, n'est élu qu'en 2001 ; il sera suivi de deux autres présidents D. Dubasque et L. Puech. Quelques rares hommes sont devenus assistants sociaux après la deuxième guerre mondiale mais, malgré une légère

hausse du pourcentage au fil des années, la profession reste très majoritairement féminine.

Les cinq derniers président(e)s de l'ANAS (P. Parravano, E. Tanguy, D. Dubasque, L. Puech et F. Léglise) sont des salariés de conseils généraux : on peut voir là le reflet des changements induits par la décentralisation, les conseils généraux étant devenus les principaux employeurs des assistants sociaux.

En conclusion de ce rapide panorama, on peut affirmer l'ancrage de l'ANAS dans la profession, dans son évolution. Une recherche sur les employeurs des différents membres du bureau national, de 1944 à aujourd'hui viendrait sans aucun doute confirmer cet ancrage.

le 12 septembre 2011

Avis technique

Préconisations pour les professionnels soumis au secret et confrontés à des révélations ou constats d'infractions : fondements légaux et déontologiques pour maintenir des pratiques efficaces de travail social

Laurent PUECH, septembre 2011

Cet avis technique est le résultat d'un travail collectif coordonné par Laurent Puech, vice-président de l'ANAS, avec la participation des membres du conseil d'administration et de la commission « Déontologie » de l'ANAS. En voici le sommaire :

Titre et présentation

I. Les confrontations à l'illégalité

II. Fondements légaux

- Les fonctionnaires, un cas à part ?
- Et pour les professionnels mandatés par le juge ?
- Existe-t-il une obligation en cas de péril ou de projet d'atteinte physique aux personnes ?

III. Fondements déontologiques

IV. Préconisations

- Lorsque la personne a subi une infraction
- Lorsque la personne commet une infraction
- Lorsque le professionnel est mis dans une position d'acteur dans la constitution de l'infraction
- Quel rapport aux pairs et à la hiérarchie dans ces situations ?

Conclusion

Annexes

I – Questions à Jean-Pierre Rozencsveig et Pierre Verdier, suivies de la réponse de Pierre Verdier

II – Instruction N° DGOS/DSR/MISSION DES USAGERS/2011/139 du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé

Préconisations pour les professionnels soumis au secret et confrontés à des révélations ou constats d'infractions

La question de la position à adopter par un professionnel lorsque lui est révélée une situation marquée partiellement ou totalement par des actes ou comportements constitutifs d'une infraction est une question à la fois permanente et très actuelle.

C'est une question permanente car les travailleurs sociaux sont au plus près des situations réelles vécues par le public qu'ils rencontrent. L'espace de cette rencontre constitue un lieu d'expression de souffrances ou de besoins de soutiens parfois consécutifs à des actes délictueux commis par la personne ou par un tiers avec qui elle est en lien. Il nous arrive aussi parfois de ne pas entendre de révélation explicite mais de deviner que des actes « hors la loi » peuvent exister dans la situation de la personne. Recevant dans le secret d'un entretien individuel, l'assistante sociale ou le travailleur social est historiquement un des plus à même de recueillir des informations de cette nature.

La question est aussi particulièrement d'actualité. Plusieurs raisons peuvent constituer des éléments d'explication à cette tendance. La décentralisation du revenu minimum d'insertion (RMI) puis du revenu de solidarité active (RSA) a transformé les conseils généraux, jusqu'alors dans une fonction d'accompagnateurs des bénéficiaires, en financeurs des allocations. La question du contrôle devient donc une question pour des institutions qui emploient aussi les professionnels de l'accompagnement. Ce mouvement a coïncidé avec une prégnance de l'idéologie sécuritaire, où la suspicion sur une possible déviance devient centrale. Là où le travail social travaille sur la confiance, c'est un climat de méfiance qui conditionne le regard porté sur les personnes. La volonté d'identifier et sanctionner les fraudeurs et, plus largement, les auteurs de délits et crimes prend de plus en plus de place dans les déclarations et politiques publiques. Elle s'accompagne d'une volonté de faire de chaque acteur de la société, prioritairement, un acteur du traitement pénal, la « pensée pénale » voyant dans la sanction le seul mode efficace de traitement de ces situations. Devant les difficultés du pays, on retrouve aussi une volonté de désignation de boucs-émissaires et d'opposition de catégories de populations entre elles. Face à cette pression permanente, cette simplification du débat et des situations, le soupçon d'alliance objective du professionnel avec le fraudeur, voire de complicité, survient rapidement.

Dans ce contexte, les appels à la dénonciation se multiplient dans les services. Des arguments sont avancés : moraux, juridiques qui visent à justifier et provoquer des pratiques contraires à la loi, à la déontologie, à l'efficacité de l'intervention sociale dans son travail direct ou indirect de réduction des situations caractérisées par des passages à l'acte illégaux. Mais cette tendance peut déstabiliser des professionnels et responsables de services. C'est pourquoi une clarification s'impose : la loi oblige-t-elle à dénoncer certaines infractions ? L'autorise-t-elle ? L'interdit-elle ?

Après avoir donné en première partie une série d'exemples illustrant les points de rencontre avec la question de l'illégalité dans l'exercice professionnel, nous précisons à nouveau quelle est la fonction du travail social. Nous montrerons ensuite que tant sur le plan légal que sur le plan déontologique,

et conformément à notre fonction, les travailleurs sociaux soumis au secret professionnel ont les moyens de travailler en confiance avec les personnes qu'ils rencontrent. Mieux encore : nous constaterons que les amener à des dénonciations tous azimuts serait constitutif d'actes illégaux et contraires à la déontologie professionnelle. Nous terminerons sur une série de préconisations visant à soutenir les professionnels et les institutions dans leur positionnement sur ces questions, que la personne commette ou subisse une infraction.

Sur le plan du droit, cet avis technique est construit comme une synthèse de différents avis juridiques. En premier lieu, celui de Pierre Verdier, avocat au barreau de Paris et co-auteur avec Jean-Pierre Rosenczweig d'ouvrages de référence sur la question du secret professionnel⁴⁷. Nous publions en annexe l'intégralité de la question concernant plus spécifiquement les situations de fraudes que nous lui avons adressées et de sa réponse. Nous avons aussi cherché des références chez différents auteurs d'ouvrages juridiques concernant le travail social.

I. Les confrontations à l'illégalité

Une précision s'impose d'emblée. La confrontation à l'illégal n'est pas systématique. Le public du service social n'est pas une population constituée de délinquant(e)s. Mais des situations marquées par l'illégalité existent selon les lieux de travail⁴⁸. Au-delà des représentations qui peuvent exister, nous montrons à travers dix exemples concrets la variété de ces situations.

- Une assistante sociale du travail reçoit un salarié divorcé qui au cours de l'entretien lui affirme ne plus régler la pension alimentaire depuis deux mois et ne plus vouloir reprendre le paiement car il en veut à son ex-femme de l'avoir quitté. Cette situation est constitutive du délit d'abandon de famille et passible d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 227-3 du code pénal).
- Un assistant social de secteur reçoit une mère de famille, divorcée, refusant de présenter les enfants au père comme prévu par le juge aux affaires familiales, et demandant quels subterfuges elle peut utiliser pour ne pas avoir à lui remettre les enfants. Ces choix sont constitutifs du délit d'atteinte à l'autorité parentale prévu à l'article 227-5 du code pénal.
- Une mère de famille s'inquiète de la consommation de cannabis de son fils, qui lui a aussi avoué en vendre de temps en temps pour payer sa part et faire pousser un plant dans un pot. Elle ne sait plus comment aborder cette question avec lui et ne veut pas que, par ses actes en tant que mère, elle provoque une intervention de police susceptible d'entraîner une rupture entre elle et son fils. Il y a ici délit d'usage (art. L.3421-1 du code de la santé publique, passible d'un an d'emprisonnement et 10 000 euros

47 Notamment Jean-Pierre Rosenczweig, Pierre Verdier, *Le secret professionnel en travail social et médico-social*, Dunod, « Hors collection », 2011 (5e éd.).

48 On ne trouvera en effet pas la même proportion dans un service social de secteur ou dans une association chargée d'accueillir un public rencontrant des problèmes d'addiction à des produits stupéfiants.

d'amende), délit de transport et cession (art. 222-37 du code pénal, passible de dix ans d'emprisonnement et 7 500 000 euros d'amende) et le crime de production (art. 222-35 du code pénal, passible de vingt ans de prison de réclusion criminelle et 7 500 000 euros d'amende).

- Une femme victime de violence de la part de son compagnon se réfugie chez son assistante sociale et révèle la présence au domicile de ce compagnon alors qu'elle perçoit le RSA pour elle et son enfant de deux ans. Cette fausse déclaration est un délit prévu par l'article L.135-1 du code de l'action sociale et des familles et puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal. À cela s'ajoute la possibilité d'une amende administrative (art. L.262-52 du code de la sécurité sociale). Quant à la violence subie de la part du compagnon, c'est un délit passible de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 222-13 du code pénal), les peines encourues étant aggravées du fait de la qualité de l'auteur (art. 132-80 du code pénal).
- Un homme hospitalisé après avoir été trouvé dans un coma éthylique sur la voie publique rencontre une assistante sociale. Il demande du soutien pour en finir avec une consommation excessive et ainsi arrêter de conduire quotidiennement sous l'emprise de l'alcool. La conduite sous l'influence de l'alcool est un délit passible de peines d'emprisonnement et d'amende prévues à l'article L.234-1 du code de la route.
- Une personne sans-papiers et sans domicile veut monter un dossier de régularisation et, voulant s'insérer, rencontre l'assistant social. Le fait de résider de manière irrégulière sur le sol français constitue un délit passible d'un an de prison, de 3 750 euros d'amende et de trois ans d'interdiction de séjour.
- Un mineur confie à l'assistante sociale du collègue qu'il télécharge des morceaux de musique et des films illégalement sur internet. Partager de la musique ou des films sur Internet est puni, comme toute contrefaçon, d'une peine maximale de trois ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende (art. L.335-2 du code de la propriété intellectuelle).
- Un éducateur en charge d'une mesure éducative administrative rencontre un adolescent qu'il accompagne en train de se promener avec un chien de type rottweiler sans muselière. En France, la loi du 6 janvier 1999, sur les chiens dits dangereux, classe le rottweiler dans la catégorie n° 2, c'est-à-dire « les chiens de garde et de défense ». Le chien doit porter une muselière et être tenu en laisse par une personne majeure sur la voie publique (art. 211-16 du code rural et de la pêche maritime). Dans le cas où l'obligation légale n'est pas respectée, il peut être procédé à l'euthanasie du chien en vertu de l'article L.211-11.
- Une personne qui s'est trouvée en rupture de droits et donc de prestations en raison de documents administratifs manquants informe son assistante sociale que, durant cette période, pour survivre, il a parfois eu recours à des vols dans les véhicules et logements. Le vol est un délit passible de trois ans de prison et 45 000 euros d'amende, pouvant monter à cinq ans et 75 000 euros d'amende en cas d'effraction (art. 311-3 et 311-4 du code pénal).

- Une dame en recherche d'emploi déclare à son assistante sociale avoir pour seule ressource le revenu de son travail au noir. Le travail dissimulé est puni de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende (art. L.362-3 et L.324-9 du code du travail).

Arrêtons là. Nous pouvons constater que la question de comportements illégaux existe sous différents aspects. Pour chacune des situations décrites ci-dessus, nous avons toujours plusieurs pistes de travail social avec les personnes.

C'est bien une part de notre fonction que celle de travailler avec la réalité de la personne et d'aller vers un futur meilleur pour elle et la société, par leur adaptation réciproque. Le traitement pénal d'une situation est souvent la conséquence d'une situation sociale qui s'est dégradée. Il est essentiel de préserver la séparation entre ces deux types de missions, différentes par nature. Cela autorise des complémentarités, mais certainement pas la confusion ou la soumission du traitement social comme sous-catégorie du traitement pénal. Notre fonction est bel et bien d'aller travailler autrement sur des situations qui ne se résument pas à un acte, fût-il constitutif d'une infraction.

Il apparaît que la dénonciation de toute infraction, *système qui n'est pas d'actualité comme nous le verrons plus loin* mais qui apparaît comme le souhait de certains, constituerait de fait un mensonge, une illusion, une contradiction et une double impasse :

– *Le mensonge* envers l'usager : « Faites-moi confiance, dites-moi ce qui se passe afin que je puisse mieux vous aider », pour, au final, dénoncer les éléments illégaux repérés dans son discours ou comportement.

– *Une illusion* car un système de dénonciation encombrerait des services de police et de justice qui sont déjà dans l'incapacité de traiter, dans des délais décents, nombre d'affaires qui leur sont adressées. C'est l'ensemble de la chaîne et des procédures qui serait impacté négativement, portant un préjudice à celles et ceux qui réclament justice.

– *La contradiction*, c'est celle de l'impossible convergence entre l'objectif de travail avec la personne et les effets de la dénonciation de ses actes. Si nous reprenons le troisième exemple de notre liste, il apparaît impossible de dénoncer les actes du fils et de continuer à mener un travail avec la mère puisque sa venue vers le service social est motivée par un besoin de soutien différent par nature de l'action que peut provoquer un recours aux services de police.

– *La double impasse* :

- la première peut s'énoncer comme suit : avec de telles pratiques, si la révélation ou être observé en situation illégale constitue une mise en danger pour la personne, elle adoptera des stratégies pour que ces éléments restent méconnus de l'assistant social. Il y a donc tarissement de la source d'information qui permet de travailler et résoudre les difficultés rencontrées ;
- la deuxième impasse est consécutive de la première. C'est l'augmentation des effets nocifs du comportement pour la personne, son environnement et/ou la société. Ceux qui veulent que soient révélées ces affaires dans le but de limiter les comportements illégaux créeraient ainsi les conditions pour que, au contraire, ces comportements perdurent et leurs effets s'aggravent

du fait de l'absence de soutien.

Ce n'est pas par hasard que le législateur, malgré quelques tentations, a voté une législation qui interdit, sauf exception, la dénonciation de tels actes par un professionnel soumis au secret.

II. Fondements légaux

L'examen de l'ensemble des textes de loi, et pas seulement d'un article isolé tel que cela peut être fait par certains, *montre de façon très claire qu'il n'existe aucune obligation de dénonciation concernant les situations de fraude, les délits et même des crimes*. Comme l'écrit Pierre Verdier dans sa réponse,

« le fondement même du secret professionnel qui est à la base de certaines professions, veut que l'on puisse avouer ses souffrances, mais aussi ses erreurs et ses travers, en toute confiance à certaines personnes qui ont une fonction sociale de soin ou d'assistance (médecin, avocat, assistant de service social...) ».

La loi a préservé cet aspect essentiel pour la possibilité d'être aidé.

L'article 434-1 du code pénal⁴⁹ précise dans sa dernière phrase que les personnes soumises au secret professionnel sont exemptées de dénoncer les crimes⁵⁰. Cette exemption concerne l'ensemble des situations alors que les proches de l'auteur du crime ou de son complice en sont exemptés « *sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans* ». Il convient de noter que cette exemption totale d'une obligation de dénonciation que présente la dernière phrase de cet article est parfois « oubliée » dans certains documents institutionnels... Rappelons que la catégorie des crimes⁵¹ regroupe les infractions les plus graves : viol, torture, meurtre, etc. Cela provoque souvent une incompréhension jusque chez des professionnels soumis au secret. C'est pourtant bien dans l'intérêt des personnes que cette disposition existe et se trouve maintenue. Selon la juriste Françoise Alt-Maes⁵²,

« le législateur a craint qu'en imposant au médecin de révéler les mauvais

traitements dont il aurait connaissance, les parents ou les responsables des victimes ne renoncent à les faire soigner ».

De même, l'article 434-3 du code pénal⁵³ exempte les professionnels astreints au secret de dénoncer les « *privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse* » dont ils auraient eu connaissance.

Il existe aussi des cas dans lesquels le professionnel soumis au secret est autorisé à révéler certains faits, mais pas obligé. Cela signifie qu'il est autorisé à révéler et autorisé à ne pas révéler. La décision du choix relève de sa seule responsabilité et ne peut être la conséquence d'une injonction extérieure, quand bien même elle proviendrait d'une autorité hiérarchique, administrative, judiciaire ou médicale. Ces cas sont prévus par l'article 226-14 du code pénal. Il s'agit de situations où la révélation constitue un acte de protection des personnes. Ce n'est donc pas le caractère constitutif d'une infraction qui motive cette possibilité de révéler, mais la dimension protectrice pour la personne de la révélation par le professionnel.

Au regard de l'ensemble des textes de droit, et considérant que, conformément à l'article 226-13 du code pénal, la violation de l'obligation de secret professionnel est un délit⁵⁴, passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende, on peut énoncer que :

Un professionnel soumis au secret et qui, hors des cas évoqués ci-dessus, révélerait un comportement délictuel qu'il a appris ou compris concernant une personne, commettrait le délit de violation du secret professionnel. Ceci, que la personne soit auteur ou victime du délit. Cette personne pourrait poursuivre en justice le professionnel.

Nous verrons dans la partie consacrée aux préconisations que ne pas révéler ne signifie pas pour autant qu'il ne faut pas agir.

Les fonctionnaires, un cas à part ?

Isolé des autres textes de droit concernant le secret professionnel, l'article 40 du code de procédure pénale⁵⁵ est parfois invoqué pour inciter tous les

49 Art. 434-1 du code pénal : « Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. Sont exceptés des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans :

1° Les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;

2° Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 ».

50 Voir à ce propos Michel Boudjemaï, *Le secret professionnel en action sociale*, Dunod, 2008, p. 53-55 ; Pierre-Brice Lebrun, *La responsabilité civile et pénale des travailleurs sociaux*, Territorial éditions, « Dossier d'experts », novembre 2009, p. 83 ; Jean-Marc Lhuillier, *Le secret professionnel des travailleurs sociaux*, ASH, supplément au n° 2563 du 20 juin 2008, p. 31.

51 Voir l'article sur Wikipedia : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Crime_en_France>.

52 « *Un exemple de dépenalisation : la liberté de conscience accordée aux personnes tenues au secret professionnel* », Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, 1998 (2), p. 301-314.

53 Art. 434-3 du code pénal : « Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

54 Art. 226-13 du code pénal « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende ».

55 Art. 40 du CPP : « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. »

fonctionnaires, sans distinction aucune, à dénoncer crimes et délits.

Rappelons que tous les fonctionnaires ne sont pas soumis au secret professionnel⁵⁶. L'article 26, alinéa 1^{er} de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires stipule que « Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel *dans le cadre des règles instituées dans le code pénal*. » Le code pénal, dans son article 226-13 stipule que l'on est astreint au secret professionnel « soit par état ou profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire ». On ne l'est donc pas par statut. Cet article signifie qu'un assistant social exerçant en fonction publique, tout comme le médecin ou l'éducateur participant à la mission d'aide sociale à l'enfance sont, malgré leur statut de fonctionnaire, soumis au secret professionnel. Par contre, si nous prenons l'exemple d'un agent des routes d'un conseil général, bien que fonctionnaire, il n'est pas soumis au secret professionnel. Il existe donc, au regard du secret, deux catégories de fonctionnaires : ceux qui y sont soumis et ceux qui ne le sont pas.

Pour ceux qui y sont soumis, ils se trouvent donc devant deux textes :

– l'article 226-13 du code pénal, qui fait de la divulgation du secret un délit sanctionné par une peine d'emprisonnement et une amende ;

– l'article 40 du code de procédure pénale (CPP) qui incite à dénoncer délit ou crime sans pour autant prévoir de sanction en l'absence de dénonciation. Pierre Verdier nous permet de comprendre cette situation en apparence contradictoire :

« L'article 40 du code de procédure pénale est écrit à la forme active ("tout fonctionnaire est tenu"). Mais ce texte ne prévoit pas de sanction. En droit français, il s'agit donc d'une faculté. On comprendra en faisant une comparaison avec le droit de vote, qui relève d'une obligation du citoyen. Le code électoral ne prévoyant pas de sanction, le droit de vote est une faculté. Aucune sanction n'étant prévue, aucun tribunal ne saurait condamner un fonctionnaire qui n'a pas dénoncé. Il s'agit d'un texte du code de procédure visant à organiser la procédure publique diligentée par le procureur de la République, et on ne peut lui donner un sens qu'il n'a pas : la séparation des pouvoirs suppose que le fonctionnaire, dépendant de l'exécutif, ne soit pas utilisé de manière systématique pour déclencher des procédures pénales. Une société qui ignore la séparation des pouvoirs n'est pas une démocratie. D'autre part, ce texte vise les crimes ou délits connus par un fonctionnaire "dans l'exercice de ses fonctions". Nous pouvons donc l'entendre comme concernant les crimes ou délits commis par l'administration elle-même (ou ses agents), ce qui justifie pleinement l'obligation de dénonciation. L'étendre à tous les délits dont un fonctionnaire peut avoir connaissance serait excessif. Ce serait, pour les professions qui sont astreintes au secret professionnel, comme les assistants de service social, mais aussi les médecins de PMI, les sages femmes territoriales, etc., la négation du secret professionnel. Et comme le secret professionnel est constitutif de leurs missions, cela reviendrait à dire qu'il y aurait incompatibilité entre le statut de fonctionnaire et la profession d'assistants de service social, qui devraient être remplacés

⁵⁶ Voir par exemple Pierre-Brice Lebrun, *op. cit.*, p. 82 ainsi que Michel Boudjemaï, *op. cit.*, p. 26-28.

par des conseillers et des contrôleurs sociaux. »

À l'appui de l'analyse de Pierre Verdier, nous pouvons citer l'instruction N° DGOS/DSR/MISSION DES USAGERS/2011/139 du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé (voir document en Annexe II). Ce texte ministériel, s'appuyant sur une analyse juridique prenant en compte l'article 40 du CPP et s'adressant notamment aux fonctionnaires de la fonction publique hospitalière, est explicite : « *Le secret professionnel prévaut et il n'y a pas lieu de signaler un patient détenteur de produit stupéfiant illégal aux autorités compétentes.* » Il est précisé à la suite que « *Ces dispositions ne sont pas en contradiction avec l'article 40 du code de procédure pénale.* »

Il apparaît donc clairement que l'article 40 du code de procédure pénale ne peut justifier une rupture de secret professionnel par un fonctionnaire qui y est tenu. Cela apparaît cohérent avec l'ensemble des articles de loi concernant le secret professionnel et la dénonciation de délits et crimes (art. 226-13, 226-14, 434-1 et 434-3 du code pénal).

Et pour les professionnels mandatés par le juge ?

Certains professionnels de la fonction publique ou du secteur privé exercent sous mandat judiciaire. Lorsqu'ils sont soumis au secret professionnel, c'est seulement à l'égard de tiers. Ils ne peuvent en effet opposer le secret professionnel au magistrat à l'origine du mandat dans lequel ils exercent. Ceci est justifié car le juge qui ordonne une mesure doit pouvoir avoir les informations nécessaires concernant l'évolution de la situation et son évaluation, pour ajuster ses décisions en fonction. Mais seuls les éléments en rapport avec l'objet du mandat, la protection de l'enfance, devront être révélés au magistrat. Nous avons donc, dans ce cadre, une situation différente de celle des professionnels exerçant hors-mandat judiciaire.

Existe-t-il une obligation en cas de péril ou de projet d'atteinte physique aux personnes ?

L'article 223-6 du code pénal⁵⁷ s'impose en effet à tous. Le secret professionnel ne lui est pas opposable. Il impose une obligation d'action en cas de crime ou de délit contre l'intégrité physique d'une personne (alinéa 1°), et d'assistance à une personne en péril (alinéa 2°). L'action, c'est empêcher, en intervenant sans attendre, un projet criminel ou délictuel contre l'intégrité physique d'une personne (mais nous sommes rarement confrontés à une telle situation), ou agir directement ou provoquer un secours en cas de péril. Reste à définir a minima ce que « péril » veut dire. La jurisprudence a permis de cerner cette no-

⁵⁷ Art. 223-6 du code pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

tion, qui n'est pas mesurable par la seule émotion que provoque une situation, en l'objectivant via plusieurs critères :

- Le péril doit être imminent et constant : « Quel que soit l'événement dont il résulte, ce péril doit nécessiter une intervention immédiate pour être évité. Ce péril résultera d'un "fait ou événement accidentel", raisonnablement imprévu et imprévisible, de la part de la victime potentielle⁵⁸. »
- Le péril entraîne un risque grave pour la victime : « Il peut s'agir d'une atteinte à la vie ou d'une atteinte corporelle grave⁵⁹. »
- Le professionnel doit en avoir eu conscience : « Le texte ne réprime pas une simple négligence mais un refus délibéré d'agir en pleine connaissance de cause par celui qui sait et qui s'abstient de porter secours. La connaissance du péril est donc un élément constitutif de l'infraction⁶⁰. »

En résumé, nous avons à agir au mieux, sans risque inconsidéré :

- directement ou avec la possibilité de provoquer une intervention d'un service de police ou gendarmerie si besoin dans le premier cas ;
- en portant assistance directement, ou indirectement si nous choisissons de provoquer un secours en cas de péril pour une personne.

Et si une personne nous annonce qu'elle va s'en prendre à une autre, comme nous l'entendons parfois ? Il s'agit d'évaluer, au regard de notre connaissance de l'auteur de ces mots, du contexte dans lequel ces paroles interviennent, si le risque de passage à l'acte est fortement probable ou pas. Nous avons tous entendu des annonces telles que « Je vais la (le) tuer ! » et, heureusement, dans l'immense majorité des cas, cela ne se produit pas.

Les situations relevant du traitement d'une information préoccupante⁶¹ ou de l'information au maire⁶² ne sont pas traitées dans cet avis car elles ne relèvent pas de la dénonciation d'un fait délictuel en soi.

Pour revenir au cadre général, au regard du cadre légal :

- il n'existe aucune obligation de révélation d'une infraction, qu'elle soit classée dans la catégorie des contraventions, délits (catégorie contenant la fraude aux prestations sociales entre autre) ou crimes ;

58 Voir Jean-Pierre Rosenczweig, Pierre Verdier, op. cit., éd. 2008, p. 69-72.

59 Michel Boudjemaï, op. cit., p. 75.

60 Sylvie Hennion, La responsabilité des travailleurs sociaux, Ed. ASH, 2009, p. 118-120.

61 On ne peut que rappeler qu'en la matière, si l'idée dominante est qu'il est obligatoire de la transmettre à la cellule de recueil des informations préoccupantes, l'analyse de la loi que font les juristes Pierre Verdier et Laure Dourgnon dans le *Journal du Droit des Jeunes, revue d'action juridique et sociale*, 2009, n° 284, montre que pour les professionnels soumis au secret, la transmission est simplement une possibilité.

62 Voir sur le site de l'ANAS (www.anas.fr) l'avis technique « Loi de prévention de la délinquance : nouvelles préconisations aux professionnels sur le partage d'informations » en date du 25 septembre 2007.

– si elle n'entre pas dans les cas prévus par l'article 226-14⁶³ du code pénal, qui rend possibles (mais pas obligatoires) certaines informations, toute révélation d'une infraction constitue une atteinte au secret professionnel, délit passible de poursuites contre le professionnel qui en est à l'origine.

Si nous reprenons les dix exemples donnés en première partie de cet avis, seule la situation de la femme victime de violence conjugale de la part de son compagnon rend possible une information vers une autorité judiciaire, sous réserve qu'elle ne soit « pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique » (art. 226-14 du CP). Cependant, l'information peut aussi la mettre encore plus en danger : c'est bien l'évaluation de la situation dans sa complexité qui amènera le professionnel à informer une autorité ou à ne pas l'informer.

Ne pas informer, ce n'est pas pour autant ne rien faire. Après avoir vu les fondements déontologiques du travail social, nous examinerons à travers les préconisations comment agir face à ces situations.

III. Fondements déontologiques

Les fondements déontologiques qui aident le professionnel à se positionner quelle que soit la situation se trouvent dans différents articles de nos deux textes de référence :

- Éthique dans le travail social, déclaration de principes adoptée en octobre 2004 par la Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS, IFSW en anglais)⁶⁴.
- Le code de déontologie des assistants de service social, adopté par l'assemblée générale de l'ANAS le 28 novembre 1994.

Ils permettent de re-situer des fondamentaux du travail social et de notre profession, et constituent des références pour la pratique.

Dans la *déclaration de principes de la FITS*, deux articles attirent notre attention :

Article 5. Les travailleurs sociaux ne doivent pas faire passer leurs propres besoins ou intérêts avant ceux des personnes qui ont recours à leurs services.

Cet article nous renvoie entre autre à la question de la distance professionnelle et au principe éthique de non-jugement. Face à la connaissance de com-

63 Art. 226-14 du code pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ; [...]

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

64 Voir <<http://www.ifs.org/p38000732.html>>.

portements illégaux, nous pouvons tous avoir un avis personnel critique. Ces comportements peuvent nous poser un problème par rapport à notre conception du vivre ensemble. Cependant, si de multiples jugements (politiques, moraux, de « bon sens », etc.) peuvent s'exprimer dans d'autres espaces, l'assistant social ou le travailleur social sont là pour travailler avec la personne, dans sa réalité. Ils n'ont donc pas à régler ce qui leur pose problème mais bien ce qui pose problème pour la personne.

Article 7. Les travailleurs sociaux doivent respecter la confidentialité des informations sur les personnes utilisant leurs services. Les exceptions ne pourront être justifiées que sur la base d'une exigence éthique plus grande (comme la préservation de la vie).

Ce principe international se retrouve finalement bien dans la construction de notre arsenal législatif. Couplé à l'article 5, il nous propose une exigence supérieure encore à ce que le droit autorise et ce que nos propres besoins ou intérêts pourraient nous amener à révéler. Ce n'est pas parce que le droit autorise une révélation que nous devons l'utiliser, mais parce qu'une exigence éthique comme la préservation d'une personne nous y autorise.

Le code de déontologie des assistants de service social vient compléter notre référence internationale :

Article 15. L'assistant de service social ne doit pas accepter d'intervenir, ni de fournir des renseignements dans un but de contrôle.

La dénonciation d'une infraction en raison de son caractère intrinsèquement contraire à la loi situe de fait cette révélation dans une dimension de contrôle au sens le plus strict du terme. Si nous pouvons dénoncer dans les conditions vues plus haut certaines situations, ce n'est pas dans un objectif de contrôle de la qualité des actes des personnes (mauvais, illégaux, etc.), mais dans celui de protection de la personne devant des actes qui peuvent par ailleurs relever d'une infraction.

Article 16. Lorsque, dans l'exercice de ses fonctions, l'assistant de service social constate une fausse déclaration, il lui appartient d'en faire prendre conscience à ceux qui en sont les auteurs, mais il n'a pas à les dénoncer.

Le code précise ici une question très concrète : celle du constat de fraude. Il mentionne un comportement à adopter (faire prendre conscience) et un à proscrire (la dénonciation). La loi va dans le sens de cette pratique même si nous pouvons encore développer ce point (voir nos préconisations ci-après).

Article 17. L'assistant de service social ne doit ni déposer, ni témoigner en justice pour tout ce dont il a pu avoir connaissance du fait ou en raison de sa profession — obligation confirmée par la jurisprudence — et garde cependant, aux termes de la loi, selon les dispositions du code pénal, la liberté de témoigner dans les cas de dérogation au secret professionnel.

La question du rapport aux autorités judiciaires est clairement indiquée ici : interdiction pour le professionnel de témoigner et liberté « en conscience » de le faire (ou pas) dans les seuls cas où la loi l'y autorise.

Enfin, nous pouvons trouver des repères déontologiques dans l'avis du Conseil supérieur du travail social publié le 3 juin 2008 et consacré aux pres-

sions envers les travailleurs sociaux concernant les situations d'accueil de personnes étrangères en situation irrégulière⁶⁵. Ce sujet, qui constitue l'un de nos dix exemples, porte la question du rapport à la question de l'illégalité. Il y est dit que

« les travailleurs sociaux sont [...] très souvent en contact avec des populations étrangères, en situation irrégulière ou non, qui demandent aide, assistance, conseil ou hébergement. Conformément à leurs missions, ces travailleurs sociaux ont à les recevoir, les conseiller, les accompagner ou permettre leur accès aux soins ; d'une manière générale, ils ont à venir en aide à tous, indépendamment des origines et des nationalités. Ils participent ainsi au maintien du pacte social et républicain de notre pays fondé sur la liberté, l'égalité et la fraternité ainsi qu'au respect de la dignité et des autres droits fondamentaux ».

Dans le chapitre consacré au rappel de quelques principes déontologiques, il est précisé que :

« il n'entre pas dans la mission des travailleurs sociaux de rechercher et de se prononcer sur le séjour irrégulier. Ils ont à recevoir toute personne et à lui apporter l'aide nécessaire au regard de sa situation. »

Cet avis, centré sur une question limitée, porte des éléments de positionnement bien plus large, notamment au regard de la question de la situation de la personne en référence au droit.

Il apparaît que la déontologie professionnelle, qu'elle émane d'une pensée élaborée par des professionnels du monde entier (déclaration de principes de la FITS), des professionnels de service social exerçant en France (code de déontologie de l'ANAS) ou encore d'acteurs très divers du secteur social (CSTS), montre *une exigence respectueuse de la loi française mais supérieure aux possibilités de révélation que le cadre légal prévoit*. En effet, la loi n'est pas tout et elle laisse une place ainsi qu'une responsabilité essentielle aux professionnels. Leur marge de manœuvre permet de travailler avec les situations complexes dans lesquelles les personnes que nous recevons peuvent évoluer, sans les réduire à des catégories pénales qui ne sont qu'une des multiples facettes de leur vie.

D'où les pratiques que nous préconisons dans la partie qui suit.

IV. Préconisations

Nous distinguons ici trois types de situations :

- celles où la personne a subi un acte constitutif d'une infraction ;
- celles où la personne est en responsabilité partielle ou totale dans la commission de l'infraction ;
- celles où le professionnel peut être mis par la personne dans une position d'acteur dans la constitution de l'infraction.

⁶⁵ Voir <www.wmaker.net/anas/attachment/94910/>.

Lorsque la personne a subi une infraction

Dans cette situation, la plus évidente en termes de positionnement, il s'agit d'intégrer dans l'évaluation globale qui sera faite la place qu'occupe l'élément constitutif de l'infraction pour la personne. Dans les différents plans d'actions qui peuvent découler de l'analyse des données recueillies, il sera utile de préciser les recours en termes de droit pour la personne : possibilité de dépôt de plainte, informations sur le traitement judiciaire qui en découlera et les effets possibles au regard de sa situation (sachant qu'une plainte peut aussi avoir des effets non souhaités par la personne). Elle pourra ainsi faire un choix éclairé quant au dépôt de plainte ou pas.

Si la personne se trouve dans une situation prévue par la loi comme autorisant le professionnel à révéler les éléments à une autorité, il appartient au professionnel de construire son choix en prenant en compte :

- le souhait de la personne, au regard de sa capacité à pouvoir l'exprimer (des enfants de 5 ans ou de 16 ans ne sont généralement pas dans la même capacité ; un majeur protégé ou un adulte en pleine possession de ses moyens, même s'il est fragilisé, sont deux cas de figures différents) ;
- les conséquences de la révélation sur la possibilité d'aide à la personne, qui reste l'objectif central de la rencontre avec un professionnel de l'action sociale (si la révélation crée une rupture de la confiance qui, au final, apportera plus de problèmes à la personne, il conviendra le plus souvent de considérer la révélation comme un frein à l'aide, donc à la mission qui est celle du professionnel) ;
- dans tous les cas, il apparaît nécessaire de ne pas aller vers la révélation du simple fait que la loi l'autorise. La révélation est un acte professionnel résultant d'une évaluation professionnelle prenant en compte la personne dans son intérêt et ses choix.

Oui mais...

Une objection revient souvent lorsque la possibilité de ne pas révéler est choisie par le professionnel, notamment en cas d'allégations de viols : « Si la personne victime ne souhaite pas déposer plainte, et que le professionnel pense qu'il est préférable pour la personne qu'il n'y ait pas révélation, on laisse un potentiel violeur en liberté, libre de recommencer ! » Ce genre d'argument peut être tout à fait déstabilisant lorsqu'il est énoncé. Nous voilà en quelques mots renvoyés implicitement vers une complicité tacite avec le criminel potentiel. Mais cette objection légitime ne résiste pas à un examen rationnel pour plusieurs raisons :

- Cette affirmation-accusation part d'un postulat très contestable : « si le professionnel révèle ce qu'il sait, le criminel pourra être mis hors d'état de nuire ». C'est oublier que si une révélation peut permettre l'ouverture d'une enquête, elle ne permet pas automatiquement de démontrer une culpabilité. Si les faits rapportés par la personne que nous avons reçue ne peuvent plus faire l'objet de constatations matérielles⁶⁶, il sera difficile d'aboutir à autre chose qu'un classement de l'affaire.

⁶⁶ C'est par exemple le cas lorsqu'un examen médico-légal ne peut plus constater de lésions récentes ou anciennes.

– Si révélation contre la volonté de la personne il y a, et si, là aussi, les éléments ne reposent que sur son témoignage, la personne s'estimant trahie peut parfaitement revenir sur ses déclarations, voire nier les avoir faites auprès du professionnel. Ainsi, après s'être confiée à un professionnel et s'être retrouvée avec une enquête pénale qu'elle ne souhaitait pas, elle risque de se trouver bien seule lorsqu'une enquête n'aura pas abouti à la mise en cause de l'auteur présumé : pourrait-elle refaire confiance à son assistante sociale ? Enfin, si un jour cette personne change de position et souhaite porter plainte pour ce qu'elle a vécu, quelle sera sa crédibilité alors qu'elle a renié ses déclarations ?

– Une enquête judiciaire n'est pas une épreuve facile. Elle amène la plaignante à être auditionnée, examinée physiquement voire soumise à une expertise par un psychologue ou psychiatre. Elle peut aussi déclencher une interrogation si ce n'est une mise en question de ses propos, pour peu qu'apparaisse une incohérence. Une confrontation avec l'auteur présumé peut aussi être ordonnée pour tester la crédibilité de chacun. C'est donc bien une épreuve, qui peut mettre à mal la personne quand bien même elle est accompagnée. Cette épreuve, facile à vivre pour certaines et très douloureuse voire inenvisageable pour d'autres, doit donc être décidée en conscience par la personne. Sans compter que, si l'aboutissement de la plainte qu'elle aura déposée malgré elle est un non-lieu, elle pourra se sentir doublement victime : de son agresseur et de la justice.

– Dans certains cas, la révélation reviendra à faire subir à la victime une souffrance certaine pour un mieux-être seulement possible. C'est donc bien à partir d'une évaluation globale que le professionnel doit choisir entre la révélation ou le secret.

D'autres arguments existent tels que la question de la fiabilité de la déclaration de la personne — elle peut vouloir tester comment le professionnel va la croire, et ainsi mesurer quelle relation elle peut établir, elle peut aussi accuser une personne qui s'avérera ne pas être le véritable agresseur mais permettra d'aborder la vraie question (voir par exemple dans certains cas d'inceste où la révélation ne peut se faire directement) —, celles du nombre de plaintes qui n'aboutissent pas à une condamnation par défaut de preuves, du taux de récidive⁶⁷ qui en matière de crimes sexuels serait très faible...

Là encore, et le législateur l'a bien compris en faisant en sorte que le professionnel soumis au secret n'ait pas obligation de dénoncer même les crimes, il convient de privilégier le travail avec la personne plutôt qu'agir contre son avis.

⁶⁷ Même s'il est sans aucun doute sous-estimé, le taux de récidive concernant les délinquants sexuels était de 1,6 % selon Martine Lebrun, présidente de l'Association nationale des juges d'application des peines. Voir « La castration chimique ne compensera pas le manque de personnels », son interview sur le site du *Monde* publié le 26 octobre 2009. Accessible sur : <http://www.lemonde.fr/societe/article/2009/10/26/la-castration-chimique-ne-compensera-pas-le-manque-de-personnels_1258786_3224.html>.

Lorsque la personne commet une infraction

Notre responsabilité est de pouvoir aborder la question de l'infraction de la loi contenue dans l'acte. Comme le dit Pierre Verdier dans la réponse jointe en annexe, « *non pas par légalisme, mais parce que respecter la loi, c'est respecter les autres.* » Il est donc utile, lorsque la personne n'en a pas conscience, de dire la place de l'acte au regard de ce que la loi autorise ou interdit. Ceci avec deux points qui sont essentiels : ne pas attendre une condamnation de ses actes par la personne, et aborder la question de l'infraction au « bon moment » :

– Attendre de la personne qu'elle énonce une condamnation de ses propres actes alors qu'elle ne le veut pas, voire qu'elle ne pense pas son acte critiquable, c'est créer les conditions d'une rupture de la relation ou d'un discours falsifié de sa part. Elle fera semblant d'avoir le problème⁶⁸ que l'on dit qu'elle a...

– Quant au « bon moment », voici ce qu'en dit le sociologue Pierre Roche⁶⁹ :

« il s'agit de maintenir la relation afin précisément que la loi puisse être, à un moment donné, énonçable et donc effectivement énoncée. Énoncée au moment où elle a le plus de chance d'être entendue, et peut être intégrée ou réintégrée. [...] Est professionnel celui qui se place dans les conditions les plus favorables pour saisir cette occurrence imprévisible et irréversible ; ne peut intervenir justement que celui qui fait le guet, dont la conscience est à l'affût de la moindre occasion ».

N'oublions pas aussi que les personnes ne sont pas seules responsables des contextes dans lesquels elles peuvent commettre des actes qui contreviennent à la loi⁷⁰.

Il convient de pouvoir comprendre ce qui se trouve à l'origine de ces actes. Ce comportement qui peut poser problème à la personne elle-même est pourtant, à un moment donné, sa solution. C'est en prenant en compte cette dimension que nous pouvons travailler avec la personne, dans la complexité et la singularité de sa situation.

Nous pouvons ensuite travailler sur les effets qu'engendrent ces passages à l'acte, en quoi la solution qu'ils peuvent avoir représentée à un moment peut contenir les germes d'effets négatifs pour elle à plus ou moins long terme. Et aussi identifier d'autres voies possibles pour aller vers des objectifs viables et souhaitables pour et par elle.

68 Sur ce sujet, voir les travaux sur l'aide contrainte. Par exemple Guy Hardy et al., *S'il te plaît, ne m'aide pas ! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*, Érès, 2001. Voir aussi Guy Hardy et al., « *Du pénal à sa périphérie, de la contrainte à la double contrainte !* », Le Journal du Droit des Jeunes, revue d'action juridique et sociale, n° 271, janvier 2008.

69 Pierre Roche (dir.), *La proximité à l'épreuve de l'économie de la débrouille : situation de travail et postures professionnelles des travailleurs sociaux*, Marseille, Association départementale de développement des actions de prévention (ADDAP 13), 2005. Les extraits cités de ce très intéressant ouvrage collectif se trouvent en p. 49 et 50 de la version téléchargeable sur : <http://www.addap13.org/IMG/pdf/Economie_Debrouille_2004.pdf>.

70 Que l'on pense entre autre à ces exemples de personnes qui en viennent à travailler au noir car elles ne peuvent faire vivre leur famille avec ce qu'elles perçoivent d'un emploi partiel et des prestations sociales.

C'est ainsi, à travers une posture professionnelle évitant les écueils du jugement et de la moralisation que nous pouvons renforcer la relation avec la personne tout en contribuant, dans la durée, à son éloignement de choix interdits par la société.

Ce type d'intervention est opérant jusque dans des situations graves. L'exemple réel qui suit peut l'illustrer :

• Une dame, mère de deux enfants, est en fuite après avoir blessé de deux coups de couteau sa mère. Les policiers la recherchent, contactent son assistante sociale pour savoir si elle sait où elle se trouve. La professionnelle répond par la négative et propose de se renseigner pour savoir ce qu'il est possible de travailler. Elle tente de contacter la dame par son propre réseau. Elle y parvient et lui propose de venir discuter de ce qui se passe. La dame, qui connaît la professionnelle et a confiance en elle, accepte la proposition. Elle vient, explique ce qui a provoqué cet enchaînement, les coups de couteau donnés, son désespoir. L'assistante sociale lui signale que ce qu'elle explique permet de comprendre en effet pourquoi elle a été amenée à ces actes, que des policiers aussi peuvent entendre son récit. Elle l'informe du caractère aggravant pour elle de la fuite, de la difficulté du moindre acte dans la clandestinité dans laquelle elle se situe avec ses filles dans ces conditions. La dame dit qu'elle est prête à se rendre mais qu'elle a peur que ses enfants soient placées, dans un lieu inconnu. L'assistante sociale lui propose de trouver avec elle une personne de confiance à qui elle pourra remettre ses enfants afin que l'on prenne soin d'eux. C'est ce qu'elles font ensemble. Avant de remettre les enfants à une amie, l'assistante sociale prévient le commissariat que la dame se rendra à l'hôtel de police en indiquant l'heure. Après avoir confié les enfants, la mère se rend comme convenu au commissariat.

Ce n'est donc pas l'assistante sociale qui a révélé ce qu'elle savait ni aidé à son arrestation. Elle a travaillé, de sa place, à produire une situation qui a permis à la dame de trouver une solution pour elle et ses enfants.

Lorsque le professionnel est mis dans une position d'acteur dans la constitution de l'infraction

Pierre Verdier rappelle bien qu'il ne peut être fait obligation au professionnel de dénoncer une situation telle qu'une demande d'aide ou de prestation dont les éléments sont volontairement falsifiés pour présenter une situation tronquée. Nous ne pouvons dénoncer, ni menacer de le faire. Menacer, c'est faire craindre quelque chose à quelqu'un. Cela apparaît parfaitement incompatible avec une relation de confiance, constitutive du travail social dans un cadre de droit commun.

Au regard de la déontologie, il ne peut être conseillé à l'usager de dissimuler certains éléments de ressources, conditions de vie ou déclarer des éléments faux.

De même, de manière générale, on peut suivre le conseil donné par Pierre Verdier :

« La seule façon de s'en sortir en respectant à la fois le secret professionnel et l'obligation de probité du fonctionnaire et du travailleur social, c'est de refuser de transmettre une demande d'aide sociale que l'on sait être fausse. Le travailleur social doit de surcroît informer le demandeur du risque pénal qu'il encourt. Le demandeur pourra alors transmettre sa demande directement à l'institution, mais sans l'aval du travailleur social. »

Cependant, il peut exister des *exceptions* à cette règle de conduite générale. Par exemple, dans le cas où une dame avec un enfant vient renouveler son contrat d'engagement réciproque RSA, et qu'elle confie à l'assistante sociale vivre avec un compagnon violent qu'elle souhaite quitter. Renouveler le contrat avec la dame et son enfant tout en omettant la présence du compagnon peut tout à fait constituer une étape dans un plan d'action qui va viser à maintenir les conditions d'autonomie financière de la dame, élément essentiel pour pouvoir se séparer du compagnon violent. Finalement, dans ce cas et en réduisant la situation par une « lecture infractionnelle », la fin du délit le plus grave en termes de protection de la personne (à savoir la violence que subit Madame) nécessite de laisser exister le délit le moins grave (fausse déclaration RSA). Cela permet, au niveau conjugal, une transition entre la situation actuelle et une nouvelle qui pourra respecter le droit commun.

Comme la loi, dans certaines circonstances, la déontologie commande des actes que l'éthique recommande de ne pas appliquer au pied de la lettre.

Quel rapport aux pairs et à la hiérarchie dans ces situations ?

Dans ces trois cas de figures, pouvoir échanger avec ses pairs ou un responsable de service à travers une réflexion autour de la situation et des pistes possibles de travail est encouragé, sous réserve d'une anonymisation de la ou des personnes concernées. Cependant, l'information de l'autorité hiérarchique ou fonctionnelle n'est pas possible si cette même autorité a comme position de principe de dénoncer les situations illégales à une autorité administrative ou judiciaire. La révélation à un acteur qui va dénoncer reviendrait pour le professionnel à provoquer les conditions de la dénonciation, donc à dénoncer de manière indirecte. Rappelons que le secret professionnel est opposable à un responsable hiérarchique dans le cas d'une demande de dénonciation de la part de cette autorité.

Conclusion

Finalement dans les trois cas de confrontations à des situations dans lesquelles on constate un comportement infractionnel, le professionnel de travail social soumis au secret devra éviter deux postures parfois personnellement tentantes mais professionnellement antinomiques avec sa fonction : celles du « sauveur » et celle du « policier ». Ces deux figures sont marquées par un modèle d'intervention unilatérale construit d'après les besoins perçus par les intervenants aux dépens de ceux exprimés par les personnes. Nous avons à

aider les personnes à s'affranchir, par des choix éclairés, de la souffrance⁷¹ que génère le problème tel qu'elles le définissent.

Le législateur a compris que, pour aider une personne et la société, il existe plusieurs modes d'intervention et de logique possibles. Ceux du travail social ne visent pas la sanction de situations illégales, mais l'évolution de situations individuelles critiques vers un état amélioré dont bénéficient tant la personne que la société. Nullement complices des infractions dont nous pouvons avoir connaissance, nous travaillons directement et indirectement à réduire les risques qu'ils engendrent pour la personne, dans le cadre d'une évaluation globale et en hiérarchisant les objectifs d'un plan d'action co-élaboré avec la personne.

La responsabilité des professionnels soumis au secret est à la fois grande et constitue une forme de reconnaissance dont nous ne mesurons peut-être pas assez l'importance.

Le législateur, malgré des tendances et pressions fortes, ne nous a pas placés dans une position de « dénonciateur d'infractions ». Ce n'est pas dans ce type de fonctionnement que nous constituerions une aide pour les personnes et le bon fonctionnement de la société. Bien au contraire, nous affaiblirions la situation des individus et celle de l'ensemble de la société. C'est en respectant la combinaison du respect du secret d'une part, et de son pendant qu'est l'engagement dans l'action avec la personne d'autre part, que le professionnel et le travail social sont efficaces et utiles chaque jour. D'où l'importance de défendre et améliorer un cadre légal qui vise un équilibre respectueux des personnes et des valeurs du travail social, ainsi que des pratiques qui utilisent pleinement les possibilités que le droit autorise.

Annexes

I : Questions à Jean-Pierre Rozencsveig et Pierre Verdier, suivies de la réponse de Pierre Verdier

II : Instruction N° DGOS/DSR/MISSION DES USAGERS/2011/139 du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé

⁷¹ Voir sur notre site (www.anas.fr) l'article de Yann Le Bosse « L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une alternative crédible ? » ainsi que son diaporama.

I. Questions à Jean-Pierre Rozencsveig et Pierre Verdier, suivies de la réponse de Pierre Verdier

Question(s)

Votre livre *Le secret professionnel en travail social et médico-social*⁷² constitue une référence pour les acteurs de ces secteurs ainsi que pour notre association. Cependant, une des questions pour lesquelles vous proposez des éléments de réponse, éléments abondamment utilisés dans différentes institutions, crée un trouble chez nombre de professionnels ainsi que parmi nos adhérents. Il s'agit de la question 112, page 121 :

« Si je sais qu'une demande d'aide sociale ou de RMI comporte des fausses déclarations, puis-je le révéler ? »

« Le secret professionnel ne doit pas être prétexte à malversations. Le travailleur social qui a connaissance de fausses informations refusera de transmettre la demande à l'autorité compétente car il ne doit pas se faire complice.

Si c'est à l'occasion d'une visite qu'il en prend connaissance, il *peut* en informer (ou menacer d'en informer) le procureur, *via* son employeur, sur le fondement de l'article 99 du code de la sécurité sociale, pour délit d'escroquerie aux prestations sociales et de l'article 40 du nouveau code de procédure pénale. »

Ce texte très court appelle plusieurs remarques de notre part, et soulève des questions fondamentales, pour lesquelles nous avons besoin de précisions.

Le premier élément est une simple remarque, qui suscite notre étonnement. Il provient de la formulation de la phrase « *Le secret professionnel ne doit pas être prétexte à malversations.* » Il semble induire que le fraudeur se servirait du secret professionnel pour commettre sa malversation. Si les professionnels rencontrent parfois des personnes qui sont en situation de commettre des malversations, le prétexte avancé ou identifié pour ces actes n'est jamais fondé sur le secret professionnel. Celui-ci en revanche, peut permettre ou faciliter la révélation des éléments falsifiés contenus dans la présentation d'une situation ou dans les renseignements portés dans une déclaration. Le professionnel doit travailler avec cette réalité-là aussi. Qui pourrait faire confiance et confier les difficultés dans lesquelles il peut être, parfois constitutives d'infractions au moins délictuelles (consommation de produits illicites, situations irrégulières de séjour, violence conjugale, etc.) à un professionnel qui serait, de fait, obligé de lever immédiatement le secret ?

Vous apportez ensuite la notion de complicité dans le fait de transmettre une demande contenant une ou des informations fausses. Or une demande réalisée à l'aide du professionnel est pourtant toujours signée de la personne

⁷² Les références de pages sont celles de la 4e éd. parue en 2008, aujourd'hui remplacée par une 5e éd. parue en 2011.

elle-même. Il nous semble donc qu'elle engage sa responsabilité pleine et entière par cet acte, le professionnel n'engageant la sienne que dans les éléments qui relèvent de ses prérogatives (essentiellement l'évaluation lorsqu'elle est demandée). Pour illustrer notre questionnement, je prends un exemple différent par son thème mais de même nature selon nous : si un usager révèle à son assistant social voler parfois des objets chez des particuliers, en quoi l'absence de dénonciation de ce qui est aussi un comportement délictuel, relèverait-il d'une forme de complicité ?

D'où une *première question* : En quoi se taire sur ce que nous avons observé, compris, entendu ou constaté, conformément aux textes régissant le secret professionnel, constitue-t-il en soi une complicité ? D'autant plus si nous agissons pour ne pas en rester au simple constat d'une telle situation, mais travaillons à ce qu'elle évolue favorablement pour la personne comme pour la société.

Vous mentionnez ensuite la possibilité (« *peut* ») d'*informer le procureur* de la République *via son employeur* ou *menacer* de le faire. Les références juridiques de cette réponse données sont « *l'article 99 du code de la sécurité sociale, pour délit d'escroquerie aux prestations sociales* », que nous n'avons pas trouvé dans ce code. Sans doute est-ce dû à une coquille ?

Deuxième question : quels sont les textes du code de la sécurité sociale qui précisent cette possibilité d'information du procureur ? Concernant un professionnel soumis au secret, est-ce une possibilité ou une obligation ? Si c'est une possibilité, le professionnel est-il seul responsable du choix d'informer ou pas le procureur ?

D'autre part, vous renvoyez à l'article 40 du nouveau code de procédure pénale. Cet article, qui ne concerne que les fonctionnaires (ce qui exclut nombre de travailleurs sociaux) est d'une portée limitée, comme vous le soulignez dans votre livre :

« Toutefois, il faut remarquer que ce texte figure dans le code de procédure pénale, et non dans le code pénal, dans le chapitre sur les attributions du procureur de la République, et qu'il n'est assorti d'aucune sanction. » (p. 47)

Par contre, vous insistez sur le fait que lors de l'adoption du nouveau code pénal,

« le législateur moderne a singulièrement relevé le seuil maximum des sanctions encourues pour ceux qui violent le secret professionnel. [...] preuve de l'importance attachée à ces dispositions dans une période où tout ce que l'on sait a tendance à se dire et à s'échanger devant une opinion vorace de savoir ! Le législateur a bien voulu marquer symboliquement un coup d'arrêt ! » (p. 21)

Ajoutons que l'article 226-14 du code pénal ne prévoit aucun cas où serait autorisée la levée du secret professionnel concernant des informations relatives à une falsification de déclaration. Et, même en matière criminelle concernant des mineurs de plus de 15 ans ou des majeurs, il est prévu l'exemption d'une obligation de dénonciation pour les professionnels soumis au secret (article 434-1 et 434-3 du code pénal). Le trouble grandit encore lorsque l'on consulte votre réponse à la question 19 (p. 39), dans laquelle vous précisez

qu'un éducateur de prévention spécialisée ayant connaissance d'infractions commises par un jeune qu'il suit, n'a pas obligation de les dénoncer.

Ces exemptions nous apparaissent fondées : elles permettent justement de travailler avec les personnes car le fait de ne pas révéler à un tiers ne signifie pas se taire et laisser faire.

Troisième question : Pouvez-vous préciser comment s'articulent l'article 40 du CPP et les obligations régissant le secret professionnel ? Peut-on conclure que le fait de dénoncer au procureur conformément à cet article ne constitue pas une rupture du secret professionnel ? Ou le respect du secret professionnel prime-t-il sur l'article 40 du CPP ?

Menacer ne nous apparaît pas comme étant une pratique souhaitable dans l'intervention sociale. Elle parasite la relation de confiance à établir ou établie et risque d'être contre-productive dans le processus de changement engagée par la personne. De plus, la menace n'existe que si le passage à l'acte est réellement une possibilité. À un moment où le rapport aux familles se tend, nous ne pouvons que dire notre refus de voir se développer de telles pratiques. Soit il y a une obligation légale de dénonciation du caractère frauduleux, soit elle n'existe pas et c'est alors la déontologie professionnelle et l'éthique de l'intervenant qui permettront de travailler au plus juste, en fonction des différents éléments marquant la situation.

C'est pourquoi nous avons besoin d'éclaircissements concernant la réponse que vous apportez à cette question, question qui nous semble avoir été ajoutée à cette nouvelle édition et traitée trop rapidement au regard des enjeux qu'elle contient.

Pour l'ANAS
Laurent Puech, vice-président

Réponse de Pierre Verdier

L'ANAS a bien voulu nous interroger au sujet de l'attitude à adopter par un travailleur social soumis au secret professionnel qui a connaissance de fausses déclarations d'un usager dans le cadre d'une demande de prestation (allocation de parent isolé, RSA, etc.)

Il sera d'abord rappelé qu'une déclaration mensongère pour obtenir une prestation est un délit qui peut être sanctionné d'une part par une amende administrative et d'autre part faire l'objet de poursuites pénales devant le tribunal correctionnel.

En effet, selon l'article L.135-1 du code de l'action sociale et des familles : «le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale est puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal».

D'autre part, l'article L.262-52 du code de la sécurité sociale énonce :

« La fausse déclaration ou l'omission délibérée de déclaration ayant abouti au versement indu du revenu de solidarité active est passible d'une amende administrative prononcée et recouvrée dans les conditions et les limites définies pour la pénalité prévue à l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale. La décision est prise par le président du conseil général après avis de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L.262-39 du présent code. La juridiction compétente pour connaître des recours à l'encontre des contraintes délivrées par le président du conseil général est la juridiction administrative. »

Quelle doit être l'attitude du travailleur social qui reçoit et qui est invité à transmettre une déclaration qu'il sait fausse, et quelle est sa responsabilité ?

Nous avons écrit un peu vite dans notre livre *Le secret professionnel en travail social et médico-social* : « Le secret professionnel ne doit pas être prétexte à malversation ». C'était une formule choc. Il aurait mieux valu écrire « ne doit pas servir à cautionner ou à dissimuler ».

Mais il faut aller plus loin.

Ceci dit, y a-t-il obligation de dénoncer ?

Très clairement, non.

En effet, le fondement même du secret professionnel qui est à la base de certaines professions, veut que l'on puisse avouer ses souffrances, mais aussi ses erreurs et ses travers, en toute confiance à certaines personnes qui ont une fonction sociale de soin ou d'assistance (médecin, avocat, assistant de service social...). Comme l'ANAS l'écrit très justement,

« Qui pourrait faire confiance et confier les difficultés dans lesquelles il peut être, parfois constitutives d'infractions au moins délictuelles (consommation de produits illicites, situations irrégulières de séjour, violence conjugale, etc.) à un professionnel qui serait de fait obligé de lever immédiatement le secret ? »

Par ailleurs l'article 226-14 du code pénal énonce certaines situations où les personnes astreintes au secret professionnel sont, non pas obligées, mais autorisées à révéler : il s'agit exclusivement de situations où la protection de personnes est en jeu, mais non le détournement de prestations.

D'ailleurs l'article L.411-3 du code de l'action sociale et des familles qui fonde le secret professionnel des assistants de service social renvoie explicitement au 226-13 et au 226-14 du code pénal : il n'y a donc pas d'autres exceptions au secret auquel ils sont astreints que celles de l'article 226-14 qui concernent la protection des personnes, et non les fraudes ou dissimulations :

« Les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal » (art. L.411-3 du code de l'action sociale et des familles).

On doit donc affirmer que le travailleur social astreint au secret professionnel qui révélerait une fausse déclaration dont il aurait eu connaissance en

raison de sa fonction commettrait le délit de violation du secret professionnel sanctionné par l'article 226-13 du code pénal.

Pourtant, bien sûr, il doit agir, mais différemment.

Le travailleur social qui a connaissance d'une fausse déclaration et ne la dénonce pas, est-il complice ?

Non. La complicité commence dans la participation active à un acte frauduleux, pas dans le seul fait d'en avoir connaissance et de se taire.

Selon l'article 121-7, al. 1 du code pénal,
« est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la commission ».

Il y aurait complicité si le travailleur social conseillait de dissimuler certains éléments de ressources ou de conditions de vie ou de déclarer des éléments faux.

Quelle attitude adopter ?

Pour répondre à cette question, nous ne sommes plus dans le droit, mais dans la déontologie professionnelle ou l'éthique personnelle. Je m'exprimerai donc avec prudence.

Il est certain que le travailleur social, qui d'une certaine manière représente la loi, ne peut accepter, cautionner, des attitudes transgressives à la loi.

Il doit donc intervenir, mais à son niveau, c'est-à-dire par le conseil, pour que les personnes reviennent à un comportement respectant la loi. Non pas par légalisme, mais parce que respecter la loi, c'est respecter les autres.

La seule façon de s'en sortir en respectant à la fois le secret professionnel et l'obligation de probité du fonctionnaire et du travailleur social, c'est de refuser de transmettre une demande d'aide sociale que l'on sait être fausse. Le travailleur social doit de surcroît informer le demandeur du risque pénal qu'il encourt. Le demandeur pourra alors transmettre sa demande directement à l'institution, mais sans l'aval du travailleur social.

Il faut bien vérifier, dossier par dossier, en quoi s'engage celui qui transmet, ce qu'il signe et sur quoi il engage sa responsabilité, généralement l'évaluation, lorsqu'elle est demandée. Que signifie le « Vu et transmis » que nous voyons quelquefois sur certains documents ?

Enfin, vous posez la délicate question de l'articulation de l'article 40 du code de procédure pénale avec l'obligation de secret professionnel édictée par l'article 226-13 du code pénal.

L'article 40 du code de procédure pénale pose :

« Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1.

Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit

est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. »

D'autre part l'article 226-14 du code pénal précise :

« L'article 226-13 [c'est-à-dire l'obligation de secret professionnel] n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. »

Autrement dit, l'article 40 du code de procédure pénale serait-il une loi particulière qui dérogerait à la loi générale ?

S'agissant d'un texte, non pas du code pénal, mais du code de procédure, nous conseillons de l'utiliser de façon restrictive.

L'article 40 du code de procédure pénale est écrit à la forme active (« tout fonctionnaire est tenu... »). Mais ce texte ne prévoit pas de sanction. En droit français, il s'agit donc d'une faculté. On comprendra en faisant une comparaison avec le droit de vote, qui relève d'une obligation du citoyen. Le code électoral ne prévoyant pas de sanction, le droit de vote est une faculté.

Aucune sanction n'étant prévue, aucun tribunal ne saurait condamner un fonctionnaire qui n'a pas dénoncé. Il s'agit d'un texte du code de procédure visant à organiser la procédure publique diligentée par le procureur de la République, et on ne peut lui donner un sens qu'il n'a pas : la séparation des pouvoirs suppose que le fonctionnaire, dépendant de l'exécutif, ne soit pas utilisé de manière systématique pour déclencher des procédures pénales. Une société qui ignore la séparation des pouvoirs n'est pas une démocratie.

D'autre part, ce texte vise les crimes ou délits connus par un fonctionnaire « dans l'exercice de ses fonctions ». Nous pouvons donc l'entendre comme concernant les crimes ou délits commis par l'administration elle-même (ou ses agents), ce qui justifie pleinement l'obligation de dénonciation. L'étendre à tous les délits dont un fonctionnaire peut avoir connaissance serait excessif. Ce serait, pour les professions qui sont astreintes au secret professionnel, comme les assistants de service social, mais aussi les médecins de PMI, les sages-femmes territoriales, etc., la négation du secret professionnel. Et comme le secret professionnel est constitutif de leurs missions, cela reviendrait à dire qu'il y aurait incompatibilité entre le statut de fonctionnaire et la profession d'assistants de service social, qui devraient être remplacés par des conseillers et des contrôleurs sociaux.

Le 8 août 2011

Pierre Verdier, avocat au barreau de Paris

Le devenir de la formation des assistants de service social Quels changements en cours ? Quelle position de l'ANAS ?

Marcelle ORSONI, membre du conseil d'administration de l'ANAS,
avril 2011

À la demande des membres du conseil d'administration du 10 décembre 2010, ce document de travail⁷³ présente un état des lieux de la formation ASS (organisation du système de formation, contenu et reconnaissance de la formation, gratification et alternance) afin de permettre à l'ANAS de définir sa position.

Depuis plusieurs années, la certification du diplôme d'État des assistants de service social fait l'objet de modifications régulières avec des conséquences sur la formation, sans être stabilisée à ce jour. Aujourd'hui, les formations sociales sont toutes engagées dans des réformes qui s'inscrivent dans les mutations sociales, économiques et politiques de la société française, impulsées par le cadre économique de l'Union européenne.

Durant ces dernières décennies, le travail social est parvenu à maintenir ses valeurs et ses missions malgré les différentes mutations de notre société. Toutefois, il reste aujourd'hui fragilisé par l'application du modèle libéral qui transforme les organisations politiques, administratives et du travail avec un individualisme grandissant.

Comprendre les enjeux de ce nouveau système d'organisation de formation qui se profile, impose de situer auparavant les caractéristiques et les conséquences de ces changements d'orientation engagés au niveau des principaux systèmes d'organisation (professionnel, institutionnels, politiques sociales, de formation et de l'emploi) concernés par les formations en travail social.

Cette présentation de constats, non exhaustive, prend appui sur différents rapports, articles, ouvrages, travaux et projets⁷⁴, ainsi que sur ceux du comité de pilotage de la Première conférence nationale des formations sociales qui s'est déroulée en octobre 2010. Elle a pour but d'enrichir, au sein de l'ANAS, une réflexion critique autour de la transmission des savoirs du champ de la pratique professionnelle du service social.

Cette réflexion-débat devrait permettre à l'ANAS, association professionnelle, de formaliser des propositions constructives et de faire connaître ses positions quant à l'organisation et au contenu de la formation des futurs assistants de service social. Cela affirmerait ainsi la légitimité de notre profession et

⁷³ Élaboré par Marcelle Orsoni aidée par le groupe de travail constitué de Joseph Cacciari, Joëlle Delacôte, Cristina De Robertis, Claire Jouffray, Paola Parravano, Marie Andrée Sadot. Les membres de la commission « Formation » ont également été sollicités pour corrections, modifications, ajouts d'éléments supplémentaires avant transmission au groupe de travail.

⁷⁴ Voir « Bibliographie » en fin d'article.

nous positionnerait comme acteur impliqué et pertinent dans la construction de la formation qualifiante de notre profession.

Nous aborderons, tout d'abord, les principales conséquences de l'évolution du travail social et de la formation professionnelle en France, pour ensuite repérer les enjeux du changement dans le système d'organisation générale des formations sociales et de leur contenu.

La problématique de la formation d'assistants de service social est incluse dans celle des formations du travail social. Aussi, les caractéristiques spécifiques à notre profession seront reprises dans les constats prioritaires et questionnement concernant la formation des assistants de service social. Nous terminerons sur les objectifs et propositions pour lesquels l'ANAS devra se positionner.

I. Principaux aspects du contexte général

L'évolution du service social et du travail social a toujours été sous l'influence des mutations de notre société et de celles des différentes politiques publiques. Elle s'inscrit dans le contexte légal et économique régi par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et la révision générale des politiques publiques (RGPP).

Depuis quelques années, elle subit des adaptations continues imposées par les logiques libérale et mondialiste, en vigueur en France et en Europe, qui développent l'individualisme, de nouvelles formes de travail dans l'entreprise et des recompositions des politiques sociales et de la formation entre autres.

Avant d'aborder différents constats, il est bon de rappeler les échéances annoncées qui démontrent la mobilisation de l'État par rapport à ce dossier de la politique de la formation dans une perspective de profondes modifications. Les associations des centres de formation — Association française des organismes de formation et de recherche en travail social (AFORTS), Groupe national des instituts régionaux du travail social (GNI) associés dans l'Union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale (UNAFORIS) — directement concernées, ont également présenté un projet de Hautes écoles de travail social et un livre blanc sur l'alternance qui serviront de support de réflexion.

1. Les échéances qui s'annoncent pour 2011-2012

- L'échéance de la mise en conformité aux normes de l'Union européenne de 2012 ;
- les travaux en cours concernant l'application aux formations sociales du système européen de transfert de crédits (European Credit Transfert System ou ECTS), déjà en vigueur dans l'enseignement supérieur permettant la reconnaissance des formations et des diplômes au niveau européen ;
- la publication des orientations nationales pour les formations sociales durant le premier semestre 2011 ;
- la constitution de groupes de réflexion de la commission profession-

nelle consultative (CPC) du travail social et de l'intervention sociale — dans laquelle l'ANAS n'est pas représentée — sur :

- le système de qualification et l'évaluation des certifications,
 - l'alternance par rapport aux sites qualifiants ;
- le projet de mise en place d'une évaluation des normes et des réformes des diplômes mises en œuvre depuis 2004 ;
- la probable diffusion (attendue depuis juillet 2010) des conclusions de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) concernant l'évaluation de l'impact de la réforme de la réglementation des stages initiée par la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances ;
- une suite concernant la réglementation de la gratification des stages...

2. Concernant le travail social

Compte tenu de sa position d'acteur dans les politiques sociales et de sa spécificité dans la relation humaine qui entraîne une implication éthique et politique, le travail social est confronté à des injonctions paradoxales qui remettent en question ses valeurs fondamentales et, en conséquence, sa pratique professionnelle.

« Il n'est plus question de s'attacher à la singularité des modes de vie et des manières d'être de la personne aidée. Seul compte désormais "l'usager" qui n'est appréhendé qu'au regard de sa conformité ou non à une offre de services, à des dispositifs que l'on cherche sans cesse à affiner en évacuant, précisément la part d'altérité qui vient contredire cette quête éperdue d'un idéal de pure fonctionnalité⁷⁵. »

L'orientation actuelle est de permettre à l'individu d'acquérir les moyens d'être acteur de son parcours de vie et de devenir citoyen à part entière. Car il est considéré comme responsable de sa situation et doit être autonome.

Pour répondre à des demandes sociales liées à une précarisation grandissante, le travail social recourt à des dispositifs « technocratico-procéduriers » de plus en plus nombreux. Ces outils d'intervention s'inscrivent dans le mouvement de rationalisation du travail avec une logique de résultats donnant ainsi une dimension gestionnaire et normative de la pratique professionnelle au détriment d'un accompagnement vers l'autonomisation de la personne.

Le libre arbitre du travailleur social est mis à mal dans la relation professionnelle au sein de laquelle lui-même voit ses marges de manœuvre et son autonomie se réduire tout autant que sa responsabilisation. En raison de sa spécificité, l'assistant de service social deviendrait-il un technicien chargé d'appliquer ces dispositifs et non plus un praticien ? Face aux injonctions induites

75 Jean-Yves Dartiguenave, « Le travail social au risque de la normalisation ? », *ASH*, n° 2685, 3 décembre 2010, p. 27 (l'auteur est sociologue au laboratoire d'anthropologie et de sociologie de l'université Rennes 2).

par l'application des modifications continues des politiques sociales, les travailleurs sociaux sont dans une recherche permanente d'adaptation avec le sentiment d'être considérés comme des exécutants.

Avec cette logique de dispositifs multiples où la vision de la situation de la personne est sectorisée, on constate une diversité grandissante des « intervenants » œuvrant dans le « social » — il existe une certaine de certifications dans les formations à l'intervention sociale ! — et de nouveaux champs professionnels sont apparus ou se développent : l'insertion par l'activité économique (IAE), l'aide à domicile, l'exercice d'activités en libéral... Chacun intervient dans son domaine au détriment d'une prise en charge globale de la personne. La tendance reste à la création de diplômes spécifiques à chaque nouveau problème social et à leur mise en concurrence, au lieu de spécialiser les professions généralistes existantes. Cette profusion de qualifications, probablement intéressante pour la gestion des ressources humaines des employeurs, entraîne une confusion et un flou des métiers auprès des personnes sollicitant le travailleur social.

Les professionnels sont également déstabilisés en tant que salariés d'institutions publiques ou d'organismes à vocation sociale et/ou médico-sociale. En effet, les différentes évolutions législatives et réglementaires induites entre autres par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et la révision générale des politiques publiques (RGPP) visent à faire 7 milliards d'euros d'économies et entraînent une logique de résultats à moindre coût. Afin d'y répondre, les institutions en tant que chargées d'appliquer les politiques sociales mais aussi comme employeurs et les organismes privés — essentiellement les associations — sont en restructuration permanente pour appliquer les réformes, régulières, des politiques sociales et les réformes administratives (la réforme des collectivités territoriales, les difficultés économiques et organisationnelles grandissantes des associations qui voient les subventions diminuer). Les logiques de gestion et de l'emploi (enveloppes budgétaires restreintes, mouvements sociaux dans les conseils généraux, mise en concurrence, baisse des subventions...) priment au détriment de la finalité d'utilité sociale. Le contexte de restriction budgétaire aidant, on voit se développer dans le champ du service social où le titre était jusqu'à présent protégé, le phénomène du « faisant fonction », déjà existant dans le champ éducatif.

Une dernière remarque concerne l'évolution de carrière du travailleur social : pour accéder à des fonctions ou postes à responsabilité, le travailleur social doit se qualifier selon la fonction qu'il veut occuper : il existe ainsi une spécialisation d'attaché territorial dans la fonction publique des collectivités territoriales, le certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS) dans le secteur privé et la fonction publique hospitalière. Il faut toutefois noter que le diplôme d'État d'ingénieur social (DEIS) ne parvient pas à être reconnu véritablement sur le marché du travail.

3. Réforme du système de la formation professionnelle

« À notre époque où l'économie européenne fonde sa croissance sur le développement des connaissances et où le travail connaît des mutations profondes, notamment au travers de mobilités professionnelles et

géographiques croissantes, la formation professionnelle est un enjeu majeur pour toute personne soucieuse d'entrer sur le marché du travail, et de maintenir ou de développer ses compétences et son employabilité⁷⁶. »

« La formation tout au long de la vie (FTLV) est à l'origine un concept européen qui s'éloigne des distinctions françaises de formation initiale pour les jeunes, de formation continue pour les actifs ou d'éducation des adultes, et qui affirme le droit de tout individu d'accéder à un apprentissage : à toute époque de sa vie [...], quelle qu'en soit la finalité [...], quel qu'en soit le cadre (écoles, organismes de formation, tutorat...) ⁷⁷. »

C'est dans ce contexte défini par l'Union européenne, que la réforme de la FTLV se met en place en France. À son propos⁷⁸, quelques remarques méritent d'être mentionnées car elles concernent les formations sociales :

- La politique de formation est inscrite dans le modèle économique européen.
- La complexité du système français de formation est liée à son cloisonnement : en fonction des âges de la vie, en fonction du financement (la formation initiale relève de crédits publics, la formation continue de crédits entreprises et autres), en fonction des niveaux de formation (à l'inverse de ceux des autres pays européens), en fonction de l'organisation des filières de formation.
- Deux des principaux objectifs sont de :
 - simplifier l'organisation de la politique de formation,
 - en contrôler la gouvernance et le financement.
- Au nombre des priorités figure la volonté :
 - d'être en adéquation avec les besoins des entreprises,
 - de faciliter la mobilité professionnelle entre l'emploi et la formation (ce qui expliquerait le développement des référentiels, la notion de compétences mais aussi le nombre de certifications).

Ces thèmes, abordés lors de la Première conférence nationale des formations sociales du 26 octobre 2010, démontrent que la mise en place des formations sociales est, de fait, inscrite dans la FTLV⁷⁹.

76 Rapport d'information sur la formation tout au long de la vie, Assemblée nationale, n° 1298, 4 décembre 2008, « Introduction », <<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1298.asp>>.

77 Ibid., p. 47.

78 Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

79 Voir le compte rendu de la Première conférence nationale des formations sociales du 26 octobre 2010, annexe n° 1. Une synthèse est disponible à l'adresse <<http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese.pdf>>.

II. Contexte du système d'organisation des formations sociales en France

1. Évolution du modèle de professionnalisation des formations sociales

Dans son ouvrage *L'accueil des stagiaires dans le secteur social*⁸⁰, Marc Fourdrignier démontre la modification du modèle dominant de professionnalisation du travail social. En effet, ce modèle s'est imposé à la fin des années 1960 lorsque le social s'institutionnalise, avec une formation préalablement définie par les professionnels et entérinée par l'État (délivrance du diplôme d'État). Elle est pilotée dans sa mise en œuvre par la Direction des affaires sociales (DAS) (et non par l'éducation nationale) et construite sur le modèle de la formation professionnelle.

« Dès les années 1980, ce modèle va se modifier [...] par le développement de nouveaux métiers et de phénomènes de concurrence [...], l'émergence de la notion d'intervention sociale avec de nouveaux acteurs [...], une division accrue du travail : les métiers de l'accueil et de la présence sociale, les métiers de la médiation [...]. En termes d'emploi cela va se traduire par l'élargissement de la palette de niveaux [...]. Il y a donc une logique d'élargissement et de diversification. Dans le même temps, le social découvre la logique entrepreneuriale et tente d'introduire de nouveaux modes de management, notamment des ressources humaines [...] dans les pratiques de recrutement avec une logique soit de titre de travailleur social, soit de niveau de titre ou de reconnaissance de compétences ; dans leur propre ingénierie de formation (services à la personne) ; dans le domaine des fonctions et des tâches (exemple : accueil du public, contractualisation du RMI). »

Depuis ces quinze dernières années, les formations sociales subissent les profonds changements du secteur de la formation professionnelle par la mise en place des différentes mesures législatives telles que :

- la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions : les dispositifs d'aide pour l'accès à l'emploi ont été davantage ciblés sur les personnes en difficulté par l'ouverture de la qualification aux personnes en situation d'emploi et/ou de reconversion professionnelle ;
- la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale : avec l'introduction de la valorisation des acquis de l'expérience VAE, il s'opère un passage de la logique de connaissance à celle de compétence qui s'accompagne de la construction de référentiels ;
- la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales : l'État conserve la responsabilité de la certification, la Région a la responsabilité de la mise en œuvre organisationnelle, du financement et de la définition des besoins en formation sur son territoire ;
- la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances et l'ap-

80 Éditions ASH, 2010.

plication du décret n° 2008-96 du 31 janvier 2008 relatif à la gratification et au suivi des stages en entreprise ;

– la loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

Différentes catégories d'« apprenants » — apprentissage, VAE (dispositif d'accompagnement de branche professionnelle, validation partielle de domaines de compétences) contrat de professionnalisation — peuvent accéder aux formations sociales et à leurs qualifications par « voie indirecte » et/ou rejoindre la formation initiale par « voie directe ».

La Première conférence nationale des formations sociales organisée par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et l'Association des régions de France (ARF), démontre l'effectivité de la coopération entre l'État et les régions. Elle a été préparée par, et a eu lieu devant, les représentants des différents acteurs concernés par la formation professionnelle de l'action sociale. Elle a été l'occasion de présenter, pour la première fois, un état des lieux des formations sociales à partir des observations et analyses des principaux acteurs de la politique de la formation⁸¹.

Avant d'aborder les axes principaux de l'organisation actuelle et future, une remarque sur les appellations qui ont été mentionnées :

– les formations sociales regroupent actuellement :

- celles du travail social dont les diplômes (14) qui relèvent du code de l'action sociale et des familles (CASF) : formations au caractère générique et à dimension nationale ;
- celles de l'intervention sociale qui relèvent de la branche de l'aide, des soins et des services à domicile ;

– l'objectif des politiques sociales qui se modifie dans le temps : aide sociale ⇒ action sociale ⇒ cohésion sociale ;

– l'intervention sociale n'apparaît plus dans le domaine du travail social ;

– le choix est de parler de gouvernance partagée partenariale et de construction partagée et non de co-construction.

2. Les axes principaux de l'organisation des formations sociales

Contrairement aux autres pays européens où les formations sociales se déroulent généralement dans les universités, en France, les formations sociales sont dispensées majoritairement par des établissements de formation au statut privé — essentiellement associatif. Ces derniers peuvent être de taille modeste ou plus importante (les IRTS par exemple). Certains ont signé des accords avec les universités françaises et/ou étrangères (dans le cadre de programmes tels que Erasmus par exemple), d'autres se sont regroupés entre eux ou ont fusionné au niveau territorial.

⁸¹ Les associations professionnelles, invitées au tout dernier moment à la Conférence, les associations des étudiants et celles des usagers n'ont pas participé aux travaux préparatoires, ni à la Conférence. Était également absent le ministère de l'enseignement supérieur.

Par ailleurs, les formations universitaires professionnelles dans le champ social se développent de plus en plus (licences professionnelles, champ de l'encadrement...) et « l'universitarisation » des professions sociales est en question actuellement.

Dans cette diversité, certains établissements sont mono-filières, d'autres poly-filières, conformément à « une volonté historique » de promotion sociale. La majorité des établissements de formation a toujours cherché à regrouper les métiers (du niveau V au niveau I) correspondant à un même secteur dans une même filière donnée. La formation initiale côtoie la formation professionnelle continue.

Toutefois, le passage d'un niveau à l'autre, simple dans une même filière, reste complexe dans l'accès d'une formation qualifiante à une autre. Aussi il peut être conseillé quelquefois :

- soit la passerelle à un même niveau : au niveau V, auxiliaire de vie scolaire (AVS) ⇒ aide médico-psychologique (AMP) ⇒ aide soignante ; au niveau III, conseillère en économie sociale et familiale (CESF) ⇒ assistant de service social (ASS) pour accéder à un champ de fonction plus large ;
- soit l'obtention de la qualification par le dispositif de la VAE.

Pour dispenser les formations initiales, tous les établissements doivent obtenir l'agrément de l'État en effectuant une demande préalable à la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Mais, avec la décentralisation (loi du 13 août 2004), c'est le conseil régional qui a la charge de mettre en œuvre la politique de formation, d'agrément et financer les centres de formation sur son propre territoire selon les orientations définies dans les schémas régionaux (la formation continue n'étant pas soumise à des procédures d'agrément) et selon les besoins locaux de formation.

Ces changements législatifs amènent les établissements à développer, au-delà de la formation initiale, des actions de formation continue (qualifiantes ou non) et à répondre à des appels d'offres correspondant aux besoins locaux.

La gouvernance et le financement

L'État central

Dans le cadre du *Projet d'une nouvelle architecture des diplômes en travail social* qu'elle a présenté⁸², l'UNAFORIS expose clairement le contexte politico-administratif dans lequel doivent s'inscrire les formations sociales :

« L'État central [Direction générale de la cohésion sociale, DGCS] a gardé la responsabilité de la formation des travailleurs sociaux par la réglementation des formations et la certification [...]. Il est impératif que les diplômes qualifiants soient définis par l'État⁸³. »

« L'État a lancé en mars 2008 un appel à projet pour la constitution de pôles ressource régionaux « recherche, travail social, intervention sociale, action

⁸² Projet validé par le conseil d'administration le 6 juillet 2010.

⁸³ Rapport du groupe « certification-diplômation » <http://www.unaforis.eu/accueil/unaforis_rapport_groupe_certification_diplomation_valide_ca_060710.pdf>, « Exposé des motifs », p. 3.

sociale, formation⁸⁴. L'état des lieux montre que sur les différentes régions une vingtaine de pôles ont ainsi été habilités⁸⁴. » Lors de la conférence nationale, la DGCS a clairement exprimé son souhait :

- d'actualiser les orientations nationales pour les formations sociales ;
- de parvenir à une gouvernance partenariale ;
- d'établir une cohérence entre les offres de formation et de l'emploi ;
- de mettre en commun les analyses concernant les besoins de formation et les diplômes du travail social (les 14 qui relèvent du CASF) ;
- de mieux faire connaître les formations sociales afin de développer l'attractivité ;
- de réaliser l'application du système européen de crédits capitalisables et transférables (ECTS) en vigueur dans l'enseignement supérieur dans le cadre de la reconnaissance des formations et des diplômes au niveau européen dans lequel la France doit s'inscrire.

Elle a affirmé la nécessité de :

- conserver dans le champ de compétence de l'État les formations au caractère générique et à dimension nationale avec ses diplômes d'État ainsi que la professionnalisation au-delà de la qualification et l'articulation de la formation professionnelle continue à celle tout au long de la vie ;
- maîtriser le cœur du métier, la culture professionnelle.

L'importance d'une lisibilité de l'offre de certification dans le champ social amène la DGCS à :

- préconiser la simplification des certifications des niveaux IV et V, conforme à une volonté politique pour une démarche de régulation ;
- s'interroger sur la tendance à créer des offres de certification selon les publics, et sur la pertinence de cette diversité, frein ou élargissement de l'offre ?

Les collectivités territoriales

Les régions « ont compétence pour mettre en œuvre, financer les formations sociales ». L'association des régions de France (ARF) est très impliquée avec une volonté de :

- structurer la carte des formations régionales (couverture territoriale, diversification des voies d'accès dans les formations et à la qualification avec la formation initiale, la VAE, l'apprentissage, l'accompagnement des établissements de formation dans la mise en œuvre des formations au niveau du financement, dialogue, appui groupes de travail) ;
- favoriser l'accès de tous à la formation et à la qualification ;
- piloter dans un cadre partenarial.

84 UNAFORIS, Projet de création de « Hautes Écoles », Rapport du groupe « structuration-coordination », <http://www.unaforis.eu/accueil/unaforis_rapport_groupe_structuration_coordination_valide_ca_060710.pdf>, p. 5. Appel à projet en référence à l'article 3 du décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Les régions chargées d'établir les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales privilégient sur le territoire une cohérence dans la relation emploi (région) / formation (État). Elles s'interrogent sur l'attractivité des certifications (niveaux V à I).

Les branches professionnelles

Elles ont créé « des pôles ressources régionaux VAE pour gérer le dispositif spécifique de branche ». L'Unifaf⁸⁵, présente à la conférence, souhaite développer la VAE et la formation continue et non pas multiplier les certifications ; la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP) de la branche de l'aide, des soins et des services à domicile souhaite le développement de l'apprentissage.

Quelques constats concernant l'organisation des formations

- La certification est un processus de double enjeu, financier et de pouvoir.
- Le système LMD est un monopole universitaire et le social l'excellence de la pratique : comment concilier cette excellence et la conceptualisation intellectuelle universitaire ?
- Les risques de la logique de contrat qui s'est substituée à celle de la concertation doivent être pris en compte ;
- Les orientations qui tendent à se développer dans les formations sociales sont les suivantes :
 - faciliter les voies d'accès pour les 14 DE du travail social par l'apprentissage, la VAE des formations complémentaires ;
 - adapter l'utilisation des compétences génériques acquises en formation initiale au poste de travail et par la formation continue ;
 - favoriser la mobilité dans le social ;
 - développer les passerelles entre les formations par la mise en œuvre de tronc commun et de parcours de formation pouvant prendre en compte des compétences acquises par les expériences ;
 - privilégier les compétences et les niveaux aux statuts et titres.

En résumé

Le glissement de la fonction du travail social s'oriente vers une mise à disposition exclusive au service de l'application des politiques sociales et non plus au service de la personne, du citoyen.

Le mouvement de rationalisation du travail mobilise toutes les structures sociales et médico-sociales (publiques et/ou privées) au détriment d'une qualité de l'offre de service publique.

85 « L'Unifaf est un organisme paritaire collecteur agréé par l'État (OPCA) pour collecter et gérer les fonds de la formation professionnelle continue des entreprises de la Branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif. », <<http://www.unifaf.fr/page.jsp?currentNodId=34>>.

Des compétences du travail social et donc du service social que confèrent le titre et la certification telles que l'intervention sociale de l'aide à la personne, l'intervention sociale d'intérêt collectif, l'expertise dans l'évaluation, la participation à l'élaboration de projets de changements sont de moins en moins prises en compte et sollicitées par les décideurs à l'avantage d'autres métiers plus administratifs.

Aujourd'hui, la distinction faite dans les formations sociales entre celles du travail social et celles de l'intervention sociale montre l'appropriation de ces dernières par la branche professionnelle (majoritairement privée et lucrative) de l'aide, des soins et des services à domicile et donc par le milieu de l'entreprise. Dans ce domaine, la multiplication de formations et de certifications « privées » et reconnues dans le *Répertoire national des certifications professionnelles* (RNCP) est la démonstration de la recherche d'adéquation entre l'offre de formation « d'intervenants » et les besoins des entreprises, entraînant la mobilité professionnelle entre l'emploi et la formation.

L'orientation, qui est jusqu'à présent de créer un diplôme pour chaque nouveau problème social et les mettre en concurrence, ne paraît pas être envisagée de façon à spécialiser les professions généralistes existantes.

La reconnaissance de nos diplômes et professions avec nos valeurs fondamentales et « la qualité de l'intervention auprès des usagers », paraît insuffisamment identifiée par les personnes, les employeurs, les institutions.

La volonté de la DGCS de conserver les formations et diplômes du travail social suppose son projet d'associer le niveau universitaire à celui de la compétence professionnelle mais dénote, en même temps, le risque possible qu'ils basculent dans le champ de la formation professionnelle tout au long de la vie. Le ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur montre une certaine réticence devant l'importance des durées de stage dans la démarche de la mise en crédit des formations sociales. Il n'a par ailleurs pas participé à la conférence nationale. Ces éléments peuvent laisser penser à un blocage du côté de l'Université.

La gouvernance partagée qui s'est mise en place entre la DGCS et les collectivités territoriales semble s'adresser dans un premier temps aux décideurs politiques et administratifs. Cela met en évidence un double enjeu financier et de pouvoir entre ministères. Mais, y aura-t-il un deuxième temps où sera sollicitée une concertation avec la profession ?

Le système d'organisation des formations sociales est confronté en même temps à ce nouveau partenariat — induit par la décentralisation et la législation concernant la formation tout au long de la vie — et à la restriction des financements publics et des moyens. Cela nécessite aujourd'hui une double coordination tant au niveau national que régional, tant au niveau institutionnel et politique que professionnel et des centres de formation.

Les constats et les enjeux présentés dans le document *Projet de création de Hautes Écoles* par l'UNAFORIS explicitent et complètent clairement la situation. Ce projet de « Structuration nationale du dispositif de formation... à un projet de « plateformes régionales »... pour la création de Hautes écoles profes-

sionnelles pour l'action sociale (HEPAS)⁸⁶ »

apporte dans l'ensemble, des réponses ambitieuses à la problématique actuelle avec une offre de formation cohérente et complète pour l'avenir de nos formations en travail social.

3. Les axes principaux du contenu des formations sociales

Remarques concernant les changements introduits par les réformes des différents diplômes d'État

Les réformes des formations et diplômes du travail social ont commencé depuis 2002 avec celle de la formation des auxiliaires de vie sociale (niveau V). Puis en 2004, celle des assistants de service social, la première des formations de niveau III et qui nous concerne plus spécifiquement, a été revue. Celles des éducateurs spécialisés (en 2007) et des conseillères en économie sociale et familiale (2009) sont plus récentes, il est prématuré d'effectuer une évaluation de leur mise en œuvre respective.

Il est évident qu'elles étaient indispensables et nécessaires dans ce contexte de mutations. Elles ont le mérite d'avoir tenu compte de l'évolution des métiers et des orientations politiques toujours actuelles, mais elles ont aussi complexifié et remis en question nos pratiques professionnelles.

Il est à noter de profondes transformations dans cette nouvelle logique de construction de la formation et par conséquent un questionnement sur l'identité professionnelle. Sans entrer dans le détail des contenus et modalités des formations du travail social, on peut repérer trois notions — référentiels, compétences, alternance — qui, aujourd'hui, continuent à faire débat.

« Le référentiel est un construit social qui clarifie les normes d'une activité ou d'un sens donné à des systèmes sociaux⁸⁷. »

C'est à partir du décret n° 72-607 du 4 juillet 1972 relatif aux commissions professionnelles consultatives consolidé par celui du 24 mai 2006 que les processus de formation ont intégré ce concept :

« le principe organisateur des formations construites par référentialisation [...] peut s'énoncer ainsi : les formations doivent être structurées non plus selon l'ordre des raisons scolaires, mais selon l'ordre des finalités professionnelles ou sociales visées.

[Avec] la loi de modernisation sociale [du 17 janvier] 2002, une nomenclature des métiers est devenue indispensable [...] en termes normatifs [...]. La validation des acquis d'expérience (VAE) et la validation des acquis professionnels (VAP) requièrent une clarification non seulement des activités mais des compétences nécessaires pour exercer dans l'activité désignée). Le processus européen de Bologne et la mondialisation de la formation ont provoqué l'obligation de dresser une organisation des compétences requises dans les différentes branches de métiers⁸⁸. »

86 UNAFORIS, *Projet de création de « Hautes Écoles »*, op. cit., « Sommaire ».

87 Françoise Cros (CNAM et Centre de recherche sur la formation), Claude Raisky (Agrosup Dijon), « Autour des mots de la formation : "Référentiel" », *Recherche et formation*, n° 64, 2010, p. 107.

88 Françoise Cros, Claude Raisky, art. cité, p. 108.

Les référentiels

Dans les cinq référentiels de chaque profession, construits sur le même modèle, il y a notamment :

- *celui professionnel* qui comporte deux parties : la définition de la profession, la description du contexte de l'intervention ;
- *celui des activités* qui décrit les fonctions et activités spécifiques de la profession visée.

Si, dans l'ensemble, notre profession se reconnaît bien dans la première partie ainsi définie, le référentiel d'activités, malgré son introduction qui conforte les fondements éthique et déontologique, reste plus subjectif dans sa liste de fonctions et d'activités. Il prend en compte, rappelons-le, les activités/capacités selon une succession de tâches (savoir-faire) et non plus la globalité d'une pratique professionnelle de travail social. De fait par ce flou, il n'explicite plus un métier spécifique mais facilite des passerelles entre emplois. Par ailleurs, le risque est qu'il peut être modifié pour faciliter, certes, l'apprentissage de l'étudiant mais aussi révisable pour ajuster l'offre de formation à des profils d'emploi recherchés par les employeurs.

La construction du référentiel de formation se situe dans l'articulation entre les savoirs disciplinaires et l'approche de la formation par compétences.

Les compétences

« En dépit de l'instabilité sémantique de ce terme (compétence), il est un trait qui lui est reconnu par la très grande majorité des chercheurs : c'est qu'un individu compétent n'est pas seulement quelqu'un capable d'exécuter à la demande des tâches standardisées, mais quelqu'un qui sait les mobiliser à bon escient dans des situations nouvelles relevant de son domaine et qui, donc, est en mesure de décider du « bon escient »⁸⁹ ».

Il s'agit bien ici « *du savoir agir en situation* » comme le définit Guy Le Boterf.

Dans les référentiels de compétences des quatre formations du travail social de niveau III, nous trouvons deux domaines spécifiques à chaque profession et deux domaines transversaux, communs ou proches dans l'intitulé du titre mais différents dans leur contenu. Il s'agit des domaines de compétences DC3 (communication professionnelle) et DC4 (implication dans les dynamiques partenariales, institutionnelles et interinstitutionnelles).

Dans les domaines spécifiques, il y a des compétences qui semblent comparables mais pas dans le même domaine (exemples : l'intervention sociale d'aide à la personne, ISAP et l'intervention sociale d'intérêt collectif, ISIC dans le DC1 des assistants de service social que l'on trouve en partie dans le DC2 chez les conseillères en économie sociale et familiale ou bien les notions de territoires et de développement social différentes selon le référentiel). Les ré-

89 Christian Chauvigné, Yves Lenoir, « Les référentiels », entretien avec Bernard Rey (service des sciences de l'éducation, Université libre de Bruxelles, Belgique), Recherche et formation, n° 64, 2010, p. 123 (<<http://www.inrp.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR064-09.pdf>>, p. 7).

férentiels de compétences des éducateurs spécialisés et des éducateurs de jeunes enfants sont beaucoup moins structurés que les deux autres.

Dans la perspective de passerelles, de regroupement et de tronc commun entre les quatre formations, il est probable qu'une refonte des référentiels s'effectuera qui devra tenir compte de l'harmonisation européenne. Préconisée par les textes législatifs et par la DGCS, la « co-construction » devrait se réaliser avec tous les acteurs concernés par nos formations respectives.

L'alternance et la notion de site qualifiant « Un détour par une notion : l'alternance intégrative

- Selon Gérard Malglaive, la mise en place de l'alternance en formation repose sur le constat que le travail est potentiellement formateur ; sur cette base, l'expérience professionnelle est un capital que le formateur repère, valorise et complète en accompagnant l'apprenant afin de lui permettre d'atteindre des compétences, et donc la qualification professionnelle visée. L'alternance permet d'apprendre ce qui ne s'enseigne pas en formation et qui pourtant constitue une partie essentielle de la compétence : *l'expérience*. La formation par alternance constitue une modalité de formation permettant de s'approcher au plus près de la construction des compétences. Cela suppose que l'alternance ne soit pas conçue comme une simple succession de moments théoriques et de moments pratiques (alternance juxtapositive), mais que ces deux moments interagissent l'un sur l'autre et s'alimentent mutuellement (alternance intégrative).

Même si cette notion a toujours sous-tendu la formation des assistants de service social, avec la réforme de 2004, c'est la première fois qu'on voit formaliser cette notion d'alternance « intégrative ». [...]

La réforme du DEASS a également introduit dans la définition même de la profession (et pour la première fois) la fonction de transmission des savoirs professionnels aux futurs professionnels : « Il a également pour mission de transmettre son savoir professionnel par l'accueil de stagiaires sur les sites qualifiants⁹⁰ ».

- Dans la perspective d'une cohérence entre formation/emploi et capacité/compétence, l'alternance participe de fait à l'organisation des formations sociales. Les centres de formations sociales doivent être amenés à co-construire leurs projets pédagogiques avec les différents acteurs : employeurs et branches professionnelles, professionnels — formateurs de terrain, référents de sites qualifiants —, formateurs de centres de formation, étudiants. Mais cela demande, auparavant, une connaissance du dispositif pour une implication active dans la coopération et l'interaction de ces acteurs.

- « L'alternance intégrative est un formidable outil pour la formation des travailleurs sociaux à condition de bien s'entendre sur la notion d'intégration : si on veut en garder la richesse actuelle, il ne faudrait pas aller vers l'intégration dans une structure de travail en tant que stagiaire pour en faire ensuite son lieu d'activité professionnelle. Il ne faudrait pas non plus aller vers le fait que les institutions accueillant des stagiaires privilégient le fait de présélectionner

90 Voir « L'alternance intégrative : repérage du sens des mots », documents internes à la commission « Formation » écrits par Claire Jouffray, annexe n° 4, septembre 2010.

afin d'intégrer ensuite en leur sein les futurs professionnels qui leur auraient convenu. On ne serait plus sur de l'intégration théorie/pratique mais sur de la simple intégration dans le monde du travail⁹¹ ».

L'analyse présentée par l'AFORTS et le GNI, dans leur *Projet pour l'alternance dans les formations sociales*⁹², qui aborde de façon complète et sans complaisance les différents aspects de l'évolution de l'alternance, rejoint en partie les travaux effectués au sein de la commission formation de l'ANAS.

Le site qualifiant

Si l'alternance est un modèle appliqué depuis longtemps dans notre formation, la notion de site qualifiant est récente avec les réformes de 2004 à 2009 concernant essentiellement le travail social (par exemple, elle n'apparaît pas dans le champ sanitaire ni dans celui de l'animation).

« Le site qualifiant, organisme d'accueil d'étudiants, est considéré comme une organisation professionnalisante, tant au plan de la pratique professionnelle qu'au plan de l'acquisition des savoirs et des connaissances complémentaires⁹³. »

• « Pour autant, on constate qu'avec la réforme du DEASS, le fossé s'est creusé entre les professionnels et la formation, contrairement aux effets escomptés... De l'engagement individuel d'un professionnel, on en est venu à un engagement institutionnel qui fait que les professionnels se sont mis ou sont mis en second plan⁹⁴. »

Les professionnels restent moins disposés à accueillir des étudiants, soit par manque de disponibilité, soit par réticence à la formalisation des compétences, soit par un manque de liberté de choix pour l'accueil déterminé dorénavant par sa hiérarchie.

• La mise en œuvre de ce nouveau processus se réalise à une période de préoccupations dues aux adaptations nécessaires des structures d'accueil et des centres de formation. La formalisation de la notion de site qualifiant entraîne des changements et des obligations pour les différents acteurs directement concernés : livret d'accueil, charte du stagiaire et convention-cadre du site, engagement professionnel du référent professionnel dans les certifications, projet de stage individualisé de l'étudiant, convention de stage...

• Les mesures inégalitaires de l'application de la gratification des stages pour les travailleurs sociaux en formation engendrent des tensions qui s'aggravent devant l'incapacité actuelle de trouver des solutions.

- La diminution de l'offre de stage provoque :
 - une réduction de la diversité des terrains de stage,

91 *Ibid.*

92 Voir notamment « L'indispensable alternance intégrative », in *Projet pour l'alternance dans les formations sociales : contribution pour un livre blanc*, AFORTS/GNI, octobre 2010, p. 6-8 (http://www.unaforis.eu/accueil/aforts_gni_livre_blanc_alternance_151010.pdf).

93 Circulaire n° DGAS/4A n° 2008-392 du 31 décembre 2008 relative à la formation et à la certification du diplôme d'État d'assistant de service social, *BO Santé, Protection sociale, Solidarités*, n° 2009/2, 15 mars 2009, p. 211.

94 *Ibid.* note n° 93.

- une forte sollicitation auprès des lieux non soumis à la gratification,
- des procédures d'accueil diverses mises en place par les employeurs dont certaines s'apparentent à un recrutement,
- une mobilisation des étudiants dans la recherche de stages avec pour seul objectif d'effectuer un stage, au détriment du sens formatif de leur parcours,
- des tensions entre les formateurs des centres de formation et les étudiants dans la mise en stage.

Cette situation, aujourd'hui, permet difficilement d'envisager sereinement une concertation et une collaboration dans la construction de l'alternance et de la « qualification » du site d'accueil.

Quelques constats prioritaires et questionnement concernant le contenu

– La DGCS affirme l'alternance comme la spécificité qui est déterminante pour la qualité de la formation en y associant le lien formation/recherche.

– Les régions cherchent comment moderniser les certifications et les formations pour ajuster les compétences à la demande sociale, aux emplois et aux profils recherchés par les employeurs. Elles s'interrogent également sur les évolutions dans le contenu des formations initiales, sur la mise en place de cursus spécifiques pour tenir compte des expériences acquises.

– Certaines orientations tendent à se développer dans les formations sociales :

- adapter les offres de formation à celles de l'emploi selon les besoins locaux des employeurs ;
- effectuer la recherche et le développement de la coopération avec l'université et le développement de la qualité à partir de :

- l'ancrage dans la formation professionnelle,
- la structuration de l'alternance,
- l'offre de formation de proximité ;

- réaliser une évaluation nécessaire des normes et des réformes des diplômes mises en œuvre depuis 2004.

– Doit-on améliorer les différents référentiels de la formation d'assistant de service social ?

III. Objectifs et propositions pour l'ANAS au regard de l'évolution de la formation des assistants de service social

1. Les lignes d'évolution et enjeux actuels relatifs à la formation des assistants de service social

Dans le contexte de changement et de rationalisation des politiques des organismes et services, la réforme de la formation et du diplôme d'État des assistants de service social s'est avérée indispensable devant l'évolution des métiers et des orientations politiques nationales et européennes. Mais, aujourd'hui, sa mise en œuvre provoque un questionnement sur l'identité professionnelle de l'assistant de service social qui est à maintenir en mettant en valeur sa culture professionnelle.

La reconnaissance de nos diplôme et profession avec nos valeurs fondamentales et « la qualité de l'intervention auprès des usagers et des groupes » est mise en difficulté. Renforcer nos certifications et qualifications, exige de conforter nos compétences spécifiques et de maintenir nos formation et diplôme dans le champ de compétence de l'État comme le propose la DGCS.

Le développement des certifications et des métiers dans le champ de l'intervention sociale demande une vigilance accrue pour le domaine du travail social, afin qu'il ne bascule pas dans la même évolution.

Ces deux dernières années, la mise en conformité des certifications et diplômes au niveau européen a impulsé un travail commun et finalisé entre les associations professionnelles et des centres de formation. Malgré la réticence du ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur à reconnaître l'inclusion de la durée des stages dans les crédits européens, la DGCS possède les éléments nécessaires pour obtenir gain de cause avec le dossier constitué par les associations pour répondre à l'obligation de cette mise en conformité avant 2012.

Le « projet création de Hautes écoles professionnelles pour l'action sociale » proposé par l'UNAFORIS est une réponse à la problématique actuelle avec une offre de formation cohérente.

Les orientations nationales envisagées par la DGCS s'inscrivent dans le processus de la formation professionnelle tout au long de la vie. La volonté de favoriser la mobilité dans le social et de développer les passerelles entre les formations incite à revisiter les différentes formations du travail social de même niveau.

Avec leurs *Projet d'une nouvelle architecture des diplômes en travail social* et *Projet pour l'alternance dans les formations sociales*, l'UNAFORIS, l'AFORTS et le GNI ont anticipé ces orientations en présentant une structuration qui met en évidence des passerelles entre nos formations et des tronc communs. Afin de déterminer les spécificités professionnelles de chacune, il faut revoir la construction de la formation des assistants de service social, tant au niveau du contenu des référentiels qu'au niveau du lien théorie/pratique, de la recherche et de l'alternance.

2. Les objectifs et les propositions de l'ANAS

Les objectifs :

- Défendre les fondamentaux de la profession
- Exercer une pression sur les évolutions et les décisions
- Défendre un diplôme national pour la profession
- Développer la participation active de l'ANAS et des professionnels dans toutes les instances de la formation
- Affirmer l'alternance, le lien théorie/pratique et l'importance de la recherche
- Travailler avec les autres associations professionnelles pour un travail social de qualité
- Collaborer avec les associations des centres de formation pour une offre de formation de qualité

Les propositions :

- Conserver les formations au caractère générique et à dimension nationale avec nos DE
 - Privilégier un niveau universitaire avec les savoirs qui y sont associés et une compétence professionnelle assortie de savoir-être et de savoir-faire
 - Participation de l'ANAS aux instances de gouvernance partenariale (DGCS, CPC, ARF), en lien avec les associations professionnelles, des établissements de formation, des étudiants
 - Maîtriser le cœur du métier et la culture professionnelle (éthique, déontologie, valeurs fondamentales, ISAP, ISIC, évaluation/diagnostic, recherche) par la présence de l'ANAS dans les différentes instances techniques (CPC...)
- Une réponse à la recherche d'adéquation offre d'emploi/formation est de proposer des spécialisations à la formation initiale généraliste dans le cadre de la formation continue
 - Revisiter les référentiels et leur donner plus de cohérence
 - Participer à l'adaptation du système existant (exemple : VAE) en gardant le cœur du métier avec passerelle entre professionnels, sauf pour le DC1 (comme au Canada par exemple)
 - Participer à l'harmonisation des certifications sur le territoire national
 - Affirmer l'alternance et le lien formation/recherche comme les spécificités déterminantes pour la qualité
 - Une définition partagée de l'alternance intégrative par les différents acteurs qui apparaît comme la première condition de son existence
 - Confirmer la place des sites qualifiants dans la formation et sa construction
 - Trouver d'autres instances de partage dans la construction partagée des projets pédagogiques des formations à l'initiative des centres de formation

avec des représentants des sites qualifiants et des apprenants impliqués et actifs (comme au sein des comités techniques pédagogiques des centres, par exemple)

- La valorisation de l'alternance par la construction de savoirs professionnels propres au travail social en développant la recherche en sciences sociales
- Valoriser la fonction de formateur en site qualifiant en tant qu'intermédiaire nécessaire entre le site qualifiant et le centre de formation et avec un enjeu de formation (formation continue) afin d'améliorer ses compétences (décharge de travail, prise en compte dans l'évolution de carrière, accès à une formation pédagogique spécifique)
- L'équilibre et l'harmonisation des temps de stage et des temps en centre de formation c'est-à-dire le respect de périodes de stage suffisantes afin de permettre l'exercice de la pratique professionnelle auprès d'un public en difficulté dans la continuité de l'intervention. Cet équilibre ne doit pas se faire au détriment de l'apprentissage expérientiel sur site qualifiant en favorisant l'enseignement des savoirs théoriques universitaires par exemple
- La généralisation de la gratification des stagiaires (droit commun) à tous les sites qualifiants afin de permettre un choix élargi des lieux de stage
- Lutter contre la précarité des apprenants notamment des étudiants (logement, déplacements, santé)
- L'offre de formation sous la responsabilité de la Région : gratuité à l'accès aux formations et durant la formation, harmonisation au niveau national
- Interrogation également sur le sens du travail social, en lien avec cette notion d'alternance intégrative : interroger les problèmes rencontrés par les personnes et les aider à les dépasser individuellement et collectivement, questionner l'application des politiques sociales, se remettre en question dans ses pratiques. Dans cette option visant le changement social, l'alternance intégrative a toute sa place dans la formation
- Participer à la réflexion engagée par les associations des centres de formation sur le livre de l'alternance
- Vigilance de la part des associations professionnelles sur la cohérence entre les offres de formation et les offres d'emploi avec participation des associations professionnelles au sein de la région au niveau technique
- Réajuster et définir de façon cohérente et rigoureuse les compétences des quatre formations du travail social et mieux distinguer et affirmer ainsi les spécificités et les identités professionnelles de chacun par les établissements de formation avec les associations professionnelles en coordination avec la DGCS
- Le projet des Hautes écoles de l'action sociale de l'UNAFORIS ne serait-il pas plus pertinent pour nos professions, certifications et formations ? Il permettrait le bachelor malgré le ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur.

Le rôle de l'ANAS est de rappeler les fondamentaux de la profession et de favoriser le dialogue entre tous.

Bibliographie

Ouvrages

Bourassa Bruno, Serre Fernand, Ross Denis, *Apprendre de son expérience*, Presses de l'Université du Québec, 1999.

Dartiguenave Jean-Yves, « Le travail social au risque de la normalisation ? », *ASH*, n° 2685, 3 décembre 2010.

De Robertis Cristina, « La théorisation des pratiques en travail social », communication à la journée d'étude organisée par le laboratoire ISIC *Intervention sociale d'intérêt collectif (ISIC) : quelles marges de création ?*, Montpellier, IRTS Languedoc-Roussillon, 3 décembre 2009.

Fourdrignier Marc, *L'accueil des stagiaires dans le secteur social : accueil de l'institution et accompagnement par le professionnel*, Éditions ASH, 2010.

Lois et rapports

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales relative aux responsabilités locales.

Loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.

Décret n° 2008-96 du 31 janvier 2008 relatif à la gratification et au suivi des stages en entreprise.

Loi n° 2009-1 437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

Les lois, décrets, arrêtés et circulaires relatives aux différentes réformes des quatre diplômes d'État du travail social.

Rapport d'information sur la formation tout au long de la vie, Assemblée nationale, n° 1298, 4 décembre 2008

Henri Proglio (dir.), *Promouvoir et développer l'alternance : voie d'excellence pour la professionnalisation*, Rapport au Président de la République française, La Documentation française, novembre 2009 <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//104000022/0000.pdf>>.

Revue, documents, projets

Revue française de service social :

- « Expertise et évaluation : affirmer nos compétences ! », n° 236, janvier 2010.
- « Développer notre pouvoir d'agir, individuel, professionnel, institutionnel : de nouveaux repères théoriques et pratiques », actes des Journées nationales d'études en service social, Montpellier, 6 au 8 novembre 2008, n° 234, juillet-septembre 2009.
- « Positionnement professionnel : face aux mutations, mobilisons nos compétences », actes du forum de Toulon, n° 230, août 2008.

– «La réforme du diplôme d'État d'assistant de service social : une formation pour une profession en évolution», n° 226, octobre 2007.

Revue française de sciences sociales, « Formation emploi », « Dossier : Les processus de professionnalisation », n° 108, octobre-décembre 2009 (La Documentation française).

ASH, n° 2667, 9 juillet 2010, Isabelle Sarazin, Pierre Gauthier, « Mettre en place des hautes écoles en travail social ».

TSA, n° 18, décembre 2010-janvier 2011, Chantal Cornier, « Sans terrain de stage pas d'alternance possible ».

Le journal de l'action sociale, décembre 2010, Sébastien Poulet-Goffard, « Formation du travail social : Le modèle français survivra-t-il ? ».

Recherche et formation, n° 64, 2010 :

– Cros Françoise, Raisky Claude, « Autour des mots de la formation "Référentiel" ».

– Christian Chauvigné, Yves Lenoir, « Les référentiels », entretien avec Bernard Rey.

– AFORTS, GNI, *Projet pour l'alternance dans les formations sociales : contribution pour un livre blanc*, octobre 2010.

Les freins et les leviers de l'accueil de stagiaires vus par les professionnels ASS

Analyse de l'enquête réalisée par la commission « Formation » de l'ANAS, mai et juin 2011

Gaëlle BOUL, Martine BUENO-CAZEJUST, Marie DARLEY, Joëlle DELACÔTE, Patricia KLINKERT, Priscillia MAZIÈRE, Brigitte PORTAL, Danielle ROUSSERIE, membres de la commission « Formation »

Marcelle ORSONI, ex-membre de la commission.

Introduction

Tout au long de l'année 2011, la commission formation de l'ANAS s'est donnée comme axe de travail la question de l'alternance.

Dans une période secouée par un manque de stages révélé, la gratification est venue porter un nouveau coup à cette carence, interrogeant le sens et le contenu de la formation au travail social et l'alternance.

Or, nous savons que la mise en situation réelle de travail est formatrice. L'alternance intégrative permet d'apprendre ce qui ne s'enseigne pas en formation et qui pourtant constitue une partie essentielle de la compétence : l'expérience.

Nous avons voulu solliciter le point de vue des professionnels sur la question précise de l'accueil des stagiaires, pour repérer les freins rencontrés sur le terrain et les leviers à mobiliser pour que cet accueil progresse.

Les professionnels de terrain ont répondu favorablement à ce questionnaire (139 étudiés) et nous donnent matière à analyse. Nous constatons que, malgré les obstacles évoqués, les professionnels ayant répondu au questionnaire accueillent dans leur grande majorité des stagiaires. Ceci témoigne de l'importance que revêt pour la profession l'apprentissage du métier par l'expérimentation pratique et l'implication des assistants de service social dans la mission de formation de leurs futurs collègues.

Nous proposons d'aborder cinq points :

- la réalité de l'accueil de stagiaires ;
- ce qui ne peut être transmis autrement que dans la pratique ;
- les bénéfices de l'accueil ;
- les difficultés rencontrées ;
- ce qui permettrait de concrétiser l'accueil ou de dépasser les obstacles.

La réalité de l'accueil de stagiaires

L'accueil réalisé et à venir

- **71 % des professionnels ont déjà accueilli un stagiaire** dans le cadre du nouveau DEASS (99 réponses), 33,8 % dans celui de l'ancien DE (47).
- **12 % des professionnels n'ont jamais accueilli de stagiaires** (17).
- **48 % des professionnels vont accueillir prochainement un stagiaire** (67), 38 % non (53), 13,6 % ne savent pas (19).

Remarques : Nous constatons qu'en grande majorité, les professionnels accueillent des stagiaires, cependant il reste un potentiel d'accueil (12 %) à activer. Presque la moitié des professionnels vont accueillir prochainement un stagiaire (ce qui paraît peu au regard de la remarque précédente). Ceci peut s'expliquer par le fait que l'enquête a été menée en mai et juin, période où les stages se terminent plutôt qu'ils ne démarrent. Certains professionnels ne se projettent pas jusqu'à la rentrée).

La réforme du DEASS et la notion de site qualifiant

- **67 % ont connaissance de la réforme du DEASS** (93), 12 % une connaissance partielle (17), 20 % aucune (28), 1 ne sait pas.

Remarque : 1/3 n'a pas une bonne connaissance de la réforme du DEASS de 2004.

- **48,2 % ont connaissance d'un protocole ou charte formalisée** pour l'accueil de stagiaires (67), 31 % non (44).

Remarque : 1/3 n'a pas connaissance d'un protocole ou charte formalisée pour l'accueil de stagiaires. 1/4 n'a pas répondu (par méconnaissance de ce qui existe dans l'institution ?).

- **90 % des institutions accueillent des stagiaires** (125), 1 n'en accueille pas.

- **Cet accueil est important pour 70 % des professionnels** (97), n'est pas important pour 8 % (11).

- **L'institution est reconnue site qualifiant** pour 77 % des professionnels (107), 13,6 % non (19), 8 % (11) ne savent pas.

Remarque : Il y a une majorité d'institutions reconnues sites qualifiants mais cela n'est pas toujours le cas.

Un site qualifiant représente :

- **Un lieu de professionnalisation** 52,5 % des professionnels (73 réponses),
- **Un lieu d'accueil** pour 44 % (61),
- **Un lieu de formation** pour 42 % (58),
- **Une institution** pour 25 % (35).

Remarque : Le site qualifiant apparaît comme le lieu où le stagiaire apprend le métier, où il devient un véritable professionnel. Il a remplacé le « terrain de stage » mais la notion de site qualifiant paraît encore assez floue dans ses

spécificités. On peut noter que les professionnels mettent en avant l'importance de l'aspect « accueil » des stagiaires.

Ce qui ne peut être transmis autrement que dans la pratique

- **Le savoir-être et le savoir-faire.** À ce double titre, citons :

- les principes éthiques et déontologiques ;
- l'engagement du professionnel dans son travail ;
- la prise de conscience par le stagiaire que le rôle de l'ASS n'est pas simplement l'application de dispositifs, ni faire à la place de la personne car elle détient les connaissances ;
- l'apprentissage de la mesure de l'urgence d'une demande, appréciation de l'urgence sociale ;
- la réflexion autour de la construction du positionnement professionnel du stagiaire ;
- l'apprentissage de la prise de risques dans la rencontre ;
- le développement de la confiance en soi ;
- le test de ses réactions, une meilleure connaissance de soi, l'acquisition de ses propres repères ;
- la gestion de ses émotions ;
- l'expérience de l'intensité du travail social (la charge de travail) ;
- la confrontation à la réalité de vie des personnes ;
- l'adaptabilité au public accueilli ;
- l'application nuancée de la législation sociale ;
- la construction de ses outils, l'apprentissage de l'organisation.

- **La relation d'aide.** Elle sous-entend :

- l'écoute ;
- le cœur du métier ;
- la prise de conscience de la complexité de la relation à l'autre ;
- la mise en pratique de la distanciation ;
- la capacité à accueillir la personne, reconnaître l'autre en tant que sujet, pratiquer l'empathie ;
- la pratique de l'entretien d'aide, en l'éprouvant physiquement par la construction de la posture professionnelle.

- **Le travail en équipe, en partenariat, en réseau.** Il permet :

- une prise de conscience de la complexité des relations professionnelles ;
- un échange de connaissances.

- **Le sens articulé aux apprentissages théoriques**

Lien avec l'utilisation de la méthodologie pour traiter les demandes.

• **La prise de conscience des limites de l'intervention de l'ASS en fonction de l'institution d'exercice**

- Donner à voir au stagiaire les limites et les contraintes des dispositifs.
- Vivre l'intensité du travail social (la charge de travail).
- Savoir défendre son propre positionnement professionnel lors des réunions institutionnelles.

Remarque : Un grand nombre de compétences ne sont transférables que par l'expérience aux yeux des professionnels.

Les bénéfices de l'accueil de stagiaires

• **Redynamisation du positionnement et du questionnement professionnel**

69 % (96 réponses). Interrogation de sa pratique, prise de recul dans son positionnement professionnel *via* le regard neuf du stagiaire.

• **La transmission des savoir-être et savoir-faire**

29,4 % (41 réponses). Par l'action de transmettre, de « déconstruire » sa pratique, les professionnels aboutissent à une meilleure identification de leurs missions, de leurs actions.

• **Suivre l'évolution de la formation et du métier**

28% (39 réponses). Être au plus proche de l'évolution de la formation des ASS, de l'évolution de la profession *via* les échanges et la collaboration avec les centres de formation.

• **Revisiter les éléments théoriques et la conceptualisation de sa pratique**

13,6 % (19 réponses). Par les questionnements et les apports théoriques des étudiants (sur le plan éthique, déontologique, retour aux fondamentaux) et par le développement de projets innovants.

• **Un autre regard sur les situations**

12 % (17 réponses). Un enrichissement mutuel *via* une mutualisation des connaissances (vision, évaluation complémentaire, échanges intergénérationnels).

• **Continuité de la transmission des valeurs professionnelles dans le respect de la tradition d'accueil des stagiaires, référence à la culture de l'accompagnement des futurs professionnels**

9 % (13 réponses). Transmettre le sens profond du métier, développer et démontrer la dynamique de l'action sociale.

• **Redynamisation de son rapport à l'institution, redynamisation institutionnelle**

5 % (7 réponses). Redynamisation de son implication dans la dynamique institutionnelle.

• **Une aide au quotidien**

3 % (4 réponses). Aide du stagiaire dans l'organisation quotidienne du travail, participation de l'étudiant dans l'activité administrative.

Remarque : Accueillir un stagiaire, c'est accepter un regard extérieur, un point de vue neuf sur sa pratique. L'accueil est formateur également pour le formateur et le site qualifiant.

Les difficultés rencontrées dans l'accueil de stagiaire

• **Le manque de moyens**

Le problème de locaux, de manque d'espace pour accueillir un stagiaire est un élément important à relever ainsi que le manque de temps lié à la surcharge de travail.

• **Le manque de reconnaissance**

La motivation des professionnels serait améliorée s'il y avait davantage de reconnaissance (financière, formation, temps).

• **Le partenariat professionnels/sites qualifiants/centres de formation**

Ce partenariat n'est pas une réalité pour 3/4 des professionnels : pour 42 % (59) il ne l'est pas du tout, pour 34 % (47) il ne l'est qu'en partie. Pour un petit quart cette réalité est effective : 22 % (31) répondent oui.

Ce point est sans doute à améliorer d'autant que certains 16,5 % (23) repèrent un manque de co-construction entre les acteurs de la formation.

La gratification des stagiaires

La gratification reste un frein à l'accueil de stagiaires pour certains sites qualifiants.

Remarque : Le formateur site qualifiant attend une reconnaissance du côté de son institution mais aussi de la part du centre de formation.

Ce qui permettrait de concrétiser l'accueil ou de dépasser les obstacles

• **Diminuer la charge de travail du formateur site qualifiant**

Pour plus d'1 professionnel sur 3 (42 %, 59 réponses) concrètement il faudrait dégager du temps et diminuer la charge de travail pour qu'ils bénéficient de la disponibilité nécessaire à l'accueil de stagiaires dans de bonnes conditions.

La réponse passe par l'attribution des moyens supplémentaires en termes d'organisation de travail (par exemple redéploiement de l'activité, déssectorisation...).

• **Une formation spécifique pour les formateurs terrain**

La formation et le soutien des formateurs terrain favorisent l'accueil de stagiaires (26,6 %, 37 réponses). Les professionnels demandent un accompagnement, une supervision... Il existe une formation de trois jours mise en place par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT). Une ASS propose un jour avant l'accueil et d'autres journées pendant.

Plusieurs ASS suggèrent de créer des groupes de réflexion autour de l'accueil en stage avec le soutien de l'école ou entre formateurs et surtout à l'attention des débutants.

Les qualités requises nous dit une ASS sont la remise en question et la capacité pédagogique du professionnel.

Parmi les ASS, 15 % (21) demandent la généralisation de la formation gratuite de six jours et 6,4 % (9) le financement de la formation longue.

• **Améliorer les conditions matérielles d'accueil**

Pour 1 professionnel sur 4 (25 %, 35), de meilleures conditions matérielles, liées surtout à l'aménagement de bureaux, permettraient concrètement un accueil de stagiaires.

• **Gagner en reconnaissance vis-à-vis de l'employeur**

Pour 1 professionnel sur 4 il faudrait gagner en reconnaissance du côté de l'employeur (24 %, 33).

Des propositions

Elles sont faites en termes de :

- **création d'un statut** qui donnerait un niveau de certification ou de diplôme ;
- **prise en compte de la compétence pédagogique** dans les évaluations et bilans écrits de fin d'année.

Pour 10 % des professionnels, la reconnaissance passe aussi par la rémunération du formateur. La réponse serait donc une augmentation de salaire ou une prime.

Presque 1 professionnel sur 3 (41) est pour une rémunération ou une prime pour les formateurs terrain.

D'autre part, 8,6 % (12) seraient pour une facilité d'accès aux formations en donnant la priorité aux professionnels qui accueillent des stagiaires.

Il ne faut pas oublier également l'expérience et la stabilité de l'emploi (le contrat à durée déterminée [CDD] ne favoriserait pas l'accueil), ainsi que l'avenir des services et leur pérennité.

L'impossibilité de remédier aux obstacles, ou de grandes interrogations, apparaissent dans certaines réponses. Cette impossibilité est liée au poste, à la direction, à l'activité elle-même, au contexte de récession budgétaire. Les freins peuvent être rattachés au mode de management ou au contexte politique.

• **Améliorer les relations centres de formation/formateurs terrain/sites qualifiants**

Il s'agit d'améliorer les liens avec les centres de formation au niveau du partenariat et de la communication. Une ASS évoque « le manque de reconnaissance des professionnels dans certaines écoles », « pas de retour des travaux de stage des étudiants », une autre une équipe de formateurs qui n'est pas soudée, une autre encore un manque d'échange pendant le stage, d'autres l'absence de soutien et de déplacement des formateurs école pendant le stage, notamment en cas de difficultés... (19,4 %, 27 réponses).

Les propositions mettent en avant une meilleure communication entre le centre de formation et les institutions notamment en amont sur l'intérêt des stages. Certains professionnels souhaitent mieux cibler le profil des stagiaires avant l'accueil. Une plus grande ouverture des centres de formation est demandée.

Des propositions concrètes

- **Avancer sur la charte et la notion de site qualifiant.** Proposer une date pour la signature de la charte.
- **Envisager un soutien spécifique** aux très jeunes étudiants par le centre de formation (ex : prise de notes).
- **Sensibiliser les futurs professionnels** à l'accueil.
- **Éviter les coupures de stage** de trois semaines non compatibles avec l'investissement dans l'ISIC par exemple.

• **L'accueil de stagiaires : un projet d'équipe**

Le soutien des collègues et de l'équipe aide à concrétiser cet accueil (16,5 %, 23 réponses).

Il s'agit de sensibiliser et de motiver les équipes, de mieux communiquer, de mener une réflexion et de penser un projet d'accueil (on accueille plusieurs stagiaires en même temps ou un seul ?). Par ailleurs, accueillir un stagiaire à deux professionnels paraît une idée pertinente. L'accueil repose en grande partie sur la bonne volonté de l'ASS et sur une volonté commune de l'équipe (5 %, 7 réponses).

• **Permettre aux institutions d'assumer la gratification**

La question de la gratification des stagiaires est évoquée avec la demande de moyens budgétaires supplémentaires pour rendre celle-ci effective. L'arrêt de la gratification peut apparaître comme un moyen de lever un obstacle mais cette possibilité est très peu évoquée (1,4 %, 2 réponses).

• **Le rôle souhaité de l'ANAS par les professionnels**

Inclure l'accueil de stagiaires dans le code de déontologie.

Conclusion

Les assistants de service social considèrent la formation des nouveaux professionnels comme une activité à part entière de l'exercice professionnel, un point de vue confirmé par la réforme de 2004 du DEASS qui en fait une des fonctions du référentiel. Le taux de réponse à ce questionnaire montre que la profession porte un intérêt tout particulier aux conditions de l'alternance intégrative et que ses revendications légitimes doivent être portées devant les pouvoirs publics, les institutions et les centres de formation. Ainsi l'ANAS est-elle interpellée directement pour jouer le rôle de catalyseur de la parole du terrain sur un enjeu majeur pour la profession en matière de formation des futurs ASS.

Les freins et les leviers de l'accueil de stagiaires vus par les professionnels ASS

Synthèse de l'enquête réalisée auprès de 139 professionnels par la commission « Formation » de l'ANAS, mai et juin 2011

Communiqué de l'ANAS

Gaëlle BOUL, Martine BUENO-CAZEJUST, Marie DARLEY, Joëlle DELACÔTE, Patricia KLINKERT, Priscillia MAZIÈRE, Brigitte PORTAL, Danielle ROUSSERIE, membres de la commission « Formation »
Marcelle ORSONI, ex-membre de la commission.

Introduction

Tout au long de l'année 2011, la commission « Formation » de l'ANAS s'est donné comme axe de travail la question de l'alternance.

Dans une période secouée par un manque de stages révélé, la gratification est venue porter un nouveau coup à cette carence, interrogeant le sens et le contenu de la formation au travail social et l'alternance.

Or, nous savons que la mise en situation réelle de travail est formatrice. L'alternance intégrative permet d'apprendre ce qui ne s'enseigne pas en formation et qui pourtant constitue une partie essentielle de la compétence : l'expérience.

Nous avons voulu solliciter le point de vue des professionnels sur la question précise de l'accueil des stagiaires, pour repérer les freins rencontrés sur le terrain et les leviers à mobiliser pour que cet accueil progresse.

Les professionnels de terrain ont répondu massivement et favorablement à ce questionnaire et nous donnent matière à analyse. Nous constatons que malgré les obstacles évoqués, les professionnels ayant répondu au questionnaire accueillent dans leur grande majorité des stagiaires. Ceci témoigne de l'importance que revêt pour la profession l'apprentissage du métier par l'expérimentation pratique et l'implication des assistants de service social dans la mission de formation de leurs futurs collègues.

Premier constat : *La réforme du DEASS de 2004 et la notation de site qualifiant restent encore floues.*

- 1 ASS sur 3 n'a pas une bonne connaissance de la réforme du DEASS de 2004.
- 1 ASS sur 3 n'a pas connaissance d'un protocole ou charte formalisée pour l'accueil de stagiaires.

Deuxième constat : *Les difficultés rencontrées dans l'accueil de stagiaire :*

- Le manque de moyens (surtout les conditions matérielles et le temps).
- Le manque de reconnaissance.
- Le partenariat professionnels/sites qualifiants/centre de formation.
- La gratification des stagiaires.

Troisième constat : *Le stage représente ce qui ne peut être transmis autrement que dans la pratique*

Le savoir-être et le savoir-faire, la relation d'aide, le travail en équipe, en partenariat, en réseau, le sens apporté aux apprentissages théoriques, la prise de conscience des limites de l'intervention de l'AS en fonction de l'institution d'exercice.

Quatrième constat : *L'accueil de stagiaires est un bénéfice pour le formateur et le site qualifiant*

Accueillir un stagiaire, c'est accepter un regard extérieur, un point de vue neuf sur sa pratique. L'accueil est formateur également pour le professionnel/formateur et le site qualifiant.

Cinquième constat : *Les ASS continuent à accueillir des stagiaires malgré des conditions d'exercice du métier difficiles*

Sont dénoncés la charge de travail et de responsabilités, le manque de reconnaissance, le délitement des solidarités professionnelles.

Sixième constat : *Ce qui permettrait de donner de l'élan à l'accueil ou de dépasser les obstacles*

- Diminuer la charge de travail du formateur site qualifiant.
- Mettre en place une formation spécifique pour les formateurs terrain.
- Améliorer les conditions matérielles d'accueil.
- Gagner en reconnaissance vis-à-vis de l'employeur.
- Améliorer les relations centres de formation/formateurs terrain/sites qualifiants.
- Organiser l'accueil de stagiaire(s) : un projet d'équipe.
- Permettre aux institutions d'assumer la gratification.

Conclusion

Les assistants de service social considèrent la formation des nouveaux professionnels comme une activité à part entière de l'exercice professionnel, un point de vue confirmé par la réforme de 2004 du DEASS qui en fait une des fonctions du référentiel. Le taux de réponse au questionnaire montre que la profession porte un intérêt tout particulier aux conditions de l'alternance intégrative et que ses revendications légitimes doivent être portées aux devants des pouvoirs publics, des institutions et des centres de formation. Ainsi, l'ANAS est-elle interpellée directement pour jouer le rôle de catalyseur de la parole du terrain sur un enjeu majeur pour la profession en matière de formation des futurs ASS.

Rencontre avec le syndicat des professionnels diplômés en travail social (SPDTS) malgache

Marcelle ORSONI

Madagascar... « l'île Rouge » ou « la Grande Île »... d'une superficie de 587 000 km² (l'équivalent de la France et de la Belgique réunies), se situe dans l'océan Indien avec des paysages tropicaux d'une beauté à vous couper le souffle. Sa population, accueillante et d'une grande amabilité, compte 18 ethnies aux rites et croyances différents et avoisine les 23 millions d'habitants dont une majorité de jeunes. Elle se répartit sur tout le territoire divisé administrativement en 23 régions. La capitale, Antananarivo (qu'on continue d'appeler Tananarive à Madagascar et en France) recense près de 2 millions de personnes. Elle attire un grand nombre de familles et de jeunes issus de la campagne en quête d'un travail, provoquant de fait une augmentation de bidons-ville et de la mendicité. Madagascar est un des pays les plus pauvres de la planète avec une espérance de vie de 60 ans, un taux de mortalité chez les moins de 5 ans de 112/1 000 et un taux d'alphabétisation des adultes de 71 %. Depuis ces dernières années, la crise politique ajoutée à la crise économique accentuent l'appauvrissement de cette République pourtant riche en ressources naturelles et en dynamisme de sa jeune population.

En septembre 2011, lors de mon séjour à Madagascar, en tant que membre du conseil d'administration de l'ANAS, j'ai rencontré Madame Norotiana Jean-noda-Randimbarison, présidente et directrice du programme protection de l'enfant, de la femme et de la promotion de la famille du SPDTS. Elle est assistante de service social et andragogue⁹⁵. Elle m'a reçue très cordialement au siège du SPDTS situé dans la banlieue de la capitale, dans sa villa familiale où elle a aménagé plusieurs pièces pour l'association (administration, activités de formation). Connaissant l'ANAS et intéressée par des échanges sur nos pratiques professionnelles, elle m'a présenté le SPDTS et son équipe tout en m'expliquant le travail social dans les contextes socio-économique et politique malgaches actuels.

La formation en travail social à Madagascar⁹⁶

La formation des assistants de service social a été créée en 1959 sur le modèle français. Aujourd'hui, il y a environ 1 700 travailleurs sociaux diplômés d'État après une formation supérieure (bac +3, 4 ou 5 ans) : assistants de service social, éducateurs spécialisés, animateur social, socio-organisateur, agent de développement social. Les différents centres de formation en travail social sont soit publics (État, province), soit privés (associations, organisations non gouvernementales [ONG], organismes religieux).

« À partir de l'année 2000, vu la nécessité face à la demande et suite

95 Andragogue : spécialiste de l'aide éducative aux adultes en situation d'apprentissage.

96 Informations mentionnées par M^{me} Jeannoda et complétées lors de la consultation du site du SPDTS : <www.spdts.mada.org ou spdts.blogspot.fr>.

aux résultats des études et recherches sur les différents problèmes et fléaux sociaux (maltraitance infantile, accompagnement psychosocial des [personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine] PVVIH, droits des personnes âgées, délinquance, situation de dépendance...) ainsi qu'à l'orientation de la politique de la protection sociale à Madagascar, l'État a contribué à la création de l'Institut supérieur en travail social et à l'ouverture de la filière "formation professionnalisante en travail social" au sein de l'université d'Antananarivo et de la filière "formation professionnalisante en développement social" à l'université de Tomatina⁹⁷. »

Environ 70 % des travailleurs sociaux malgaches sont issus de l'Institut supérieur en travail social.

Aujourd'hui, il y a de plus en plus de centres de formation qui emploient exclusivement des formateurs sans expérience professionnelle en travail social.

Le travail social à Madagascar

Seul un décret sur le travail social est paru, portant création de services sociaux provinciaux des affaires sociales et réorganisation des bureaux municipaux d'assistance sociale.

« Les professionnels du travail social opèrent à tous les niveaux : auprès de l'individu, dans la famille, au niveau d'un groupe, au niveau communautaire, au niveau de l'administration sociale. Partout, ils sont sollicités : dans les établissements scolaires, dans les établissements d'accueil des personnes âgées, dans les organisations socioculturelles, dans les dispositifs de rééducation et d'insertion, dans les centres d'accueil, d'écoute et d'accompagnement, dans le milieu sanitaire et hospitalier, dans les réseaux de protection des enfants, dans les milieux de travail, dans les Fokontany⁹⁸, les communes urbaines et rurales, dans le camp militaire. Ils interviennent dans le secteur associatif (association ou ONG), dans les organismes parapublics, dans les ministères, dans les collectivités locales ainsi que des communes et des régions ».

« Ils agissent partout où règnent des "problèmes sociaux ou des fléaux sociaux" ! Partout où résident des populations "particulières" ! Partout où le "tissu social" est à "raccommoder". Partout où il est question d'insérer, d'intégrer, d'accompagner, bref de produire ou de restaurer le "lien social". Modestes exécutants le plus souvent, coordonnateurs de systèmes d'action complexes ou gestionnaires d'un projet ou d'un programme : ils proposent des activités, ils dispensent des secours, ils accompagnent des personnes dans leurs démarches d'aide sociale, ou bien tout simplement ils offrent leur présence à ceux qui sont vraiment dans le besoin⁹⁹. »

97 Extraits de « Exposé de l'utilité des travailleurs sociaux à Madagascar », site du SPDTS.

98 « Subdivision administrative de base au niveau de la commune [qui], selon l'importance des agglomérations, comprend des hameaux, villages, secteurs ou quartiers » (<<http://www.mprdat.gov.mg/fkt.html>>).

99 Ibid. n° 98.

Le syndicat des professionnels diplômés en travail social

Créé en 2005, le SPDTS est une association syndicale regroupant les 1 700 travailleurs sociaux dispersés sur l'ensemble du territoire malgache qui en sont membres d'office car diplômés d'État. À l'origine, c'est la directrice de l'école de service social d'Antananarivo (devenue depuis l'Institut supérieur de formation en travail social) qui a mis en place l'association des travailleurs sociaux diplômés de toutes filières suite à la concertation avec leurs représentants.

Le but du SPDTS est la reconnaissance de la professionnalisation des travailleurs sociaux (à la différence des intervenants sociaux qui ne cessent de proliférer). Il développe des actions de formation professionnelle continue *en direction des professionnels* et met en place des actions d'information et de sensibilisation sur l'utilité du travail social *en direction de la population, la société civile et les médias, des partenaires techniques et financiers et enfin des institutions publiques* (voir encadré).

De l'utilité des travailleurs sociaux à Madagascar

En vue de la professionnalisation formelle du travail social et de la reconnaissance de la notoriété des travailleurs sociaux diplômés à Madagascar, [...] le Syndicat des professionnels diplômés en travail social [...], en partenariat avec le ministère de la Santé, du Planning familial et de la Protection sociale, demande :

1° – qu'il y ait un ministère de tutelle qui puisse couvrir, voire superviser, les actions des professionnels diplômés en travail Social. [...]

2° – que le métier de travailleur social soit reconnu officiellement par le biais de la création d'un corps professionnel et d'un Ordre professionnel des travailleurs sociaux diplômés à Madagascar. L'existence de ce corps nous permettrait de procéder à la conception des propositions de lois régissant l'action sociale à Madagascar et à l'élaboration de la déontologie de ces acteurs sociaux, d'un côté, et d'un autre côté, de pouvoir participer à la mise en œuvre de la politique sociale dont la politique de protection sociale et à la conception et/ou la rénovation de certaines lois sociales.

3° – qu'il y ait un poste budgétaire pour le recrutement des travailleurs sociaux au sein du secteur étatique [moins de 4 % des travailleurs sociaux actuellement], pour qu'ils puissent contribuer au développement social de Madagascar.

Demande de collaboration avec les partenaires techniques et financiers

1° – Mise en œuvre d'une étude sur l'utilité de la professionnalisation du travail social et la notoriété des travailleurs sociaux à Madagascar [...]

2° – Mise en œuvre du cadre logique de l'intervention du SPDTS, ci-joint :

Objectif global : Promotion de la participation des professionnels en travail social dans le processus de développement

Objectif spécifique : Amélioration de la notoriété des professionnels en travail social ainsi que de leur organisation

Résultats attendus :

R1 : L'organisation de la structure du Syndicat des professionnels diplômés en travail social est renforcée

R2 : La communauté, la société civile et les médias adhèrent aux principes du travail social et reconnaissent les prestations des travailleurs sociaux

R3 : L'environnement politique est favorable au travail social.

Source : <<http://spdts.blogspot.fr/1801711/EXPOSE-DE-MOTIF-DE-L-UTILITE-DES-TRAVAILLEURS-SOCIAUX-A-MADAGASCAR/>>

Le SPDTS s'autofinance avec les cotisations de ses membres. Leurs activités et leurs plans d'action sont financés par tous les bailleurs tels que l'État (par exemple pour le programme concernant les enfants et adolescents disparus), les Nations unies, l'Union européenne, le Fonds social de développement, l'Unicef (par exemple pour les programmes de recherche de famille, sur la faisabilité de la formation pour leur uniformisation) ainsi que les îles voisines. Il travaille en partenariat avec les différents services publics (par exemple, la police des mœurs et des mineurs), les différentes Églises, les associations, les ONG et organismes divers.

Les activités du SPDTS sont regroupées en volets spécifiques (voir en annexe la liste complète des différents volets d'intervention du SPDTS) tels que le système de recherche de famille, la facilitation de la prise en charge médicale et psycho-sociale pour les enfants hospitalisés et les orphelins enfants vulnérables, l'élaboration d'un état des lieux des services disponibles dans la région d'Analamanga (dont le chef-lieu est Antananarivo, la capitale) et l'apport de soutien psycho-social en milieu scolaire... Des exemples d'actions menées par les salariés du SPDTS sont présentés sur le site qu'ils ont construit.

Ils ont mis en place également des actions de formation pour un renforcement des capacités spécialisées suivant les domaines d'intervention à partir de partages de vécu, d'études de cas, recherche-action...

L'un des projets du SPDTS est de parvenir à l'uniformisation des formations en développant les actions de formation continue et en mettant en œuvre un programme sur la faisabilité de la formation avec l'aide de l'Unicef et aboutir à une étude sur l'utilité de la professionnalisation du travailleur social et la notoriété des travailleurs sociaux à Madagascar.

La présentation des objectifs et des activités de cette jeune association malgache démontre une volonté et un enthousiasme à défendre et à valoriser la profession dans un pays en grandes difficultés sociale, économique et politique. Lors de la discussion avec Madame Jeannoda et son équipe, j'ai trouvé cette dynamique et leur conviction de l'utilité des travailleurs sociaux dans la construction des politiques sociales, dans l'accompagnement des personnes, des groupes et des communautés et dans le développement de

la formation. J'ai rencontré des professionnels mobilisés et ouverts à des échanges avec les travailleurs sociaux étrangers, tout comme avec l'Anas qu'ils connaissent bien. Si l'Anas peut représenter effectivement pour eux un modèle d'association de défense de notre profession et de notre déontologie, nous avons tout autant à nous enrichir de leurs expériences, de leurs réflexions et surtout de leur enthousiasme constructif.

Annexe : Liste des volets d'intervention du SPDTS :

- Opérationnalisation du système de recherche de famille pour les enfants disparus et/ou égarés
- Facilitation de la prise en charge médicale, psycho-sociale et juridique des enfants en contact avec l'instance judiciaire : présumé auteur, victime ou en danger
- Réponse à la ligne verte
- Système intégré pour la prise en charge des victimes d'abus sexuels
- Cellule d'écoute et de conseil juridique aux victimes de non-droit, basé sur le genre
- Prise en charge psycho-sociale des détenus ou des enfants placés au niveau des centres de rééducation
- Recherche - action pour l'Observatoire social à Madagascar
- Prise en charge psycho-sociale des femmes en détresse
- Facilitation de la prise en charge psycho-sociale, médicale et juridique des femmes victimes de la violence conjugale
- Lutte contre la traite de personnes
- Prise en charge des victimes de la migration économique et lien avec la traite de personnes
- État des lieux des services disponibles et mise en réseau des acteurs
- Appui aux réseaux de protection de l'enfant
- Renforcement des capacités des acteurs sociaux (écoute, prise en charge psycho-sociale, maltraitance...)
- Renforcement des capacités des travailleurs sociaux diplômés à Madagascar
- Child friendly spaces¹⁰⁰ dans 18 quartiers de la ville
- Sécurité humaine pour 25 quartiers de la ville
- Peace Education en milieu scolaire
- Mobilisation sociale au niveau de la communauté en matière de protection de l'enfant, de la femme et de la réunification familiale
- Appui des acteurs communautaires de base et de proximité : Fiantso¹⁰¹
- Centre de ressources en travail social.

100 Espaces d'accueil pour les enfants où ils peuvent non seulement jouer en sécurité, mais où ils peuvent aussi trouver une éducation de base, des équipements sanitaires et où ceux qui ont besoin d'aides spécifiques peuvent être repérés.

101 « Fiantso est une association qui promeut les valeurs démocratiques et les pratiques de bonne gouvernance. Cette raison d'être devrait se traduire par le tissage de relations entre citoyens et décideurs publics pour améliorer la cohérence des politiques avec besoins du développement local. » <<http://www.fiantso.mg/?p=identite>>.

L'aventure des JET 11

Brigitte Rizzo

Les membres du « groupe travail » constitué suite à la dissolution de la commission travail se connaissaient pas ou peu. Cependant, l'envie de continuer la réflexion engagée depuis plusieurs années sur le métier a dynamisé la mise en œuvre des JET qui étaient très attendues par les professionnels de terrain.

Exercice périlleux car il nous faut, en principe 2 ans pour monter une formation de 2 jours à cette échelle (300 à 450 participants). Le défi était relevé, nous avions 1 an devant nous, nous avons donc organisé 1 jour de formation.

Angoisse, stress ! Mais vous savez, vous qui êtes assistants de service social du personnel ou du travail le « bon stress », pas le nocif, pas le toxique, que nenni, le « bon, quoi » !

Nous avons rencontré, comme d'habitude, des écueils auxquels il a fallu remédier: intervenants se désistant au dernier moment, plus aucun RH de disponibles, pas d'assistant de service social de la fonction publique intéressé pour intervenir ou refus des hiérarchies. Le programme concocté de départ connaît souvent des amputations indépendantes de notre volonté et nous avons entendu vos remarques qui n'ont fait que conforter notre stratégie de départ.

Nous avons peur d'accueillir moins de stagiaires, car il n'y avait qu'un seul jour de formation, mais non, nous étions quand même 350 professionnels.

Vous avez été 225 à compléter les fiches d'évaluation mises à votre disposition, c'est un record ! Et nous vous remercions car c'est grâce au dépouillement de ces fiches que nous essayons d'améliorer la formation. Nous dégageons également la problématique des JET suivantes à partir des demandes que vous exprimez sur ces fiches.

Quel a été votre message ? Message tronqué car la majorité des fiches ont été remplies exclusivement sur les interventions de la matinée. En moyenne, le thème de la journée a plu à 95% d'entre vous, les apports théoriques à plus de 80%, les expériences de coopération à plus de 45%, les Bataclowns à 98% et l'organisation et le déroulement de la journée à 90%. Sur les 30 personnes qui ont manifesté le souhait de rejoindre le groupe à ce jour seules 9 personnes ont répondu présentes.

D'après vos souhaits, les prochains JET auront pour thème..... ? Vous êtes trop curieux, une bonne chose après l'autre. Quand vous aurez visité les JNE 2012 en novembre, d'invisible le thème deviendra visible ! Magie de l'ANAS.

La nouvelle commission travail, née du groupe travail par décision du CA du 2 décembre 2011 va travailler sur l'organisation des JET 2013 mais va également plancher sur des thèmes de réflexion autour de la déontologie, de la veille législative, de spécialisation de la formation des assistants sociaux du personnel et du travail.

Les membres bénévoles et actifs de la commission travail vous remercient pour votre participation à la JET 2011 et vous donnent rendez-vous pour les JET 2013.

Nous avons reçu

Ouvrages

BRIGNON Jean, GALLOUJ Camal, *Servico social do comercio centro brasileiro de cooperacao et intercambio de servicos sociais, o trabalho social franca brasil*, Sao Paulo, SSC, 2011.

—, *Petit précis de santé publique et d'économie de la santé*, Rueil-Malmaison, Lamarre/Wolters Kluwer France, 2011.

CHABANET Didier, DUFOUR Pascale, ROYALL Frédéric, *Les mobilisations sociales à l'heure du précarité*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2011.

CHAUVIÈRE Michel, *L'intelligence sociale en danger*, Paris, La Découverte, 2011.

COLLECTIF INTER-ASSOCIATIF SUR LA SANTÉ, *Usagers du système de santé : connaissez et faites valoir vos droits !*, Paris, CISS, 2010.

DE JONCKHEERE Claude et al., *Le thérapeute et le diplomate : modélisation de pratiques de soins aux migrants*, Genève, Haute école du travail social (HETS) IES éditions, 2011.

GBIZO Bernard E., *Les soignants face à la violence*, Rueil-Malmaison, Lamarre/Wolters Kluwer France, 2011.

MANOUKIAN Alexandre, *La sexualité des personnes âgées*, Rueil-Malmaison, Lamarre/Wolters Kluwer France, 2011.

SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE, *Comment penser ensemble, le travail d'équipe en PMI, comment panser ensemble ?*, Actes du XXXVI^e colloque du SNMPMI, novembre 2010, Paris, SNMPMI, 2011.

Revue

« Les précarités dans la fonction publique territoriale : quelles réponses managériales ? », *Les cahiers de l'Observatoire social territorial*, n° 2, juin 2011 (Mutuelle nationale territoriale, MNT).

« Vieillesse ordinaires », *Gérontologie et société*, vol. 138, n° 9, septembre 2011 (Fondation nationale de gérontologie, FNG).

Nous avons lu

Gillian SCHOFIELD, Mary BEEK, *Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives : la théorie en pratique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, avril 2011, 536 p., 37 €.

Cet ouvrage du professeur Gillian Schofield et Mary Beek, éminentes spécialistes en Angleterre dans le domaine de l'adoption et du placement familial, présentent la théorie de l'attachement, concept développé par John Bowlby (psychanalyste anglais). Les deux situations présentent des similitudes ; dans la première, des parents adoptifs accueillent pour toujours un enfant qui n'a plus de lien avec ses parents biologiques ; dans la seconde, des familles d'accueil, qui sont des professionnels rémunérés, accueillent pour un temps un enfant qui a encore ses parents biologiques.

Le point commun à ces deux situations est une rupture d'avec la famille d'origine, donc une perte de liens et la création de nouveaux attachements.

Ce livre pose les fondements de la théorie de l'attachement, en alliant la pratique de terrain, au travers de l'exposé de nombreuses situations présentant des enfants de tous âges du nourrisson à l'adolescent, et la théorisation qui permet de comprendre le développement d'un attachement sécurisé.

Cet ouvrage est une référence qui s'adresse aussi bien aux familles adoptives et aux familles d'accueil auxquels il permet de comprendre ce besoin d'attachement de l'enfant pour se construire sur des bases sécurisantes pour sa vie d'adulte, qu'aux travailleurs sociaux pour organiser leur réflexion et évaluer leur pratique dans l'accompagnement des familles et des enfants. C'est un livre réaliste mais porteur d'espoir.

Michelle Gagnadou

À vos agenda !

Journées nationales d'études

22 et 23 novembre 2012

Centre de congrès Tapis Rouge
67, Faubourg Saint Martin - 75010 Paris

Visible et invisible : le travail social mis à l'épreuve de son utilité et de son efficacité

Décrié ou sanctuarisé, le travail social est devenu un enjeu de politique nationale. Plus ou moins connu, diversement apprécié, ce travail si particulier reste trop souvent invisible. Ne sont rendus visibles que certains aspects liés à des faits divers souvent dramatiques où l'émotion prime sur la raison dans l'analyse.

Les travailleurs sociaux sont peu écoutés même lorsqu'ils sont mis sur le devant de la scène médiatique. Il leur est même régulièrement reproché d'entretenir une culture de l'assistance voire de ne pas correctement assurer leurs missions ou d'être totalement inefficaces.

Comment expliquer cette méconnaissance des pratiques professionnelles ?

À qui profite-t-elle ? Comment rendre visible ce travail au quotidien ?

Comment donner à voir et aider à comprendre le sens et la richesse des interventions tout en résistant à une forme d'uniformisation des pratiques professionnelles ?

Car le travail social au quotidien ce sont des dizaines, des centaines de milliers de réussites et d'engagements individuels et collectifs tant pour la population que pour les professionnels. Il s'agit de mieux vivre ensemble, de lutter contre l'exclusion, de renforcer la cohésion sociale et de défendre la justice sociale.

Qu'est-ce qu'un travail social efficace et utile aujourd'hui,

du point de vue des personnes, des professionnels, des institutions et des politiques ?

Les Journées nationales d'études de l'ANAS de novembre 2012 se proposent d'être un espace de réflexion pour envisager ces questions

Ces journées de formation ouvriront aux professionnels la possibilité de préciser la place du travail social dans l'espace public. Elles seront également l'occasion d'aborder les nouvelles réalités organisationnelles et leurs enjeux.

Ces Journées nationales d'études de l'ANAS devront aussi permettre à l'ensemble de la profession de valoriser son potentiel, ses réalisations et son efficacité non directement visible. Il s'agira de s'approprier des outils d'analyse et d'expertise sociale (communication, outils informatiques — statistiques ou non —, évaluation, projets politique et de territoire) afin d'améliorer la visibilité du travail réalisé et des effets obtenus.

Tarifs à titre indicatif

(nos tarifs sont inchangés depuis plus de dix ans) :

Pour les deux journées, repas de midi compris :

Règlement avant le 01/09 2012 :	450 €
Règlement après le 01/09/2012 :	495 €
Adhérents ANAS cotisation réglée (autofinancés) :	395 €
Étudiants :	100 €

Inscriptions à la journée :

4 novembre, repas compris :	250 €
5 novembre, repas compris :	250 €
6 novembre, repas non compris :	50 €

Tarifs préférentiels pour trois et plus :

Règlement avant le 1 ^{er} septembre 2012 :	400 €
Règlement après le 1 ^{er} septembre 2012 :	450 €

Les bulletins d'inscriptions seront diffusés au cours du premier semestre 2012.

Réservez au :

01 45 26 33 79
anas.jne2012@gmail.com

La revue française de service social derniers numéros parus

2008

N° 228/229 Identité professionnelle et partenariat : Actes des journées d'études du travail (JET 2007)

N° 230 Positionnement professionnel : Actes du forum de Toulon

N° 231 Quelles pratiques professionnelles du travail social en 2008 dans le respect des principes universels des droits de l'homme ?

2009

N° 232 Osons le collectif : changer de regard, changer de positionnement

N° 233 Articulation entre le sanitaire et le social : Valeurs, Éthique, Territoires de santé

N° 234 Développer le pouvoir d'agir personnel, professionnel et institutionnel : Actes des JNE 2008

N° 235 Les actes de journées d'études du travail « Service social du travail : Santé et travail – De l'individuel au collectif » JET 2009

2010

N° 236 Expertise et évaluation : affirmer nos compétences !

N° 237 Le dossier social à l'épreuve de l'informatique.

N° 238 Pauvreté et RSA : un tournant pour les pratiques de polyvalence

N° 239 Violence conjugale : comprendre et intervenir

2011

N° 240 Profession assistant de service social : repères et enjeux

N° 241 – 242 Être professionnel aujourd'hui : les actes des Journées Nationales d'Études 2010

N° 243 Réforme de la protection de l'enfance. Quelle protection pour les mineurs ?

2012

N° 244 Service social et service de santé en milieu de travail : quelle coopération ? Actes de la journée d'études du travail (JET 2011)

A paraître :

N° 245 Évolution des politiques sociales (titre indicatif)

N° 246 Le champ du social à l'ère du rendre compte : normes, référentiels et procédures

N° 247 Éthique et déontologie dans le nouveau contexte

La revue française de service social

Revue professionnelle trimestrielle

BULLETIN année civile 2012

RFSS N°244, 245, 246 et 247

À renvoyer à : **ANAS, 15 rue de Bruxelles - 75009 PARIS**

Abonnement

Réabonnement

Achat au numéro : 15€

Tarif France : 46 € Tarif Étranger : 52 € Tarif étudiant : 25 €

Nom et adresse de facturation	Nom et adresse d'expédition
-------------------------------	-----------------------------

Nombre d'abonnements	Prix unitaire	Total

Date :

Signature et/ou cachet :