

## Prévenir ensemble

### Les risques d'atteinte psychologique au travail

#### Editorial

#### CHSCT

- Elus des CHSCT face aux « RPS ». Comprendre l'hétérogénéité des pratiques
- Présentation du *Guide RPS à l'usage des CHSCT*

#### International

- Premiers éléments de bilan du colloque COMPARISK2013
- Canada : une Norme pour la prévention des risques psychosociaux

#### Dossier épuisement professionnel

- Introduction
- Réconcilier prévention des risques psychosociaux et performance économique de l'organisation
- Une étude exploratoire du *burnout* des dirigeants de PME
- La prise en compte des risques psychosociaux par les encadrents : le métier comme repère des ressources psychosociales

#### Etudes et recherches

- Prévention de la pénibilité au travail et risques psychosociaux : de la nécessité d'une approche globale
- Fréquence et accessibilité à la prévention des facteurs de risques psychosociaux impliqués dans les inaptitudes des salariés pour souffrance morale au travail

#### Pratiques

- Conseil et risques psychosociaux : une nouvelle problématique pour les professionnels de l'insertion et de l'orientation professionnelle ?
- Que faire en cas de suicide ou tentative de suicide ? L'action à mener dans le cadre du CHSCT

#### Revue

- Recueil des articles traitant du CHSCT depuis le 1<sup>er</sup> numéro des *Cahiers des rps / fps*

# Les cahiers des rps

Le Vérone  
ZI Jeanne d'Arc  
27 bd Charles Moretti  
13014 Marseille

Tél. : 04 91 62 74 09  
Fax : 04 91 62 72 45  
Email : accueil@cateis.fr

Publication biannuelle

**Directeur de la publication**  
Franck Martini

## COMITE EDITORIAL

Muriel Gautier  
Marc Souville  
Sandrine Mocaer  
Marie-Hélène Cervantes

## CORRECTIONS

Valérie Aiguespares

## MAQUETTE

Hania Djebbar / 06 76 01 00 42

## EDITEUR

### CATEIS

www.cateis.fr

EURL au capital de 24 000 euros

Siège social : Le Vérone

ZI Jeanne d'Arc  
27 bd Charles Moretti  
13014 Marseille

RCS Marseille B 419 867 551

Agréé expert CHSCT  
Habilitation IPRP

## FINANCEUR

### DIRECCTE PACA

23/25, rue Borde  
13285 Marseille Cedex 08  
04 86 67 33 96

## IMPRIMEUR

SPI - Septèmes

Dépôt légal : février 2005

ISSN : 1772-7642

[www.sante.securite-paca.org](http://www.sante.securite-paca.org)

# Sommaire

**N°21**  
Juin 2013

## 4 Editorial

### CHSCT

- 6 • Elus des CHSCT face aux « RPS ». Comprendre l'hétérogénéité des pratiques
- 8 • Présentation du *Guide RPS à l'usage des CHSCT*

### International

- 11 • Premiers éléments de bilan du colloque COMPARISK2013
- 15 • Canada : une Norme pour la prévention des risques psychosociaux

### Dossier épuisement professionnel

- 20 • Introduction
- 21 • Réconcilier prévention des risques psychosociaux et performance économique de l'organisation
- 25 • Une étude exploratoire du *burnout* des dirigeants de PME
- 29 • La prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants : le métier comme repère des ressources psychosociales

### Etudes et recherches

- 34 • Prévention de la pénibilité au travail et risques psychosociaux : de la nécessité d'une approche globale
- 37 • Fréquence et accessibilité à la prévention des facteurs de risques psychosociaux impliqués dans les inaptitudes des salariés pour souffrance morale au travail

### Pratiques

- 42 • Conseil et risques psychosociaux : une nouvelle problématique pour les professionnels de l'insertion et de l'orientation professionnelle ?
- 44 • Que faire en cas de suicide ou tentative de suicide ? L'action à mener dans le cadre du CHSCT

### Revue

- 46 • Recueil des articles traitant du CHSCT depuis le 1<sup>er</sup> numéro des *Cahiers des rps / fps*

# O T I O E

Une fois n'est pas coutume, le présent numéro des *Cahiers* met en avant la dimension internationale, ceci à travers deux contributions : le bilan du colloque COMPARISK2013 qui s'est déroulé à Bordeaux en janvier 2013 et la présentation d'une norme relative à la prévention des risques psychosociaux venant du Québec. Le colloque avait pour objet de produire une comparaison des approches juridiques des risques psychosociaux et a donné lieu à de nombreuses interventions de diverses origines (Canada, Japon, Europe...). Il serait difficile de résumer en quelques lignes les traits saillants des échanges et des interventions. On peut souligner qu'apparaît une différence entre Nord et Sud de l'Europe, cette dernière ne s'étant que tardivement intéressée à la question. La France semble se situer entre les deux groupes. Le Nord semble plus attentif à la question de l'environnement de travail tandis que les pays du Sud paraissent privilégier une approche par les risques. Cette distinction, et ce qu'elle recouvre, mériterait d'être approfondie car nous pouvons en avoir plusieurs lectures.

Pour ce qui nous concerne, l'approche par les risques est de fait une voie tout à fait intéressante pour développer une approche préventive. Il convient de toute façon de se garder de généralisations hâtives dans la mesure où, au-delà des grandes orientations juridiques ou des voies de méthode privilégiées dans tel ou tel pays, ce serait les pratiques effectives qu'il serait intéressant d'observer. Gageons qu'elles sont fort diverses et éclectiques au sein d'un même ensemble. Néanmoins l'effort de comparaison qui a été mené permet une appréhension plus fine de la manière dont sont traitées les questions de santé mentale au travail au niveau international. Le fait est assez rare pour être souligné, il n'y a eu (sauf omission) que des approches internationales par secteur jusqu'à présent.

La norme québécoise élaborée à l'initiative de la Commission de la santé mentale du Canada est une application originale des démarches qualité à un domaine qui lui était pour l'instant étranger. Pour reprendre la présentation qui en est faite : « Elle a été réalisée en vue d'aider les organismes à concrétiser un milieu de travail psychologiquement sain et sécuritaire, ceci dans le cadre d'un processus d'amélioration continue. Elle vise à prévenir activement les dommages à la santé mentale générés par le milieu de travail et à faire la promotion du bien-être psychologique des employés. ».

Nous sommes là dans un mouvement qui vise à intégrer les questions de santé et de sécurité à des systèmes de management. Nous ne développerons pas dans le cadre de l'éditorial une analyse du contenu et de sa validité. Il y aurait beaucoup à dire, mais chaque lecteur pourra se faire une idée à travers le compte-rendu qui en est fait. Il est plus intéressant ici de pointer la volonté de maîtrise des modes de prévention affichée et, au-delà, de la réalité de l'exposition aux risques psychosociaux. Nous pouvons y trouver en première lecture quelques avantages : déployer ce type d'outils donne en règle générale l'assurance qu'ils vont être repris par des organisations et des managements pour qui le souci de maîtrise est parfois une obsession. La reproductibilité de la démarche, sa capacité à être évaluée font aussi partie des avantages de ce type de d'approche. Le sujet devient sérieux aux yeux de certains s'il est investi par la qualité. Mais une vigilance critique doit être de mise. On peut craindre que les risques psychosociaux à la mode qualité ne deviennent une affaire purement formelle qui laisse de côté la réalité, complexe, spécifique, dynamique du rapport au travail et du mouvement des organisations. L'excès de forme se fait rarement au bénéfice du fond.

Dans le dossier fourni, puisqu'il ne comprend pas moins de trois contributions, consacré à l'épuisement professionnel on peut d'ailleurs appréhender à travers le texte « Réconcilier prévention des risques psychosociaux et performance économique de l'organisation », de Sabine Suarez, un tout autre abord de la prévention. L'auteur éclaire le cas d'une entreprise (PME) développant une démarche originale de prévention. Il s'est agi de permettre aux acteurs de

l'entreprise de débattre du travail, et par là même (en tout cas à travers un dispositif spécifique de formation-action) de favoriser conjointement la recherche de performance et la protection de la santé au travail. Quel que soit le caractère singulier, ou difficilement transposable, de ce cas, il souligne l'importance cruciale, voire centrale, de la dynamique sociale au coeur des actions de prévention. On pourrait thématiser cela autour de la différence entre démarches dynamiques de prévention et démarches statiques, bien que le mot ne soit pas tout à fait adéquat.

Engager une dynamique demande un certain nombre de conditions préalables. Tout d'abord, et ce n'est pas le moindre obstacle, que les managers acceptent l'idée, simple mais lourde de sens, que des actions qu'ils n'avaient pas envisagées puissent être menées et qu'une expression fondée sur le travail puisse inspirer des choix et des orientations (ce n'est pas si simple, nous y reviendrons). La deuxième condition est que le dialogue social soit une réalité. Cela passe par des représentants du personnel d'une part formés et d'autre part capables de déployer des stratégies d'action au sein du CHSCT. Ce dernier point est l'objet du *Guide RPS à l'usage des CHSCT* qui a été élaboré notamment par des membres élus et auquel la DIRECCTE PACA a participé activement. Au-delà d'une présentation des RPS (que l'on peut retrouver dans une littérature très abondante), il a pour vocation de permettre aux membres élus de faire le lien entre conditions de travail, organisation du travail et santé, et de dessiner les modes d'action les plus adaptés en fonction des contextes et des problématiques. Nous espérons qu'il constituera une ressource significative et l'occasion d'échanges féconds pour les membres des CHSCT et au-delà. Son approche originale évite qu'il ne soit qu'un guide supplémentaire parmi d'autres. Sa diffusion par l'IRT est un atout important pour optimiser son appropriation par les élus du personnel. Pour ouvrir une parenthèse sur les questions relatives au dialogue social, citons l'article de Jean-Sébastien Colombani « Prévention de la pénibilité au travail et risques psychosociaux : de la nécessité d'une approche globale », qui fait une lecture utile du lien entre pénibilité et risques psychosociaux. Un des éléments surprenants qu'il met en exergue, et sur lequel peu auraient parié, est qu'une bonne part des accords signés dans le domaine de la pénibilité contient un chapitre relatif aux risques psychosociaux, alors que cela n'est nullement une obligation. Les bonnes surprises existent aussi !

La thématique des CHSCT se poursuit par la contribution de P. Bouffartigues et C. Massot « Elus des CHSCT face aux « RPS ». Comprendre l'hétérogénéité des pratiques ». Leur regard est éclairant sur les difficultés concrètes auxquelles sont soumis les représentants élus dans le quotidien et sur l'impact réel des formations aux RPS. Cela pourrait avoir un côté décourageant dans la mesure où l'on peut se demander quel effort finira par être significatif.

Leur analyse, s'inscrivant à la suite d'Y. Clot, insiste sur le fait que la discussion et l'échange sur le travail et sa qualité sont une entrée déterminante dans la préservation de la santé des salariés. Cela mérite qu'on s'y arrête. Là aussi il ne s'agit pas de venir sur une discussion relative au fond. Deux remarques néanmoins peuvent être formulées : il est très difficile, à l'heure actuelle, de lier travail et prévention de manière spontanée. Un cheminement plus ou moins long pour que l'idée semble évidente et que l'on associe les deux termes s'impose. Il ne faut pas sous-estimer les apprentissages nécessaires et les déplacements de représentation que cela implique. Même si cela peut paraître intuitivement immédiat l'expérience montre que le lien travail-prévention est la plupart du temps à construire dans l'esprit des acteurs de la prévention. La deuxième remarque relève du fait que faire remonter une expression sur la qualité du travail en soi ne produit pas grand-chose. Cette expression peut être soit inaudible, soit non pertinente dans certains modes d'organisation. Globalement on ne fait pas des choix d'organisation pour que des salariés aient le sentiment de bien travailler. Cela d'ailleurs n'aurait aucun sens. Non, pour que l'approche par le travail ait une quelconque chance de devenir pertinente et par là de faire retour sur l'organisation, il faut qu'elle soit articulée aux problématiques organisationnelles, qu'une action fine soit menée pour ajuster impératifs du travail et impératifs managériaux. Il convient de faire attention à ne pas considérer l'approche par le travail comme un nouveau graal, et qu'on n'aurait qu'à « dévoiler » le travail réel « pour qu'enfin tout changeât, qu'enfin tout s'arrangeât ! » comme dit la chanson. Travail, prévention et organisation sont des réalités complexes qu'on ne lie qu'à travers des ajustements permanents et fins. L'analyse du travail est un point d'entrée incontournable, ce n'est pas tel quel un outil suffisant. Cela, sinon, signifierait que la dimension organisationnelle et ses exigences n'ont pas de substance en elles-mêmes. A regarder le travail de très près le reste paraît flou et on n'est plus loin de l'illusion d'optique. Bien avant Y. Clot, qui n'a pas inventé l'analyse du travail et son lien avec la subjectivité, d'autres ont fait cette erreur. Mais cela n'est pas central tant il est important de porter ce lien entre la réalité des contraintes de l'activité et les modes de construction ou déconstruction du rapport au travail.

Ce numéro, est d'une très grande richesse et mériterait un tour d'horizon complet. Nous laisserons aux lecteurs le soin de le découvrir.



**Franck Martini**  
Directeur de publication

## Elus des CHSCT face aux « RPS ». Comprendre l'hétérogénéité des pratiques

Dans le cadre d'une étude financée par la DIRECCTE PACA, le Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST-CNRS d'Aix-en-Provence) a conduit une enquête<sup>1</sup> qui a abouti aux réflexions suivantes : comment les représentants des salariés dans les CHSCT font-ils face à ces enjeux de santé mentale ? Cette enquête conduite auprès d'élus du personnel ayant suivi une formation aux « RPS » montre la diversité de leurs parcours et de leurs modes d'appropriation de ce nouvel enjeu de santé au travail. Leurs pratiques peuvent être situées à partir de quatre pôles, construits au croisement de deux dimensions de leur espace d'action : le rapport de force syndical, et l'ouverture ou non d'un débat sur les enjeux de qualité de la production dans l'établissement. Les CHSCT ne semblent impulser une véritable prévention des « RPS » qu'à la rencontre d'une vitalité syndicale et d'une ouverture des Directions aux enjeux de qualité.

### Profils d'élus ayant suivi une formation aux « RPS »

Qui sont les élus qui suivent des stages de formation aux « RPS » ? Ils peuvent être des militants aguerris et en position de responsabilité syndicale plus importante que celui de leur CHSCT, comme des syndiqués récents, voire de non syndiqués. S'agissant de la place et du sens de la formation « RPS » qu'ils ont suivie, quatre profils se distinguent. Les deux premiers sont opposés sur le plan de l'importance de l'expérience et des responsabilités syndicales. Les deux autres sont plus marqués par le type de contexte professionnel dans lequel ils agissent soit qu'ils y apparaissent très isolés et relativement impuissants, soit que leurs marges d'action apparaissent plus importantes.

#### *Militants aguerris*

Irma, 50 ans, kinésithérapeute, participe au CHSCT de son établissement de santé, depuis une quinzaine d'années. Syndiquée CGT, elle occupe des responsabilités à l'échelon de l'UD et de la Fédération. La formation intervient dans la foulée d'une crise et d'une mobilisation locale sur les conditions de travail, qu'Irma associe étroitement à la question des « RPS ». Si la participation à la formation a été une opportunité qui s'est présentée au moment d'un épisode « chaud », celui d'une mobilisation collective dans l'établissement, elle s'insère dans une activité multiforme et assez rare autour des conditions de travail et de la santé au travail, que ce soit dans le cadre du CHSCT, ou de l'action du syndicat. La formation s'inscrit ici dans un parcours riche en apprentissages et en expériences, et va simplement encourager cette élue à proposer que le CHSCT mette en place des indicateurs de santé au travail et que le syndicat lance une nouvelle enquête sur les conditions de travail.

#### *Novices de la représentation du personnel*

A l'opposé, sans doute plus nombreux dans la population des élus CHSCT en formation « RPS » de l'IRT, ceux qui exercent depuis peu ce mandat, après avoir été un certain temps simples syndiqués « de base », ainsi que ceux qui ne sont pas syndiqués. Anne-Laure est aide-soignante dans une clinique. Non syndiquée, elle est en fin de carrière mais a décidé il y a peu de « s'investir » dans la vie de l'établissement en entrant au CHSCT. Elle considère que les conditions de travail sont plutôt bonnes. En cours d'apprentissage de son mandat, elle connaît encore mal les données de base sur le personnel. Elle avait fait

alors pas compris grand-chose. Mais cette formation a été le point de départ d'une prise de conscience du rôle possible du CHSCT, alors que ce dernier n'a eu longtemps qu'une vie fantomatique. Elle est en cours d'appropriation des prérogatives du CHSCT et de la question des RPS. Elle découvre que les déclarations d'accidents du travail par la DRH ne sont pas signalées en temps utiles, et qu'ils apparaissent généralement sous un intitulé inadéquat, comme « TMS ». Elle réalise également que le Document Unique d'Evaluation reste très formel. Pour elle les « RPS » prennent surtout la forme de trois cas singuliers de harcèlement ou d'agression qui, s'ils l'interpellent et l'amènent parfois à agir en tant qu'élue CHSCT, restent mis sur le compte de la psychologie des agresseurs. Elle ne parvient pas à mettre en relation ces cas individuels avec des problèmes d'organisation du travail, et s'avoue largement démunie pour intervenir à leur endroit, autrement que par ses interventions au CHSCT.

#### *Syndicalistes isolé-e-s*

En grande difficulté pour agir non seulement sur les « RPS » mais sur l'ensemble des risques professionnels, ces élus sont à la fois dépourvus de ressources internes à l'établissement – faiblesse de l'équipe syndicale, souvent associée à l'hostilité patronale – et trop coupés de ressources externes : leur syndicat (UL, UD, Fédérations), institutions de protection de la santé au travail (médecine et inspection du travail, Carsat). Ici il s'agit moins de fragilité au plan de prédispositions ou capacités d'action personnelles, que de fragilité ou d'absence des réseaux sur lesquels s'appuyer pour agir.

#### *Le jeu du contexte d'établissement*

Le dernier profil est le plus répandu. Sans faire partie des militants les plus expérimentés, ils sont à la fois syndicalistes et représentants du personnel, en ont donc une certaine expérience, ne sont pas autant isolés que les précédents, ont donc quelques ressources pour agir. Même si, on le verra, leurs contextes professionnels leur ouvrent un espace d'action sur les « RPS » très variable d'un établissement à un autre. Une des dimensions des contextes professionnels d'action, plus conjoncturelle, se superpose aux précédentes : le fait que s'y soient manifestées, ou non, des expressions critiques ou dramatiques de « RPS », ayant contraint ces membres de CHSCT à se positionner sur cet enjeu avant même leur passage en formation.

#### *Une appropriation difficile de l'enjeu « RPS »*

Certains militants ont beau développer une analyse complète et complexe des sources organisationnelles des « RPS », ils n'en avouent pas moins leur difficulté à s'emparer de ce thème. Elodie, syndicaliste CGT dans une entreprise de service, décrit de manière précise les conditions d'une dégradation du travail, mais dit se sentir impuissante, comme devant une « montagne » : impossibilité de mettre en débat ces conditions au sein du CHSCT ; activité syndicale prisonnière d'autres urgences revendicatives ou institutionnelles. Johanne est éducatrice dans une association du secteur médico-social,

<sup>1</sup>L'enquête, réalisée pour le compte de la Direccte Paca, s'inscrit dans un programme de recherche plus vaste sur le jeu d'acteurs autour du « stress » au travail et des « RPS » (ANR « STRIPAP »). Elle tente d'évaluer l'appropriation des savoirs transmis en formation lors de stages « RPS » organisés par l'IRT d'Aix-en-Pce de 2010 à 2012. Les 26 élus rencontrés travaillent dans 18 établissements, ont une appartenance syndicale diverse (principalement CGT et CFDT), quelques uns ne sont pas syndiqués. Les établissements sont tous de taille petite ou moyenne, parfois multi-sites, et relèvent très majoritairement des services. 3 des 18 CHSCT ont eu recours à une expertise « RPS ». Dans quelques autres les « RPS » sont « visibles » ou « sensibles » (harcèlement, violences, suicide ou tentative de suicide), sans qu'il y ait eu un tel recours. Dans d'autres enfin ce type de risque n'est pas, ou pas encore, identifié nettement comme tel.

syndiquée à Solidaires. Son analyse des causes et des manifestations des « RPS » est très complète, très fine, assez proche du diagnostic formulé par Yves Clot en termes de « travail empêché »<sup>2</sup>. Elle signale ainsi le recul des espaces collectifs, ces réunions en présence d'une psychologue : elle pense que le travail ne peut plus être mis en débat car il n'est plus séparé des questions de personne. Or son contexte professionnel n'est pas non plus celui d'un désert syndical. Mais dans les deux cas la Direction s'abrite derrière les contraintes budgétaires pour justifier ses choix organisationnels et euphémiser leurs implications en termes de « RPS ». De plus, elle se sent isolée des autres membres du CHSCT, moins sensibles qu'elle à la santé mentale au travail. Une grande capacité d'analyse des sources des « RPS » n'empêche donc pas la difficulté à obtenir des résultats tangibles dans le domaine de leur prévention, y compris quand la visibilité sociale du problème dans l'établissement a conduit à l'intervention de consultants. D'autres syndicalistes, moins aguerris et plus isolés, sont confrontés à des contextes professionnels difficiles, dont ils sont capables de discerner les logiques d'évolution, mais sur lesquels ils semblent avoir encore moins de prise que les précédents.

Dans quelques cas les élus sont parvenus à mettre en œuvre une démarche de prévention effective des « RPS », mais sans que cette thématique soit nécessairement explicite, et sans qu'elle soit associée à l'intervention d'un cabinet d'expertise. C'est le cas, de l'établissement hospitalier où travaille Irma. Le CHSCT y accompagne de longue date la mobilisation du personnel sur ses conditions de travail, et où le syndicat développe une pratique d'écoute du malaise au travail afin d'intervenir sur les questions d'organisation du travail qui lui sont sous-jacentes. Ou encore membres du CHSCT de la salle de spectacle, qui n'hésitent pas à associer étroitement les enjeux de souffrance au travail aux conditions matérielles de l'activité. Il est vrai que nous sommes ici dans un contexte professionnel très particulier, celui d'une structure parapublique à personnel hautement qualifié – artistes, techniciens et ouvriers de métiers –, décrite comme une grande famille, très attachée au « bel ouvrage », au service public, et pouvant s'appuyer sur une Direction compréhensive quant à l'intérêt d'améliorer les conditions de travail.

### Orientations d'action sur la santé mentale au travail : une typologie

Deux dimensions du contexte de l'établissement semblent déterminer, plus que d'autres, les capacités d'action des représentants du personnel en matière de prévention des « RPS ».

#### *Le poids et l'orientation du syndicalisme*

Un monde sépare certaines grandes entreprises, notamment de tradition « publique », où le syndicalisme conserve des forces significatives – même si son renouvellement n'a rien d'acquis – et des PME dans lesquelles l'effectivité du droit du travail n'est pas acquise. Reste que la construction d'un rapport de force, héritage d'une histoire rend possible d'utilisation des outils institutionnels de prévention. Mais le syndicalisme a généralement gagné sa légitimité sur d'autres questions que la prévention de la santé mentale ou même de la santé au travail : le salaire, l'emploi (Trentin, 2012). Un syndicalisme fort peut négliger le CHSCT, où le mandat est jugé

moins « politique » et plus « technique » que les autres (DP, CE). Un bon rapport de force syndical peut tout de même être le signe d'une certaine vitalité du collectif de travail, en elle-même un outil de prévention, en dehors de toute visibilité institutionnelle de celle-ci. Inversement, l'absence de vie syndicale peut traduire une atomisation du collectif salarial.

#### *Les dynamiques du débat des qualités du travail*

L'ergonomie et la clinique de l'activité montrent que les problèmes de santé mentale au travail prennent leur source dans l'impossibilité de faire un travail de qualité, dans l'impossibilité de traiter collectivement de conflits liés à la vie de travail et qui sont alors intériorisés. L'ouverture d'une confrontation sur les questions de la qualité du produit et du travail, des moyens nécessaires pour ce travail, est la condition de restauration du pouvoir. Comment le conflit sur la qualité du travail est-il fermé ou ouvert au sein de l'établissement ? Cette question synthétique permet de comprendre la réalité du travail de prévention de la santé mentale, au-delà de la seule utilisation de l'usage des prérogatives du CHSCT. L'ouverture de ce conflit semble elle-même dépendre de deux dimensions : la définition du modèle productif par la Direction et la maîtrise du processus de production par les salariés.

#### *La définition du modèle productif par la Direction*

Le modèle productif formalise une stratégie incorporant la question de la qualité, au plan de l'organisation productive et de son registre marchand, la politique produit. Il traduit un choix, par exemple, entre une « politique qualité » et une « politique de réduction permanente des coûts ». Ici, les marges de manœuvre d'une Direction varient. Située dans un jeu de contraintes et de ressources, elle élabore une politique visant l'efficacité. Elle ne peut ouvrir réellement le conflit sur la qualité du travail qu'à la condition d'accepter la mise en discussion de son modèle productif.

#### *La maîtrise du processus de production par les salariés*

Le degré de maîtrise des salariés sur le processus de production dépend du type de rationalisation productive et de leur niveau de qualification. Une rationalisation taylorienne amenuise leur marge d'autonomie et d'inventivité personnelle et collective. La montée d'une prescription par les objectifs, notamment quantitatifs, vient également affecter cette autonomie. Mais dans nombre de situations de travail marquées par la permanence des aléas – songeons à tous les services professionnalisés – les salariés conservent des ressources en matière de régulation des incertitudes.

#### *Deux dimensions à croiser*

La probabilité que puisse s'ouvrir un débat sur la qualité est plus grande quand le modèle productif se fonde, au moins en partie, sur une politique qualité et si les salariés disposent d'une capacité de maîtrise de l'incertitude. Elle est plus faible quand la stratégie de la Direction est essentiellement orientée vers la réduction des coûts et si les salariés n'ont aucune maîtrise du processus de travail. La plupart des cas réels se tiennent dans un entre-deux. Mais ce qui reste essentiel, aux dires mêmes des élus, c'est la dynamique de ce conflit sur la

<sup>2</sup>Clot, Y., (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les Risques psychosociaux*, La Découverte

qualité : est-il en cours d'ouverture ou de fermeture ? Si le débat sur la qualité se ferme, les salariés perdent la main sur leur travail, leur pouvoir d'agir et de se confronter à la résistance problématique du réel s'affaiblit. Si le débat sur la qualité s'ouvre, les salariés peuvent reprendre la main sur leur travail, se saisir du travail pour le développer. Tout se passe comme si la dynamique de la pathologie est aussi celle de la dynamique du pouvoir d'action des élus et des salariés. En croisant les deux principes, on obtient théoriquement quatre types de capacités de prévention des « RPS » de la part des élus CHSCT.

	Rapport de force syndical <b>Fort</b>	Rapport de force syndical <b>faible</b>
<b>Ouverture</b> du débat sur la qualité	<b>La prévention active</b> Les élus ont la capacité de faire valoir la position des salariés sur l'organisation et les qualités de travail.	<b>La prévention directe*</b> Le collectif de travail fait directement valoir sa position sur les qualités du travail sans l'intermédiaire des élus
<b>Fermeture</b> du débat sur la qualité	<b>La prévention formelle</b> Les élus peuvent faire valoir les outils institutionnels de prévention des RPS mais ne parviennent pas à agir sur l'organisation du travail et sur la qualité du travail	<b>La prévention empêchée</b> Les élus ne parviennent pas à faire valoir les droits syndicaux et à utiliser les outils de prévention des RPS. Ils ne peuvent pas faire valoir une autre qualité du travail portée par les collectifs de salariés.

\*Cas théorique, non rencontré par construction de l'enquête, où le CHSCT n'aurait pas lieu d'être comme instance de prévention de la santé.

### La prévention active

Les salariés sont des professionnels, dotés des compétences individuelles et collectives indispensables pour que le produit atteigne le niveau requis de qualité. Le fait syndical est reconnu, le droit du travail respecté, les points de vue des salariés sont représentés et entendus. Les « RPS » n'apparaissent qu'à l'occasion d'un dysfonctionnement organisationnel, d'une remise à niveau d'un atelier ou d'une organisation. Par leur activité, les élus se font porte-parole du problème, et d'une possible solution d'organisation, élaborée en concertation avec les salariés.

L'ouverture du débat sur la qualité permet d'exprimer publiquement les dysfonctionnements et d'amorcer une réflexion sur le travail et son organisation. Le CHSCT n'est pas une arène, mais un outil de prévention de la santé mentale, inscrite par ailleurs dans l'expression quotidienne des problèmes de travail. La capacité d'action des élus, faisant vivre le débat sur la qualité du travail, permet une prévention de la santé mentale en amont des situations potentielles de crise. Les outils formels de prévention - DUER, droit à l'expertise, enquêtes - ne sont pas nécessairement activés. Les élus travaillant dans une salle de spectacle exercent ce type de prévention. Comme nous l'avons vu plus haut, lorsque de l'atelier des couturières a commencé à faire remonter des plaintes, l'action des élus a consisté à comprendre ce qui, dans le travail, était en souffrance. Ils ont ensuite, avec les salariés concernés, construit une proposition de réaménagement de l'atelier, proposition validée par une Direction qui soutient l'élaboration d'un outil de travail performant.

### La prévention formelle

Les élus peuvent s'appuyer sur une réalité syndicale forte, mais les conditions du débat sur la qualité se dégradent, parce que les salariés perdent la main sur les process de production ou/et parce que la Direction s'oriente davantage vers la réduction des coûts. Le respect du droit et l'usage des outils institutionnels de la prévention n'inversent pas la dynamique de fermeture du débat sur la qualité du travail. Une surutilisation des outils institutionnels de prévention peut s'avérer inefficace. Paul, éducateur spécialisé, a vu ainsi six expertises successives pointer les problèmes de santé mentale au travail. Les préconisations de ces expertises n'ont débouché sur aucun plan d'action. Certains élus tentent d'ouvrir à nouveau le débat sur la qualité du travail, mais ne parviennent pas à l'élargir au-delà des cercles militants, la dégradation du travail pouvant l'avoir rendu indéfendable aux yeux-mêmes des salariés.

### La prévention empêchée

Les élus ne disposent pas d'un rapport de force suffisant pour imposer le respect du droit et l'usage des outils institutionnels de prévention, et les salariés n'ont pas la maîtrise du process de travail. Par exemple, Marie-Hélène travaille dans une usine de prothèse médicale où la production est très divisée et rationalisée, aux tâches répétitives et sans intérêt. Chaque salarié-e n'a la responsabilité que d'une tâche élémentaire, indépendante des autres, et le niveau de qualification est bas. Pour tenir il faut savoir se protéger et « s'oublier ». Ces élus ont suivi les stages « RPS » avec l'espoir d'élargir leur rayon d'action. Ils y trouvent d'abord des ressources juridiques sans lesquelles rien n'est possible, ainsi qu'un espace d'échanges d'expériences précieux qui les sort un temps de leur isolement. Mais ces formations ne peuvent suffire à les aider à surmonter la multiplicité des obstacles à une pratique préventive.

Pour ces élus CHSCT suivre une formation aux « RPS » joue un certain rôle, positif, mais nécessairement modeste dans leurs pratiques préventives. En effet ce n'est que l'une des séquences de processus d'apprentissage qui en comporte bien d'autres, même quand les participants sont plutôt des « novices » en la matière. Et l'action de prévention des « RPS » se révèle toujours extrêmement compliquée à déployer, même quand les conditions qui la favorisent - une équipe syndicale dynamique et bien implantée, une Direction d'établissement attachée au dialogue social et attentive aux enjeux de qualité de l'activité - sont les plus favorables. Or les cas les plus nombreux sont ceux où aucune de ces conditions n'est remplie, se traduisant, quand des actions ont été tentées, par un certain désarroi, qui peut même parfois rejaillir sur l'évaluation de la formation, perçue alors comme de peu d'utilité pratique. Ce résultat est sans surprise, sachant les conditions réelles de l'activité des CHSCT, redoublées par leur difficulté à se saisir de ce risque « nouveau » dit « RPS », encore largement piégé dans des approches managériales et psychologisantes, orientant au mieux vers le recours juridique. D'où l'intérêt des cas encore rares, au travers desquels des syndicalistes déplacent franchement leur regard et leur action préventive du côté de l'activité de travail, de sa qualité, et de son organisation.



Paul Bouffartigue et Christophe Massot  
CNRS, LEST Aix-en-Provence

## Présentation du *Guide RPS à l'usage des CHSCT*

### Histoire d'une co-construction

Le projet d'élaboration du *Guide RPS à l'usage des CHSCT* a été mené suite à l'identification de besoins structurels liés au fonctionnement de l'instance : comment faire et comment agir pour exercer pleinement les missions de prévention des risques professionnels dans le domaine des risques psychosociaux. Le besoin initial réside donc moins dans la connaissance théorique, que dans la connaissance pratique. En conséquence, le contenu du guide résulte de plusieurs mois d'échanges et de co-construction entre membres d'un « groupe pluridisciplinaire » réunissant des représentants du personnel de diverses entreprises aux préoccupations différentes (CEA, PEBEO Gémenos, Fondation ACTES, ASSOR...), CATEIS, la DIRECCTE PACA qui, de plus, a assuré le financement du guide et enfin l'IRT (Institut Régional du Travail) qui contribuera à sa diffusion.

Au-delà du projet d'objectivation des actions et des stratégies d'action à mettre en œuvre (qui constitue, en soi, un exercice de réflexivité plus ou moins évident), l'enjeu est de favoriser un lien positif entre organisation du travail et santé. Contribuer à l'amélioration des conditions de travail n'est, en effet, pas seulement veiller au respect de la réglementation, c'est « décortiquer » les points névralgiques et les terrains pathogènes de l'organisation, et savoir comment agir, voire se mobiliser, en cas de rupture d'équilibre organisationnel.

### Contenu du guide

Le guide comporte sept parties. Leur déclinaison autour de thématiques fortes montre toute la complexité de la problématique des risques psychosociaux (fonctionnement du CHSCT, dialogue social, politique de prévention, pratiques d'évaluation, transformations des modèles organisationnels, crise socio-économique, posture de mise en alerte, etc.) et qui vont bien au-delà d'une énumération basique d'indicateurs, de l'analyse des conditions de travail et des conséquences psychosociales.

**La première partie** revient sur la fonction et la place du CHSCT en matière de santé et de sécurité des personnes : qu'est-ce qui fait de cette instance un acteur clé de la prévention ?

Quels sont les principes qui structurent son action dans le traitement des risques professionnels et au regard du Code du travail ? Quel est son pouvoir réel en la matière ?

Quelle est la vocation du Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels (DUER) ?

**La deuxième partie** aborde plus directement la notion de risques psychosociaux et ce que cette famille de risques recouvre du point de vue de la vie professionnelle des individus. La démonstration vise notamment à rappeler les biais d'une lecture réifiante de la souffrance liée au travail, lorsque cette lecture tend à retenir les prédispositions individuelles au détriment du processus de rupture d'équilibre organisationnel : « *l'exposition réelle aux risques psychosociaux, c'est lorsque l'individu ne peut plus maintenir l'équilibre*

*entre le système de contraintes et le système de ressources. Quand cet équilibre se rompt apparaissent alors l'altération du rapport au travail et dégradation de la santé* ». Dès lors, il s'agit bien de retourner le questionnement : comment l'organisation du travail et les pratiques professionnelles informent des modalités de dégradation des conditions de travail et de l'atteinte à la santé physique et mentale ?

**La troisième partie** interroge les conditions permettant au CHSCT d'agir dans la structuration et la rationalisation des dispositifs de prévention : quelle démarche collective le comité peut-il effectivement engager ? Quels sont les enjeux respectifs des trois niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et comment s'en saisir ? Comment cette démarche collective peut-elle s'inscrire, voire s'imposer, dans la politique préventive de l'établissement ? Comment prendre la mesure de son efficacité ?

**La quatrième partie** met la focale sur un des leviers majeurs de la préservation de la santé au travail : la pratique d'évaluation reconnue par la forme réglementaire du DUER. Quelles catégories offrent des outils d'objectivation de la réalité du travail ? Quelle méthodologie mettre en œuvre pour atteindre cet objectif d'accès à la connaissance et à la traçabilité des dysfonctionnements dans l'organisation et les pratiques professionnelles ?

**La cinquième partie** aborde la délicate question des conditions de prise en charge de la souffrance individuelle, lorsque celle-ci est exprimée aux représentants du personnel : comment réagir ? Quelle attitude et quel comportement adopter dans telle ou telle situation ? Comment distinguer l'expression de la souffrance de la situation plus lourde de crise psychosociale (risque suicidaire, par exemple) ? Quelle action est-il possible de mener, jusqu'où peut-on aller, et jusqu'où ne doit-on pas aller ?

**La sixième partie** met en perspective la question des risques psychosociaux du point de vue du dialogue social. Dégadé, celui-ci peut en effet avoir des conséquences notables sur l'action de prévention des risques, particulièrement lorsque le CHSCT doit faire face à des situations socio-organisationnelles pathogènes, plus encore à des situations de crise psychosociale : quelles stratégies d'action sont alors pensables et possibles vis-à-vis des salariés, de la Direction et des soutiens externes, soit pour maintenir un niveau de mobilisation dans un environnement dégradé (et donc exposant pour les représentants du personnel), soit dans un contexte plus favorable de concertation et de co-construction ?

**La septième et dernière partie** traite enfin des grandes problématiques d'arrière-plan qui représentent des facteurs structurels aux risques psychosociaux, et en premier lieu celles qui tiennent au changement et aux évolutions des modèles organisationnels de production et du travail (changements massifs et réorganisations rapides, externalisation et sous-traitance, dysfonctionnements organisationnels et managériaux). Ces grandes problématiques macrostructurelles peuvent avoir un impact microsocial sur les pratiques professionnelles et les conditions de travail. De quelle marge de manœuvre le CHSCT dispose-t-il

alors ? A partir de quel moment ces évolutions peuvent-elles présenter un lien avec la santé au travail et comment repérer et caractériser ce lien de cause à effet ?

### Usages et valeur ajoutée de l'outil : un répertoire d'action collective pour les CHSCT

Au-delà des apports respectifs de chacune des parties, le document présente, de manière transversale, un intérêt didactique certain.

D'abord, il alterne des développements relativement précis et étoffés sur tel ou tel aspect, et des mises en focus. L'usage des encadrés, des fiches, des définitions, et des annexes témoignent de la « pluridisciplinarité » des connaissances nécessaires au CHSCT pour accomplir ses missions de prévention (Code du travail, jurisprudence, notions de sciences humaines et sociales du travail, exemples et cas empiriques, actualité des décisions, dispositifs publics ou parapublics, etc.). Il s'agit là de modes d'exposition et de démonstration efficaces pour l'action.

Ensuite, le guide aborde, semble-t-il de manière renouvelée, la question, souvent conceptualisée, des risques psychosociaux, en l'analysant à travers le prisme du périmètre du CHSCT (missions, prérogatives, fonctionnement et dysfonctionnement, difficultés, environnement social, outil et répertoire d'action, mise en alerte, etc.). En ce sens, la question de la santé au travail est saisie du point de vue de la position de représentant du personnel en général, et de représentant au CHSCT en particulier. Attentes, besoins, stratégies, tactiques, usages, posture, pratiques et interaction constituent, dès lors, les axes qui guident un raisonnement adapté aux déterminants des actions de l'instance du CHSCT.

La forme pratico-pratique est ainsi valorisée par le biais de mises en situations typiques, et articulée aux enjeux économiques, politiques et sociaux au coeur desquels se situe l'instance du CHSCT. Cette manière de se saisir de la problématique éclaire alors la face cachée des questions de santé au travail qui reposent aussi (et surtout) sur le « jeu des acteurs » en présence.

Le mode de démonstration retenu apparaît finalement comme le pendant à l'analyse de la réalité du travail, habituellement revendiquée pour éclairer la nature véritable des risques professionnels. L'expertise apportée ici relève de la réalité des relations sociales, des rapports de force, et des modalités socio-institutionnelles d'exercice des prérogatives du CHSCT qui entrent autant en ligne de compte dans le processus de prévention des risques professionnels.

La relation entre IRP et santé au travail est abordée sous un autre angle que strictement juridique compte tenu de la modernité de son rôle : élargissement de son champ d'action du fait des évolutions du travail (objectifs de performance et de productivité, intensification du travail, management par la peur, violences au travail, etc.), complexification des contextes professionnels (dysfonctionnements organisationnels, processus de réorganisations restructurations,

globalisation de l'organisation du travail), enjeux humains accélérant le processus de légitimation et de montée en puissance de l'instance, acquisition de compétences ou recours à l'expertise en matière de clinique du travail. Cela est d'autant plus vrai que la position du CHSCT s'est consolidée avec le durcissement de la problématique de la souffrance au travail et avec la structuration du champ de la santé au travail en France et en Europe.

Dans ces conditions, le guide se présente comme un répertoire d'action pour une « institution » qui n'a cessé de gagner sa place dans l'espace du dialogue social, et qui a vu son sens de la responsabilité se développer face à des salariés évoluant dans des contextes de travail de plus en plus insécurisants. Si le CHSCT n'a pas de pouvoir de contrainte vis-à-vis de l'employeur, il détient un pouvoir de surveillance, de proposition, et d'information. C'est là tout l'enjeu : peser en faveur de la prévention en s'appuyant sur des ressources « rares » que ce guide a vocation à réunir.

Il y a d'abord l'ensemble des connaissances qui permettent de repérer, d'identifier, de classer des situations de travail exposantes pour prévenir d'éventuels troubles de la santé arrivant en « bout de chaîne » (épuisement, débordement, syndrome anxio-dépressif, conflits, accidents du travail, etc.) : comment mettre en forme des indicateurs de risques à partir de plainte ou d'événement ? Comment anticiper les effets potentiels d'un projet porté à la connaissance de l'instance sur les conditions de travail et comment l'interroger ? Comment organiser une enquête et procéder à une première analyse clinique du travail ?

Il y a ensuite les ressources nécessaires à l'adoption d'une posture critique. Mais attention, l'engagement n'est pas ici d'ordre militant, il procède exclusivement de débats sur le « travail » et des terrains de son exercice pratique et quotidien. Car c'est bien à ce niveau, et seulement à ce niveau, que démonstration peut être faite de la nature organisationnelle et collective des risques professionnels.

Cette démonstration permet d'ailleurs de lutter contre l'individualisation et la psychologisation du problème qui privilégie la performance (ou l'insuffisance) des individus.

De même, c'est bien à ce niveau que l'on peut rendre à l'état objectif des situations de travail pathogènes, voire dangereuses, pour la santé mentale et physique. Cela permet, ici encore, de lutter contre la méconnaissance, les impensés, voire le déni d'une souffrance professionnelle qui serait susceptible de mettre en cause l'organisation même du travail. La connaissance des risques psychosociaux a donc aussi cette capacité à initier la rupture avec certains lieux communs, ou certaines visions du travail. Elle dépasse, dès lors, la simple « boîte à outils » ou autre cartographie des risques.

Au final, ce répertoire d'action collective vise autant à redonner du pouvoir d'agir au CHSCT qu'à constituer un levier (voire un prétexte) pour recréer de la coopération et de la solidarité, là où les collectifs de travail se sont profondément délités au contact de nouvelles formes d'organisation valorisant l'individualisation des relations de travail.

## Premiers éléments de bilan du colloque COMPARISK2013

Complexes et multifactoriels, il serait difficile d'étudier les « risques psychosociaux » de manière mono-disciplinaire. Aussi un programme à dimension juridique comme le projet « Approche juridique comparée des risques psychosociaux au travail. Démarche française et systèmes étrangers (Europe du Sud et du Nord, Canada/Québec, Japon) » (COMPARISK)<sup>1</sup> – co-financé par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR)<sup>2</sup> et la Région Aquitaine<sup>3</sup> et mené au sein du Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (COMPTRASEC)<sup>4</sup> – est fortement marqué d'une dimension interdisciplinaire. L'un des objectifs était de comprendre comment le droit peut se saisir de la thématique des risques psychosociaux, mais en étant capable d'intégrer les approches d'autres disciplines. S'imprégner et accompagner la recherche d'un travail d'autres disciplines permet en effet au juriste – ici au chercheur en droit – de s'appropriier tous les contours et caractéristiques du sujet et d'en comprendre, à la fois les enjeux sociétaux et la capacité du droit à appréhender [ou non] une telle problématique. Outre le droit, les matières associées au programme COMPARISK étaient la sociologie, les sciences de gestion, la psychologie du travail et de la santé et l'ergonomie. Le colloque COMPARISK2013 de fin de programme organisé en janvier 2013 se voulait fidèle à cette approche interdisciplinaire en réunissant par ailleurs un spectre de disciplines encore plus large se répartissant entre les sciences humaines et sociales et la santé publique.

Outre une dimension interdisciplinaire, le cœur du programme était aussi centré sur la comparaison. L'objectif était en effet d'apporter un regard critique sur le système français dans sa manière de prendre en compte les risques psychosociaux à l'aide de la comparaison de différents systèmes voisins ou très éloignés de celui de la France. Un « regard critique » sur le système français signifie être en mesure de retirer de la recherche les forces et les faiblesses de notre système et d'envisager les pistes pour l'améliorer et permettre une meilleure sensibilisation aux risques psychosociaux, notamment au sein des organisations. La recherche, au sein des pays sélectionnés, a respecté le découpage entre l'aspect de la « reconnaissance des risques psychosociaux », de la prévention et de la compensation. Dans chacun des pays étudiés, il s'agissait aussi de tenter de comprendre comment les acteurs de la prévention des risques au travail abordaient de leur côté les risques psychosociaux, mais aussi comment ils réceptionnaient et, le cas échéant, mettaient en œuvre les dispositifs juridiques à leur disposition.

### Le choix des pays étudiés

Chronologiquement, le choix des systèmes étudiés s'est porté sur les pays d'Europe du Sud avec l'hypothèse, au début de la recherche, qu'ils étaient peu sensibilisés aux risques psychosociaux et comment la question a pénétré les débats en matière de santé-sécurité, notamment au regard de l'action jurisprudentielle ou conventionnelle. En contraste, les pays de l'Europe du Nord ont été choisis pour leur capacité à s'être saisis depuis longtemps des questions relatives au *mobbing*, au harcèlement moral et plus généralement à la prise en considération de la santé mentale au travail. Les pays nordiques ont en effet en commun une longue expérience – au regard de la situation française et des pays du sud de l'Europe – de la prise en compte de la santé mentale au sein de

« l'environnement de travail » qui se distingue de l'approche plus restrictive des « risques professionnels » ou de « l'hygiène et de la sécurité ». Ils possédaient par ailleurs une législation en lien avec la santé mentale au travail avant que la France et les pays du Sud se penchent sur le sujet.

Hors Europe, le choix du Canada, et plus particulièrement de la province du Québec, s'avèrerait de premier ordre compte tenu du grand intérêt qui est porté depuis plusieurs années à la protection de la santé mentale au travail et, singulièrement en droit, aux questions de harcèlement psychologique au travail avec une législation votée en 2002 et mise en œuvre depuis 2004. Le choix du Japon s'est également imposé en raison notamment des spécificités de ce système si particulier et un rapport au travail, à l'entreprise très différent comparé à l'Europe et à l'Amérique du Nord. La culture japonaise se fonde sur le collectif, les groupes de travail et connaît aussi des pathologies assez spécifiques liées à la surcharge de travail avec également un nombre de suicides élevé.

### Le rapport aux acteurs de la santé au travail

On le voit, si l'étude interdisciplinaire et comparée est privilégiée au sein du programme COMPARISK, le dernier volet porte sur la nécessité de prendre en compte l'action des acteurs de la santé au travail. Ce volet s'est développé à trois niveaux : international, national et local. Aborder toutes les dimensions de la thématique des risques psychosociaux au travail nécessitait en effet de comprendre l'approche du terrain et des acteurs qui pratiquent concrètement la question. Des échanges ont pu être menés avec le Bureau International du Travail (BIT ; programme *Safework*), la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Fondation de Dublin), l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (Agence de Bilbao), l'Institut syndical européen (ETUI). Au niveau national, la démarche a été la même auprès de la Direction Générale du Travail (DGT), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et sa Direction de la prévention des risques professionnels, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) et son département santé-travail, les partenaires sociaux... Enfin, il était aussi intéressant de comparer l'action locale à la politique nationale et d'étudier s'il existe des différences. Pour cette raison, les acteurs locaux ont aussi été approchés. Cette partie du travail a été également un élément clé concernant l'organisation du colloque COMPARISK2013.

### Répondre aux objectifs du programme COMPARISK

Le colloque éponyme au programme COMPARISK, organisé par le Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (COMPTRASEC) à Bordeaux du 16 au 18 janvier 2013, avait pour but de répondre aux objectifs fixés par le programme de

<sup>1</sup> <http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/projets-de-recherche/approche-juridique-compar-e-des-risquespsychosociaux-au-travail>

<sup>2</sup> <http://www.agence-nationale-recherche.fr/>

<sup>3</sup> <http://aquitaine.fr/>

<sup>4</sup> <http://comptrasec.u-bordeaux4.fr>

recherche<sup>5</sup>, mais surtout d'être en capacité de clore le projet en mettant en œuvre le réseau développé tout au long des trois années de recherche. Le but était aussi de réunir des représentants des divers pays étudiés, des disciplines et des acteurs représentés autour d'une approche englobant les contours des risques psychosociaux. L'objectif de la manifestation était au final d'aboutir à une mise en perspective inédite sur une problématique qui nécessite la mobilisation et la conjonction d'un ensemble de compétences.

La réponse aux objectifs du programme COMPARISK rendait aussi nécessaires les approches interdisciplinaire et comparée des risques psychosociaux, mais aussi les troubles qui en découlent. Le programme du colloque opérait ainsi une distinction entre les facteurs de risques psychosociaux et leurs manifestations. L'enjeu était ensuite de croiser les expériences, les cultures et les savoirs afin d'aborder toutes les dimensions de la question autour de l'environnement de travail. Le but était aussi de créer une interaction entre les acteurs de la prévention des risques professionnels et la recherche, pour faciliter la compréhension du terrain, et des besoins relatifs à la prévention des risques psychosociaux. L'objectif final était de prendre la mesure du système français dans sa manière de prendre en compte les risques psychosociaux au regard de systèmes étrangers.

## COMPARISK2013 : un premier bilan

Comparer les zones de l'Europe du Sud, de l'Europe du Nord, du Canada et du Japon a montré que la question des risques psychosociaux au travail, à la fois leurs facteurs et leurs manifestations, était un sujet de préoccupation commun, mais avec une chronologie dans la prise en compte différente. La sensibilité et l'approche sont aussi différentes selon la zone ou le pays étudié. Au final, sous l'empire de la Directive-cadre du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs, les Etats membres de l'Union Européenne ont l'obligation de prévenir tous les risques au travail inhérents à la santé (entendue dans un sens global), donc y compris les risques psychosociaux. Le texte impose aussi de respecter les principes fondamentaux qu'il a développés tels qu'articuler l'obligation générale de prévention autour du principe de l'adaptation du travail à l'homme. Chaque Etat membre est toutefois libre, dans la transposition de ce texte fondateur, de conférer une portée plus ou moins stricte à l'obligation de sécurité (caractère de moyens ou de résultat). Au contraire du droit britannique, qui introduit la proportionnalité du principe du « raisonnablement praticable », le droit français emprunte l'autre extrême, conférant un caractère de résultat à l'obligation de sécurité à la charge de l'employeur.

Au sein des pays européens, la France est, au final, entre le Nord de l'Europe et le Sud. Du côté davantage scandinave, la protection de la santé physique et mentale des travailleurs épouse une approche embrassant largement l'environnement de travail. En revanche, les pays situés en Europe du Sud ne se sont attardés sur les questions de santé mentale au travail que récemment, notamment depuis la transposition des accords-cadres européens sur le stress, le harcèlement et la violence au travail, parfois plutôt d'une manière

assez formelle comme la Grèce, sous l'obligation de transposition. Les pays du Sud de l'Europe sont, par ailleurs, davantage centrés sur la notion de « risques professionnels » qui participe à une approche de la santé-sécurité au travail plus restrictive que « l'environnement de travail » qui prend en compte tous les éléments liés au travail.

L'intervention de Michel Gollac montre que la littérature en France, concernant la question des risques psychosociaux, s'est développée tardivement, depuis notamment 2006 ; désormais, notre pays intègre de manière spectaculaire la notion de « risques psychosociaux au travail », mais sans vraiment encore s'accorder sur une définition. Agnès Parent-Thirion, coordonnateur des enquêtes sur les conditions de vie au travail de la Fondation de Dublin, a montré un portrait peu flatteur pour la France, qui compte parmi les mauvais élèves des pays européens, concernant le harcèlement et les questions en liens avec les risques psychosociaux au travail. Pourtant, d'un point de vue juridique, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 est le point d'ancrage du droit à partir duquel la discipline a pu disposer d'un arsenal juridique véritablement mobilisable pour appréhender les risques psychosociaux. Prévus au départ pour lutter contre le harcèlement moral au travail, l'utilisation par le juge des dispositifs imaginés par le législateur a finalement dépassé l'objet pour lequel ils ont été imaginés.

Les travaux ont aussi montré que l'accent doit être porté davantage sur la prévention des risques psychosociaux plutôt que sur la compensation. La France commence à emprunter cette voie avec la difficulté d'être en capacité de prévenir les RPS le plus en amont possible (prévention primaire). D'autres pays comme le Canada, notamment la province du Québec, prennent en compte les questions de « lésion psychologique », mais au titre de réparation. Il en est de même pour le Japon qui intègre par le jeu de la compensation des spécificités comme le *karōshi* (mort causé par le surmenage au travail), le *karojisatsu* (suicide causé par la surcharge au travail), le temps de travail et les heures supplémentaires. La prévention est moins présente au sein des régimes juridiques de santé sécurité au travail concernant la prévention des risques psychosociaux, sauf à entrer dans le jeu de la reconnaissance en accident du travail ou maladie professionnelle. L'accent est par ailleurs porté plutôt sur une approche individuelle du problème que collective, malgré la conscience des origines organisationnelles de nombreux maux en lien avec les risques psychosociaux.

Il ressort ainsi des travaux du colloque COMPARISK2013, la nécessité et la priorité de mettre l'accent sur la prévention plutôt que sur la réparation (prévention primaire). La France possède un arsenal juridique mobilisable qui permet de conclure qu'il n'est pas nécessaire de légiférer spécifiquement sur la question des risques psychosociaux. Les outils existent, ils doivent certes être parfois adaptés, mais ils s'appliquent, ou sont susceptibles de s'appliquer, à la question des risques psychosociaux. Toutefois, l'expérience de la Belgique est intéressante, avec deux fondements juridiques possibles, pour envisager de prendre en compte les risques

<sup>5</sup>Le livret du colloque reprenant le programme détaillé du colloque et les résumés des contributions est accessible à l'adresse : [http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/sites/default/files/colloques\\_pdf/Livret\\_COMPARISK\\_2013.pdf](http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/sites/default/files/colloques_pdf/Livret_COMPARISK_2013.pdf)

psychosociaux se répartissant entre le harcèlement moral, sexuel, la violence, le stress au travail et la « charge psychosociale ». Or, la France compte trop sur la définition juridique du harcèlement moral au travail et le régime qui a été développé autour. Il est nécessaire d'élargir la qualification au risque, se concentrer sur le harcèlement moral est un risque de s'écarter d'une solution collective de prévention. C'est aussi risquer de s'écarter du lien entre organisations et santé en restant focalisé sur une approche individuelle du problème.

Les conditions de travail doivent être adaptées aux capacités physiques et mentales qui sont différentes d'une personne à une autre, comme le montre la législation suédoise. Toutefois, cette posture porte sur un point clé des difficultés d'appréhender les risques psychosociaux au sein d'une politique de prévention et d'une politique juridique. Chaque personne étant unique, les réactions à de mauvaises conditions psychosociales au travail sont différentes, les conséquences sur la santé aussi. Néanmoins, on peut espérer un fonctionnement minimum de dispositifs d'alerte autour des risques psychosociaux (délégués du personnel, CHSCT, médecins du travail, notion de « personnes de confiance - système belge par exemple -, syndicats chargés localement de contrôler l'application du droit de la santé-sécurité comme en Suède pour les petites entreprises et pallier les difficultés de contrôle de l'Autorité de l'environnement de travail).

Evoquer « un dynamisme étonnant des juges », en France, renvoie à leur capacité à démarquer le système français des autres pays d'Europe, du Canada et du Japon. « Un dynamisme étonnant des juges » est souvent la réflexion que se font les collègues étrangers quand ils prennent connaissance du travail et de la doctrine adoptée par la jurisprudence française autour de la question de la santé-sécurité au travail. Le premier aspect porte sur la reconnaissance du caractère de résultat à l'obligation de sécurité de l'employeur et d'être en capacité de s'immiscer dans le pouvoir de direction de celui-ci pour arrêter une organisation ou un projet d'organisation susceptible de porter atteinte à la santé physique et mentale des travailleurs. Certaines juridictions vont jusqu'à interdire certaines formes de management (le *Benchmarking* par exemple) ou estimer que l'obligation de sécurité est de portée générale, l'employeur ne doit pas exclure « une réaction à la pression ressentie par le salarié ». Du côté des juridictions de sécurité sociale, mais en se fondant notamment sur l'obligation de sécurité de résultat, des cas de suicides sont reconnus en accident du travail. La faute inexcusable de l'employeur est aussi parfois reconnue, en cas de suicide, même si l'acte suicidaire s'est produit en dehors de la subordination de l'employeur (au domicile, pendant un arrêt maladie par exemple).

En revanche, avantagée dans l'approche des risques psychosociaux par une jurisprudence innovante et créative, la France est confrontée à un important problème d'application du droit, qui rend finalement son système moins effectif que d'autres. La conception extensive de la Cour de cassation de l'obligation de sécurité rend en même temps problématique l'effectivité de son application au sein des entreprises. Les organismes de contrôle de l'exécution de la norme du travail sont aussi confrontés à des difficultés pour trouver une réponse juridique face à la mise en

œuvre d'organisations du travail pathogènes ou susceptibles de l'être. L'effort de sensibilisation doit être accentué, mais aussi l'intégration, dans les formations, des enjeux juridiques de la mise en œuvre, sans discernement, de politiques d'organisation du travail. Inspecteur du travail et de la Sécurité Sociale en Espagne, Manuel Velazquez montre, qu'au sein des pays européens, existe un consensus général sur la pertinence de l'évaluation des risques psychosociaux en ce qu'elle ne doit pas être exécutée de manière hasardeuse. Cependant, cette étape doit être nécessairement précédée d'actions préparatoires destinées à exprimer l'engagement de la Direction envers l'évaluation et ses résultats, l'information des travailleurs, et spécialement leurs représentants, sur l'objet et le contenu de l'évaluation.

La question de la mesure des risques psychosociaux émerge ici. Or le colloque COMPARISK a mis en avant une certaine opposition d'approche entre les représentants de disciplines qui réfléchissent à mesurer les risques psychosociaux au sein de l'environnement de travail et principalement le droit, qui adopte une approche générale ne rendant pas nécessaire la mesure pour se saisir des risques psychosociaux. Finalement, juridiquement, les carences en matière de prévention des RPS, dans l'entreprise, sont matérialisées par la réalisation du dommage qui sera sanctionné au regard de la réparation accordée du fait du manquement de l'employeur à son obligation de sécurité et de résultat. Le message est de pousser vers la prise de conscience des conséquences juridiques en termes de responsabilité, concernant une politique de prévention des risques au travail défaillante. En somme, la posture est d'encourager les employeurs à prendre, dès le départ, les mesures adéquates pour éviter la réalisation du dommage. Il s'agit alors de rapprocher les exigences du droit et la capacité à prévenir les risques psychosociaux en évitant notamment des « formules déclaratoires » ou des réponses simplement formelles à des exigences légales. La question est d'envisager, ici, une application effective ou une réactualisation du principe d'« adaptation du travail à l'homme ».

Les pays du Nord de l'Europe ont intégré, au sein de leur législation, les questions en lien avec la santé mentale au travail depuis plus longtemps que la France. Par rapport aux pays de l'Europe du Sud, qui n'ont pas une culture de cette question aussi ancienne, le fossé est assez important. Le Nord de l'Europe se saisit des questions de santé mentale au travail notamment par le jeu d'une approche élargie sous la bannière de l'environnement de travail, mais met aussi l'accent sur la médiation et le règlement du problème dans l'entreprise. Le rapport de force avec les syndicats est aussi plus équilibré. Dit d'une autre manière, il s'agit d'éviter le conflit, et donc le contentieux, qui intervient une fois que la relation contractuelle est rompue. Cependant, ces systèmes, souvent qualifiés de « modèles », ont basculé dans les années 1990, à travers essentiellement des exigences juridiques plus strictes concernant la prévention et la réparation des risques professionnels, des rapports au pouvoir de direction qui se sont tendus sur les questions de santé et de sécurité au travail ces dernières années. Comparé au Québec et au Japon (qui se fondent plutôt sur la réparation), le système français est plus ouvert à la prévention, tandis qu'à travers l'expérience du Japon, il est possible d'imaginer les problèmes spectaculaires auxquels s'expose notre système et nos

travailleurs si la question de la surcharge de travail n'est pas prise en compte au sein des organisations.

Le colloque COMPARISK2013 a confirmé la nécessité de sortir d'une approche individuelle de la prévention des risques psychosociaux et de l'approche singulière en droit de se fonder très souvent sur la définition juridique du harcèlement moral pour se saisir des liens en rapport avec les risques psychosociaux au travail. Le harcèlement moral est un facteur de risques psychosociaux et ne doit pas se confondre avec les risques psychosociaux en tant que tels. La prévention de ces derniers, qui embrassent une échelle plus large et comprennent un ensemble de facteurs, doit être envisagée à une échelle collective qui renvoie nécessairement aux organisations du travail, mais aussi aux organes de l'entreprises capables d'agir sur le collectif en matière de santé-sécurité au travail (le CHSCT et le médecin du travail, notamment). Les relations collectives ont aussi un rôle déterminant dans ce contexte, de manière à adapter la politique de prévention à la branche d'activité, à l'entreprise, mais aussi afin d'équilibrer le rapport de force dans la prise en compte des risques psychosociaux au travail, à la fois dans la négociation, au CHSCT et devant le juge.

Le colloque COMPARISK2013 s'est construit sur le réseau de contacts réunis au cours des trois dernières années de travail. A cette occasion, le pré-colloque du 16 janvier a permis de présenter le groupe de recherche francophone « Enjeux psychosociaux, travail et

organisations » (EPTO). Ce groupe interdisciplinaire est en effet un lieu de débats sur les pratiques et un lieu d'échanges relatifs au travail et à l'organisation du travail. Dans le même temps, de manière informelle, trois groupes de travail ont réuni les syndicats, les médecins du travail et les inspecteurs du travail.

Cet événement a répondu à l'objectif de montrer que travailler sur la problématique des risques psychosociaux rendait nécessaire de favoriser la discussion et de resserrer les liens, afin d'ouvrir le débat à des échanges et à des collaborations constructives. Le caractère complexe et parfois insaisissable des risques psychosociaux rend nécessaire cette approche. Le colloque COMPARISK2013 avait aussi pour ambition de mettre en application cet objectif afin de susciter une dynamique et de faire de cette manifestation un nouveau point de départ sur le sujet. Au final, l'objectif est atteint, chacun a pu confronter son point de vue aux autres disciplines, aux acteurs de terrain, aux systèmes étrangers et s'interroger sur sa propre vision et approche des risques psychosociaux au travail pour en tirer une meilleure efficacité.

**Loïc Lerouge**

Chargé de recherche au CNRS,  
COMPTRASEC UMR CNRS 5114,  
Université Montesquieu-Bordeaux IV



**7<sup>ème</sup> colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail**  
**2<sup>ème</sup> journée de l'association internationale des spécialistes de psychodynamique du travail, « Suicide et Travail »,**  
**vendredi 11 et samedi 12 octobre 2013, Maison de la Chimie, Paris.**

Selon certains auteurs le suicide au travail serait un *faux problème*, monté en épingle par les médias, exclusivement français, exploité par les mauvais esprits et alimenté par des psychologues désireux d'accroître leur influence sociale et leurs honoraires.

Pour les cliniciens spécialisés en psychodynamique du travail, le suicide sur les lieux de travail est un phénomène récent. C'est aussi un *message* adressé aux autres, aux collègues, à l'entreprise, à la société tout entière, dont il s'agit précisément d'accuser réception et de déchiffrer le sens.

Les morts par suicide ne sont pas que franco-français et c'est l'un des objectifs de ce colloque que de rassembler des chercheurs et des praticiens venus de diverses régions du monde pour faire le bilan des connaissances en ce domaine. [Session n°1 du colloque : *Etat de la recherche internationale sur le suicide au travail*].

La question principale du colloque concerne l'*étiologie*, c'est-à-dire l'analyse des processus en cause dans la genèse des suicides au travail des suicides au travail. La clinique de ces suicides soulève des problèmes inédits qui font l'objet de controverses avec la psychiatrie et la psychanalyse d'une part, avec la théorie sociale d'autre part.

Les suicides de travailleurs sans antécédents médico-psychiatriques suggèrent d'examiner à nouveaux frais l'impact des contraintes du travail contemporain sur le fonctionnement psychique individuel et sur la déstructuration des stratégies collectives de défense contre la souffrance au travail, qu'il faudra confronter aux approches classiques

du suicide par la psychiatrie. [Session n°2 du colloque : *Etiologie du suicide*].

La sociologie depuis Durkheim propose du suicide une analyse différente de celle des psychopathologues. Les *suicides au travail* confirment-ils la thèse du déterminisme social en général, ou appellent-ils une analyse plus approfondie de l'impact spécifique des rapports sociaux de travail sur la santé mentale ? Outre cette question, il s'agit de mettre au jour l'impact des suicides au travail sur les collectifs et au-delà sur le monde du travail dans son ensemble, ainsi que sur son évolution. [Session n°3 du colloque : *Suicide au travail et société*].

Le suicide au travail pourrait indiquer qu'une étape supplémentaire a été franchie dans la réduction du pouvoir de l'être humain de contrôler l'utilisation qui est faite de sa vie par l'organisation du travail. Comment, dans ce contexte de dépossession de soi, peut-on penser une action rationnelle de réappropriation du rapport au travail ? Des réponses se font jour par des truchements divers qui vont de la sensibilisation de l'espace public à l'évolution du droit, en passant par de nouvelles pratiques dans le champ de la clinique et de l'expérimentation sociale, ainsi que par des actions originales de résistance et de désobéissance, aussi bien sur le terrain du travail que dans le champ de la culture. Leur recension fera l'objet de la session n°4 [du colloque : *Incidences sur l'action*].

<http://psychanalyse.cnam.fr/lescolloques/suicide-et-travail-572163.kjsp>

## Canada : une Norme pour la prévention des risques psychosociaux

**Présentation de la Norme Nationale du Canada**, élaborée à l'initiative de Commission de la santé mentale du Canada, préparée par Groupe CSA et BNQ, approuvée par CCN : « **Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail \_ Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en oeuvre par étapes** »

### Introduction

Afin de prévenir et de promouvoir la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail, plusieurs partenaires (la Commission de santé mentale au Canada, le groupe CSA, la BNQ et la CCN)<sup>1</sup> ont élaboré une norme réglementaire au Québec. La présente norme d'application a été réalisée en vue d'aider les organismes à concrétiser un milieu de travail psychologiquement sain et sécuritaire, ceci dans le cadre d'un processus d'amélioration continue. Elle vise à prévenir activement les dommages à la santé mentale générés par le milieu de travail et à faire la promotion du bien-être psychologique des employés.

La santé psychologique est directement liée aux interactions quotidiennes, partie intégrante de la façon dont les conditions de travail et les pratiques de gestion sont structurées, mais aussi de la façon dont les décisions sont prises et communiquées.

Les bénéfices d'une amélioration de la santé et sécurité psychologiques en milieu de travail permettraient, selon les auteurs de la norme, de recruter et de maintenir en poste des professionnels compétents, de renforcer la motivation, l'engagement, la productivité, la créativité des salariés, d'améliorer la qualité de vie au travail, de diminuer les coûts relatifs aux conséquences sur la santé psychologique, et de renforcer la viabilité de l'organisme. Les entreprises qui mettent en place ces pratiques d'amélioration et de promotion de la santé psychologique voient également apparaître d'autres répercussions positives telles que la réduction des conflits, du *turn over*, des invalidités, des accidents du travail, de l'absentéisme... Ainsi plusieurs moteurs motivent l'adoption d'un système de santé et de sécurité psychologiques par les employeurs : l'atténuation du risque (y compris le respect des lois et règlements existants), la rentabilité, une meilleure capacité de recruter et de maintenir en poste les travailleurs, ainsi que l'excellence et la viabilité de l'organisme. La norme est conçue pour permettre aux organismes de mettre en place une démarche les aidant à atteindre ces objectifs.

La rédaction de cette norme s'est appuyée sur un large corpus scientifique, allant du droit aux sciences sociales. Ces recherches démontrent que les entreprises qui mettent en oeuvre ces politiques de santé et sécurité au travail ont un meilleur rendement dans tous les secteurs clés.

Un système de santé et de sécurité psychologiques repose sur les piliers stratégiques que sont la prévention des conséquences, la promotion de la santé, et la mise en place d'actions pour réduire les risques. Dans cette norme, il convient que les organismes évaluent les besoins et combler les lacunes en matière de sécurité psychologique avant de se lancer dans des activités de promotion de la santé.

### Les facteurs clés

La présente norme s'appuie sur une méthode planifiée et largement acceptée de prise en compte de **13 facteurs** en milieu de travail définis et mesurables ayant des répercussions sur la santé et la sécurité psychologiques. Ceux-ci sont largement reconnus comme des facteurs clés qui, une fois satisfaits, améliorent et favorisent la santé et la sécurité psychologiques. Ces facteurs recourent :

**La culture organisationnelle**, elle peut améliorer la santé et la sécurité psychologique si elle est caractérisée par la confiance, l'honnêteté, le respect, l'équité, le soutien et la reconnaissance, et si les normes et valeurs, qu'elle sous-tend, sont partagées du collectif. Le soutien psychologique et social, renvoie au degré d'intégration sociale et émotionnelle, ainsi qu'à la confiance entre les collègues et les superviseurs. Ce facteur renvoie également au niveau de soutien, d'assistance et d'entraide dans la réalisation de l'activité.

**Le leadership et les attentes claires**, qui renvoient à un *leadership* efficace dont les directives procurent un soutien suffisant qui permettent aux travailleurs de connaître les objectifs attendus et de comprendre comment leur travail contribue à l'organisme. Le *leadership* transformationnel est perçu comme le plus efficace ; il accompagne les changements, encourage les employés à se dépasser et vise des objectifs à long terme.

**La politesse et le respect**, qui renvoient à un climat serein et courtois, basé sur l'estime, l'attention et la considération envers les autres, la reconnaissance et la dignité.

**L'évaluation des exigences psychologiques** d'un emploi par l'organisme afin de déterminer si une activité constitue un danger pour la santé et le bien-être du travailleur. L'organisme peut estimer les moyens pour réduire ces risques. L'appréciation des risques tient compte des rythmes de travail, des temps de repos, de la répétitivité, des systèmes de récompense, et du stress inhérent à l'activité.

**La croissance et le perfectionnement**, renvoient aux encouragements que les salariés reçoivent, au soutien relatif au perfectionnement de leurs compétences et aptitudes professionnelles. Cela peut s'exprimer par des formations visant à améliorer les compétences des salariés, tant pour le poste qu'ils occupent que pour d'éventuelles nouvelles fonctions.

**La reconnaissance et les récompenses**, renvoient à un milieu de travail dans lequel les efforts des salariés sont récompensés et reconnus équitablement et à leur juste valeur.

<sup>1</sup>La commission de la santé mentale au Canada entend améliorer le système de santé mentale et favoriser un changement d'attitude et de comportement à l'égard des questions de santé mentale.

L'association canadienne de normalisation (sous le nom « groupe CSA ») se consacre à l'élaboration de normes et à la certification.

Le Bureau de Normalisation du Québec (BNQ) établit des critères de performance pour définir notamment la qualité, la sécurité, et l'aptitude à l'emploi de produits, de services ou de processus dans un contexte de développement durable.

Le Conseil Canadien des Normes (CCN) coordonne le Système national des normes, une coalition d'organismes indépendants et autonomes qui se consacrent au développement et à l'amélioration de la normalisation volontaire dans l'intérêt national.

**L'aspect participation et influence**, renvoient à un milieu de travail dans lequel les salariés prennent part aux décisions, aux discussions concernant la façon de réaliser le travail, et aux questions qui concernent l'organisme dans son ensemble.

**La gestion de la charge de travail**, renvoie à la possibilité des salariés de s'acquitter efficacement de leurs tâches et de leurs responsabilités dans les délais impartis.

**L'engagement**, renvoie à un sentiment de satisfaction et d'appartenance des salariés envers leur travail et leur organisme. Ils sont motivés par la volonté de bien réaliser leurs tâches.

**L'équilibre**, renvoie à un milieu de travail dans lequel on reconnaît la nécessité de concilier harmonieusement les exigences liées au travail, à la famille et à la vie personnelle.

**La protection de la santé psychologique**, renvoie à un environnement de travail dans lequel on veille à ce que les salariés se sentent en sécurité psychologique. Les salariés peuvent faire valoir leurs intérêts, poser des questions, signaler des erreurs ou des problèmes et proposer de nouvelles idées sans craintes pour eux-mêmes, leur emploi ou leur carrière.

**La protection de l'intégrité physique**, renvoie à un milieu dans lequel la sécurité physique des salariés est protégée des dangers et des risques inhérents à l'environnement physique.

### Une norme qui cadre le système de gestion de la santé et de la sécurité psychologiques

La présente norme s'appuie donc sur ces différentes notions pour proposer une démarche de prévention, de promotion, et d'amélioration de la santé et la sécurité psychologiques des salariés. Elle précise les exigences d'une méthode documentée et systématique de création et de maintien d'un milieu de travail psychologiquement sain et sécuritaire, en fournissant un cadre de création et d'amélioration continue, notamment par :

- La détermination et l'élimination des dangers en milieu de travail, qui posent un risque de dommage psychologique pour les travailleurs ;
- L'évaluation et la maîtrise des risques en milieu de travail, associés aux dangers qui ne peuvent pas être éliminés ;
- La mise en place de structures et de pratiques qui favorisent et soutiennent la santé et la sécurité psychologiques ;
- La promotion d'une culture favorisant la santé et la sécurité psychologiques au travail.

### Ce cadre est structuré autour des principes directeurs suivant :

- Le respect des exigences légales associées aux milieux de travail psychologiquement sains et sécuritaires ;
- La santé et la sécurité psychologiques font l'objet d'une responsabilité partagée ;
- Le milieu de travail est fondé sur des relations respectueuses au sein de l'organisme ;

- Les personnes sont responsables de leur santé et de leur comportement ;
- La Direction fait preuve d'un engagement visible et démontré en faveur de la création et du maintien d'un milieu psychologiquement sain et sécuritaire ;
- Toutes les parties prenantes en milieu de travail participent activement au système ;
- Le processus de prise de décision intègre la santé et la sécurité psychologiques ;
- Une importance particulière est accordée à la sensibilisation à la santé et à la sécurité psychologiques et à leur promotion.

### Le Système de Gestion de la Santé et de la Sécurité Psychologiques (SGSSP)

Une participation concrète et globale est essentielle au succès du SGSSP. Toutes les parties prenantes ont tout intérêt à assurer la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail et doivent en prendre la responsabilité. La Direction doit veiller à ce que les responsabilités et les pouvoirs associés au SGSSP soient définis et communiqués dans tout l'organisme.

L'organisme doit d'engager à :

- Etablir, promouvoir et maintenir un SGSSP conforme à la présente norme ;
- Respecter les valeurs et de code d'éthique de l'organisme
- Etablir et mettre en œuvre un processus d'évaluation de l'efficacité du système et appliquer les modifications nécessaires ;
- Déléguer les pouvoirs nécessaires à la mise en œuvre d'un système efficace ;
- S'assurer de la participation des travailleurs et de leurs représentants à l'élaboration, la mise en œuvre et l'amélioration continue du système ;
- Fournir les ressources pour l'élaboration, la mise en œuvre et le maintien du SGSSP ;
- Evaluer et revoir le système à intervalles réguliers à des fins d'amélioration continue ;

### Les étapes à la mise en place du SGSSP

#### Etape 1 : préparation de la démarche

##### La participation

Une participation active, significative et efficace des parties prenantes est un facteur clé de la santé psychologique. La participation est essentielle à la réussite de la planification, de la mise en œuvre et du fonctionnement de programmes particuliers, et à l'évaluation du système et de ses effets. Pour assurer une telle participation, l'organisme doit :

- Engager les parties prenantes dans un dialogue proactif continu qui facilite la compréhension de leurs besoins et de leurs buts ;
- Faire participer les travailleurs et leurs représentants (le cas échéant) à l'élaboration des politiques, à la collecte de données et au processus de planification afin de mieux comprendre leurs besoins en matière de santé et de sécurité psychologiques en milieu de travail ;
- Encourager les travailleurs à participer aux programmes mis en œuvre pour répondre aux besoins définis ;

- Faire participer activement les travailleurs au processus ;
- Veiller à ce que les résultats obtenus grâce aux processus d'évaluation et des plans de mesure suivis soient efficacement communiqués à tous les dirigeants et les travailleurs.

L'organisme doit demander au comité de santé et de sécurité (SST) de définir leur participation au SGSSP. L'organisme peut envisager la mise en place d'un comité ou d'un sous-comité particulier sur la santé et la sécurité en milieu de travail.

La participation des travailleurs est un aspect essentiel au succès du SGSSP dans un organisme. L'organisme doit :

- Fournir aux travailleurs le temps et les ressources nécessaires pour participer efficacement à l'élaboration de la politique de santé et de sécurité psychologiques ;
- Favoriser la participation des travailleurs en mettant à leur disposition des comités de SST ou de désigner des représentants des travailleurs, en assurant la formation et la consultation des travailleurs relativement à tous les aspects du SGSSP.

### La planification

La planification permet à l'organisme de définir et de prioriser ce qui suit en matière de santé et de sécurité psychologiques liées au travail : les dangers, les risques, les exigences légales, les lacunes du système de gestion, les possibilités d'amélioration.

Le processus de planification est nécessaire à l'établissement de cibles et d'objectifs pertinents. Le processus de planification doit comprendre les éléments suivants :

- La planification de la gestion SGSSP en milieu de travail, notamment l'évaluation de l'incidence sur la santé des employés et sur les finances ainsi que des politiques et processus organisationnels qui favorisent une bonne santé mentale ;
- L'élaboration d'une vision collective d'un milieu de travail psychologiquement sain, de buts précis pour la concrétisation de la vision et d'un plan de suivi continu du processus d'amélioration continue ;
- L'évaluation des forces de la stratégie de santé et de sécurité psychologiques ;
- La reconnaissance et la définition des pratiques qui protègent et favorisent la santé et la sécurité psychologiques.

### Objectifs et cibles

L'organisme doit documenter les objectifs et les cibles en matière de santé et sécurité psychologiques pour les fonctions et niveaux hiérarchiques pertinents. Il convient que ces objectifs et ces cibles soient : mesurables, cohérents, déterminés après consultation des travailleurs, passés en revue et modifiés en fonction de l'évolution des données et des conditions. L'organisme doit établir et tenir à jour un plan qui lui permettra d'atteindre ses objectifs et ses cibles précisant :

- A qui incombe la responsabilité de l'atteinte de ces objectifs et cibles,
- Les moyens grâce auxquels les objectifs et cibles devront être atteints et l'échéancier à respecter.

Aussi, l'organisme doit établir, mettre en oeuvre et maintenir un système de gestion des changements qui puissent avoir une incidence sur la santé et la sécurité psychologiques. Un tel système doit comprendre :

- la communication entre les parties intéressées relativement au changement,

- des séances d'information et de formation destinées aux travailleurs et à leurs représentants,
- le soutien nécessaire pour aider les travailleurs à s'adapter au changement.

### Etape 2 : mise en œuvre de la démarche

#### L'évaluation des risques

L'évaluation des risques, relève de l'évaluation des aspects précisés précédemment, que sont les 13 facteurs de risques identifiés dans la littérature. Cette évaluation doit ensuite être documentée. Ces documents doivent intégrer :

- la détermination des dangers,
- l'appréciation du niveau de risque associé aux dangers,
- les actions permettant d'éliminer les risques qui peuvent être éliminés,
- les mesures de prévention et de protection visant à éliminer ou réduire les risques,
- un processus de priorisation des risques ainsi que les moyens de maîtrise identifiés.

L'organisme doit établir et maintenir des processus visant à :

- définir les événements critiques potentiels lors desquels une souffrance, une maladie ou une blessure psychologiques surviennent ou sont susceptibles de survenir,
- intervenir et fournir du soutien, y compris un soutien spécialisé externe,
- fournir une formation au personnel chargé d'intervenir en cas d'événement critique,
- veiller à ce qu'il soit possible de revenir sur les événements critiques et de réviser les lignes directrices au besoin.

#### La collecte des données

Elle s'effectue par les entreprises. L'organisme doit établir un processus de collecte des données par des méthodes qualitatives, quantitatives ou mixtes. L'organisme doit tenir un registre des données recueillies et des méthodes employées pour le faire, et doit communiquer au comité SST les données recueillies. L'organisme doit fournir et maintenir l'infrastructure et les ressources nécessaires pour atteindre la conformité à la présente norme.

#### La sensibilisation et la communication

Elles restent essentielles tout au long du processus de mise en œuvre. L'organisme doit formaliser des processus de communication afin de :

- fournir des données sur les facteurs du milieu de travail qui contribuent à la santé et à la sécurité psychologiques, notamment quant à la manière de réduire les dangers et les risques qui peuvent entraîner des dommages psychologiques et sur la façon de renforcer les facteurs qui favorisent la santé psychologique
- assurer chez les parties prenantes la connaissance, la conscience et la compréhension de la nature et de la dynamique des préjugés, ainsi que de la maladie, de la sécurité et de la santé psychologiques ;
- communiquer aux parties prenantes sur les politiques existantes et le soutien offert ;
- renseigner les parties prenantes sur les processus existants pour contrer les problèmes ayant des répercussions sur la santé et la sécurité psychologiques ;

- communiquer aux parties prenantes les renseignements relatifs au SGSSP et aux plans et processus connexes ;
- tenir compte des idées, des préoccupations et des commentaires des parties prenantes ;
- assurer une communication avec toutes les parties prenantes du milieu de travail tout au long du processus de surveillance et de revue.

### Etape 3 : la restitution des recueils

L'organisme doit établir et maintenir à jour des procédures visant la réalisation d'enquêtes et la production de rapports sur les incidents de santé et de sécurité psychologiques liés au travail dont les blessures, les maladies, les événements traumatisants, les décès (dont les suicides) et les tentatives de suicide. Ces éléments doivent permettre de repérer toute lacune du SGSSP et doivent être documentés. Les procédures doivent inclure :

- la définition des rôles et des responsabilités de toutes les parties participant au processus d'enquête,
- des pratiques qui favorisent un environnement psychologiquement sain qui permette aux travailleurs de signaler les erreurs, les dangers, les événements malheureux et les incidents évités de justesse,
- des mesures d'atténuation des conséquences des blessures psychologiques, des maladies, des événements traumatisants, des facteurs de stress chroniques, des décès (y compris les suicides), des tentatives de suicide, et des incidents sur la santé et sécurité psychologiques liés au travail,
- la détermination des causes immédiates et des causes sous-jacentes de tels incidents et la mise en œuvre des mesures correctives et préventives recommandées,
- l'évaluation de l'efficacité de toutes les mesures préventives et correctives.

Des recommandations doivent être formulées et communiquées, avec les résultats d'enquête, aux parties intéressées du milieu de travail. Ces recommandations doivent servir de fondement à des mesures correctives et être intégrées à la revue de direction définie dans l'étape 6. Il convient que les résultats de l'enquête et les recommandations contribuent à l'amélioration continue du SGSSP.

### Etape 4 : les mesures de prévention

L'organisme doit établir et tenir à jour des processus visant à mettre en œuvre des mesures de prévention et de protection pour composer avec les dangers et les risques liés au travail.

Il convient que les mesures de prévention et de protection soient mises en œuvre en tenant compte des priorités suivantes :

- l'élimination du danger,
- la mise en œuvre des moyens de maîtrise visant à réduire les risques liés aux dangers qui ne peuvent pas être éliminés,
- l'utilisation d'équipements de protection individuels (EPI) dans les circonstances qui le nécessitent,
- la mise en œuvre de processus pour réagir aux problèmes pouvant avoir des répercussions sur la santé et la sécurité psychologiques des travailleurs.

L'offre de ressources doit être formulée aux travailleurs connaissant des difficultés liées à la santé mentale, qu'il s'agisse de difficultés en lien avec des facteurs organisationnels ou avec d'autres facteurs (ex : des facteurs personnels).

### Etape 5 : évaluation et mesures correctives

#### *Evaluation et suivi*

L'organisme doit établir et tenir à jour des procédures visant à suivre, à mesurer et à enregistrer la conformité et l'efficacité du SGSSP, tout en assurant la confidentialité des personnes.

La surveillance et la mesure du rendement ont pour objectif d'obtenir des mesures qualitatives et quantitatives sur la santé et la sécurité de psychologues de l'organisme (notamment les efforts de promotion, de prévention et d'intervention) ; et sur le respect de la présente norme par l'organisme, y compris l'évaluation du processus. Elle permet de déterminer le respect des mesures, objectifs et cibles du SGSSP, de fournir des données sur le rendement et les résultats du SGSSP, d'estimer l'efficacité du SGSSP, et de fournir le fondement des prises de décisions sur les améliorations à apporter. Les activités de suivi et de mesures doivent être enregistrées.

#### *Audits internes*

L'organisme doit établir et maintenir un programme d'audit interne afin de réaliser des audits à intervalles réguliers pour déterminer si le SGSSP est conforme aux exigences de la présente norme et à celles du SGSSP établi par l'organisme, mais aussi s'il est mis en œuvre et tenu à jour de manière efficace.

Les résultats et conclusions d'audit, de même que tous les plans d'actions correctives, doivent être documentés et communiqués aux parties concernées du milieu de travail. L'organisme doit consulter les travailleurs en ce qui a trait à la sélection des auditeurs, au processus de l'audit, et à l'analyse des résultats. Les gestionnaires responsables de l'audit doivent veiller à ce que des mesures correctives soient mises en place.

#### *Mesures préventives et correctives*

L'organisme doit prendre en considération les activités de suivi et de mesure du rendement du SGSSP, les recommandations des travailleurs et de leurs représentants, les audits du SGSSP et les revues de direction auxquelles il a été soumis au moment de déterminer les mesures préventives et correctives nécessaires.

### Etape 6 : revues de direction et amélioration continue

L'organisme doit établir et maintenir un processus prévoyant la réalisation de revues de direction planifiées du SGSSP. Le processus de revue doit permettre d'évaluer dans quelle mesure les buts d'un milieu de travail psychologiquement sain et sécuritaire sont atteints.

Les résultats du processus de revue doivent comprendre les éléments suivants :

- Possibilités d'amélioration et, là où des lacunes ou des écarts ont été repérés, mise en œuvre de mesures correctives,

- Revue et mise à jour des politiques et procédures organisationnelles propres au SGSSP,
- Revues et mise à jour des objectifs, des cibles et des plans d'action,
- Occasions de communication pour améliorer la compréhension et l'application des résultats.

## Conclusion

La démarche de prévention et de promotion de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail proposée par cette norme québécoise rejoint, dans plusieurs aspects, la démarche législative française liée au Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels (DUER). Cependant, nous pouvons

souligner que cette démarche se centre tout particulièrement sur les facteurs de risques liés à la santé psychologique. Elle met l'accent sur l'importance d'une démarche participative, et s'intègre dans un processus d'amélioration continue, en soulignant l'importance d'une telle pratique de prévention pour préserver la santé des salariés et contribuer à une bonne qualité de vie au travail.



**Danaé Bertheau**  
Etudiante en Master de psychologie sociale  
du travail et des organisations,  
Aix-Marseille Université

## L'Insee mesure l'impact des risques psychosociaux au travail sur le bien-être des Français

L'enquête sur la qualité de vie de l'Insee permet d'examiner la plupart des indicateurs de qualité de vie définis dans le rapport Stiglitz, Sen, Fitoussi, dont les risques psychosociaux.

De nombreuses initiatives ont vu le jour en France à la suite du rapport sur la mesure des performances économiques et du progrès social (2009)<sup>1</sup>, rédigé par la Commission présidée par le Professeur Stiglitz.

Parmi celles-ci, l'enquête qualité de vie<sup>2</sup> a été mise en place afin d'appréhender des aspects de la qualité de vie mis en avant par le rapport mais jusqu'ici peu abordés en France. Dans cette enquête, les adultes résidant en France métropolitaine évaluent leur sentiment de bien-être, c'est-à-dire leur degré de satisfaction dans la vie, mesuré sur une échelle de 0 à 10, à un niveau moyen de 6,8.

## Les risques psychosociaux au travail vont de pair avec un moindre bien-être des actifs en emploi.

Cette enquête inédite montre que ce ne sont pas seulement les restrictions monétaires, contraintes financières ou faibles revenus qui peuvent dégrader le sentiment de bien-être.

Ainsi, les personnes occupant un emploi et en situation de mal-être au travail déclarent plus fréquemment une moindre satisfaction.

L'enquête aborde en effet, et pour la première fois en France, la question du lien entre risques psychosociaux au travail et qualité de vie. Il apparaît aussi que le mal-être au travail ne se substitue pas au mal-être émotionnel de la vie courante, mais peut au contraire venir s'y ajouter. L'impact des risques psychosociaux au travail apparaît comparable à celui des problèmes de santé physique, mais moins fort que ceux des contraintes financières, de l'isolement social et du stress de la vie courante.

Les variables retenues par l'enquête pour l'indicateur risques psychosociaux au travail (mal-être au travail) sont :

- Le degré du stress au travail
- La satisfaction vis-à-vis du salaire, de l'autonomie et de l'ambiance au travail
- Le jugement vis-à-vis de la qualité du travail, des délais d'exécution imposés, des risques encourus
- Les conséquences de la fatigue au travail sur l'exécution des travaux ménagers, des responsabilités familiales, de la concentration au travail

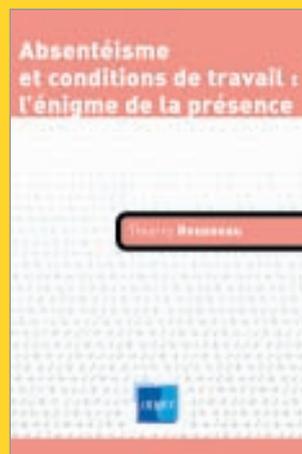
Les résultats produits, tout autant que la méthodologie utilisée pour évaluer la perception de la qualité de vie, pourra inspirer les acteurs des entreprises qui souhaitent évaluer une démarche Qualité de Vie au Travail.

Source : <http://www.aractidf.org>

<sup>1</sup> <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/fr/index.htm>

<sup>2</sup> [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1428](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1428)

## Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence



Un coût pour les entreprises, un fardeau pour les salariés, un casse-tête pour les managers, une énigme pour tous... l'absentéisme résiste. Et les explications univoques et tranchées dénonçant les comportements abusifs ou victimisants des salariés ne suffisent pas à en rendre compte.

Fort de ce constat, Thierry Rousseau creuse un autre sillon, mettant au coeur de sa réflexion la relation entre l'absentéisme et les conditions de travail. A ses yeux, si l'absentéisme est la résultante d'une série de microdécisions individuelles, il éclaire aussi sur l'état de l'entreprise, sur sa capacité à maintenir des salariés en emploi.

Des expériences de terrain, au travers d'analyses de cas d'entreprises très fouillées, étayent son propos. Dans une perspective d'action, l'auteur définit l'absentéisme comme un objet social à explorer par toutes les parties prenantes de l'entreprise, pour engager le débat autour d'un enjeu commun : la présence en bonne santé des salariés.

Prémuni contre toute explication simpliste et mécaniste, cet essai nous offre donc un nouveau modèle d'analyse de l'absentéisme. Pour cela, il s'appuie sur un tour d'horizon critique et approfondi des différentes définitions, conceptions et manifestations de l'absentéisme. Et l'auteur nous montre qu'un traitement efficace de l'absentéisme est possible, au bénéfice de tous.

Source : <http://www.anact.fr>

## Introduction

La définition la plus communément admise de l'épuisement professionnel, ou *burnout*, le caractérise comme un triptyque associant un état d'épuisement physique et psychique intenses, un ensemble d'attitudes relevant du cynisme et de la déshumanisation, et un effondrement du sentiment d'efficacité personnelle. A ce titre, il appartient logiquement à la famille des « risques psychosociaux » au travail.

Conceptualisé dans les années 1970 (même si l'épuisement professionnel remonte à des origines immémoriales, puisque des mentions en sont faites dans l'Ancien Testament), le *burnout* s'est imposé comme l'objet d'étude de nombreuses disciplines scientifiques : psychologie, sociologie, médecine du travail, psychiatrie, sciences de gestion, droit du travail, etc. Pourtant, l'épuisement professionnel est au cœur d'une production scientifique et littéraire surabondante, où il peut être difficile de se repérer ou de se tenir à jour — mais aussi de quelques clichés.

Ce sont précisément certains de ces lieux communs que les trois articles de ce dossier, fondés sur des recherches empiriques, essaient, chacun à leur manière, de battre en brèche : le premier propose aux gestionnaires d'entreprise une méthode de prévention pérenne de l'épuisement professionnel et des autres risques d'origine psychosociale, en se fondant sur l'ergonomie de l'activité. Le deuxième montre que le *burnout* fait partie des risques pesant sur la santé des dirigeants de jeunes entreprises, et qu'il influe sur la santé

financière de ces structures par définition déjà fragiles. Enfin, le troisième tente, à partir des travaux d'Yves Clot sur l'architecture du métier, de modéliser une « boussole des ressources psychosociales » aidant le management à identifier les points d'équilibre et de déséquilibre d'une équipe et à construire des réponses adéquates en termes de prévention de l'épuisement professionnel.

Philippe Zawieja et Franck Guarnieri

MINES ParisTech,

Centre de recherche sur les risques et les crises  
ORPEA / CLINEA



- *Épuisement professionnel : approches pluridisciplinaires et opérationnelles*, sous la direction de Philippe Zawieja et Franck Guarnieri, à paraître en septembre 2013, éditions Armand Colin, Paris, coll. Armand Colin / Recherches.

- *Dictionnaire des risques psychosociaux*, sous la direction de Philippe Zawieja et Franck Guarnieri, à paraître en janvier 2014, éditions du Seuil, Paris.

### Stress au travail : attention à la faute inexcusable !

Alors que plus d'un salarié européen sur 5 déclare souffrir de troubles de la santé liés au stress au travail, selon une étude de l'INRS, un récent arrêt de la Cour de cassation reconnaît la faute inexcusable d'un employeur qui a exposé un salarié à une surcharge de travail.

Dans cette affaire, l'entreprise, dans un objectif de réduction des coûts, avait divisé par cinq le nombre de ses collaborateurs en quelques années. Le salarié concerné, rédacteur en chef, comptant 17 ans d'ancienneté dans l'entreprise, avait vu sa charge de travail augmenter de plus de 40%. A la suite d'une réunion avec sa hiérarchie, il avait été victime d'un infarctus du myocarde. Le caractère professionnel de l'accident avait été reconnu et le salarié avait saisi une juridiction de Sécurité sociale d'une action en reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur.

La Cour d'appel de Paris lui donne gain de cause. Dans un arrêt rendu en juin 2011, les juges du fond rappellent que l'employeur, en vertu du contrat de travail, est tenu envers ses salariés à une obligation de sécurité de résultat. Le manquement à cette obligation a le caractère de faute inexcusable au sens de l'article L. 452-2 du Code de la Sécurité sociale lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Or, en l'espèce, les juges de la Cour d'appel constatent que les deux sociétés pour lesquelles travaillait le salarié « n'ont pas pris la mesure des conséquences de leur objectif de réduction des coûts en termes de facteurs de risque pour la santé de leurs employés, ce dont il résultait que l'employeur n'avait pas conscience du danger auquel était exposé le salarié ». A l'appui de son pourvoi, l'employeur se contentait de répondre que le salarié était apte médicalement et qu'aucune alerte sur un risque d'infarctus ne lui avait été signalée.

Argument irrecevable pour la Chambre civile de la Cour de cassation qui confirme la décision de la Cour d'appel de Paris. Dans un attendu de principe qui sonne comme un réquisitoire à l'encontre de l'entreprise, la Cour de cassation retient qu'« un employeur ne peut ignorer ou s'affranchir des données médicales afférentes au stress au travail et ses conséquences pour les salarié qui en sont victimes ». Elle relève que l'accroissement de la charge de travail du salarié est « patent » sur les années précédant son accident cardiaque et « que cette politique de surcharge, de pressions, d'objectifs inatteignables est confirmée par des attestations ». la Cour de cassation estime également que l'absence de réaction de la part du salarié ne peut valoir de quitus de l'attitude des dirigeants de l'entreprise. La Cour de cassation ajoute que les propos qui ont été échangés au cours de la réunion, à l'issue de laquelle la salarié a été victime de son accident cardiaque, « n'ont été que le déclencheur d'une crise cardiaque générée de longue date par le stress subi » par le salarié.

Au vu de ces constatations, il ne fait aucun doute pour la Cour de cassation que les employeurs avaient ou auraient dû avoir conscience du risque encouru par leur salarié et n'ont pas pris les mesures propres à l'en préserver, de sorte que leur faute inexcusable était établie.

Cass. Soc. 8 novembre 2012, n° 11-23-855



Nathalie Lagarde

Rédaction de NetPME

Source : [www.netpme.fr](http://www.netpme.fr)

## Réconcilier prévention des risques psychosociaux et performance économique de l'organisation

Notre interlocuteur, Directeur de la société de conseils en Maîtrise des Risques Industriels et Développement Durable, « MRDD », se dit assez désemparé face à la dégradation croissante de la santé mentale au travail. Il nous demande de l'aider à la prévenir effectivement dans son entreprise.

La conjoncture incite les dirigeants à maximiser la rentabilité financière, à maîtriser les coûts et à considérer l'homme au travail comme une ressource dont l'usage doit être optimisé. Les salariés, trop souvent soumis à une pression excessive, risquent l'épuisement professionnel qui est la conséquence d'une exposition chronique aux facteurs de stress au travail. Des facteurs personnels rendent les collaborateurs plus ou moins vulnérables à l'épuisement professionnel, mais les causes de cet épuisement sont dans l'environnement de travail lui-même (Maslach et al., 2001). Les dirigeants et cadres manquent, nous disent-ils, d'outils et de méthodes. A cet égard, les démarches classiques de gestion nécessitent d'être considérablement enrichies (Abord de Chatillon, 2012). Il nous est demandé, en tant que « gestionnaire » d'élaborer une méthode qui permette aux managers de protéger la santé des salariés tout en poursuivant leurs objectifs de rentabilité. Cette méthode repose essentiellement, on va le voir, sur l'examen et la correction de l'écart entre travail réel et travail prescrit. Pour qu'ils puissent prévenir les risques psychosociaux en gérant, ou gérer en prévenant ces risques, nous proposons aux gestionnaires de reconsidérer leur rapport au travail. Nous présenterons ensuite les grandes lignes de la méthode de management co-construite avec les acteurs de l'entreprise lors de notre recherche-action.

### Performance économique et dégradation de la santé au travail.

Le lien entre l'intensification de la recherche de performance de l'entreprise, la dégradation des conditions de travail des salariés et celle de leur santé semble désormais établi.

### Contextes nouveaux de travail et santé des salariés

Le travail conduit selon les cas à la dégradation de la santé des opérateurs<sup>1</sup>, ou au contraire contribue à son amélioration. Maslach et al. (2001) ont élaboré un modèle explicatif de l'épuisement professionnel qui repose sur le degré de dissonance chronique entre les opérateurs et leur environnement de travail sur un ensemble de six dimensions. La santé mentale semble étroitement liée à la possibilité qu'a ou non l'opérateur de réaliser ce qu'il considère être un « travail bien fait » (Petit et al., 2011, p. 394), et d'être reconnu pour cela par ses pairs et sa hiérarchie (Maslach et al., 2001, Siegrist, 1996). Les conditions du « travail bien fait » et de sa reconnaissance sont-elles encore réunies ?

Les efforts fournis au travail semblent s'être considérablement accrus ces dernières décennies. Les salariés doivent désormais, en plus des contraintes industrielles traditionnelles (procédures, postures, cadences, etc.), faire face à des contraintes marchandes (exigences des clients) et des contraintes événementielles, qui engendrent une discontinuité de l'action productive (Zarifian, 1995). Cela conduit à l'intensification du travail (Gollac, 2005). La norme et le système de management vont désormais dire la qualité officielle du travail (Fournier et al., 2011). Cette définition, élaborée en amont de l'activité, ne correspond que partiellement à l'idée que se fait l'opérateur du travail bien fait, compte tenu de son

expérience et de sa singularité. De plus elle intègre rarement l'ensemble des sources de prescription et de contrôle (hiérarchie, clients, collègues, etc.), (Daniellou, 2002). Le risque d'injonctions paradoxales est important.

Les règles élaborées en amont du travail peuvent difficilement intégrer l'ensemble des aléas et variabilités. Pour pouvoir réaliser son travail, partant de l'ensemble des objectifs fixés dans le cadre de multiples sources de prescription (travail prescrit), l'opérateur va se fixer de nouveaux objectifs intégrant ces aléas et variabilités (Coutarel, 2011). Il va ensuite adapter ses modes opératoires (travail réel) pour essayer de faire « du bon travail ». L'intensification de ce phénomène peut être source d'épuisement professionnel car elle renforce l'instabilité et puise davantage dans les ressources de l'opérateur. L'intensification est délétère, mais l'adaptation est nécessaire pour la production et la santé (Petit et al., 2011). Or, les modes opératoires différents de la prescription sont considérés, souvent à tort, comme « une pathologie organisationnelle, un écart à corriger au plus vite » (Babeau et al., 2008, p. 202).

Le collectif de travail enfin, ne semble pas avoir été épargné par ces évolutions. Or, il peut constituer un soutien social précieux, variable modératrice de la dégradation de la santé mentale (Karasek et Theorell, 1990). A l'inverse, l'épuisement professionnel peut être contagieux et affecter les autres membres de l'organisation (Maslach et al., 2001).

Comment, dans ce contexte, briser le cercle vicieux ? Daniellou (2010, p. 30) propose « de quitter le monde des chiffres et des cahiers de procédure pour se demander ce que vivent, en réalité, les hommes et les femmes... ».

### Le cas de la société MRDD, quelle approche de prévention adopter ?

MRDD est une PME toulousaine créée il y a quinze ans. Elle a connu en cinq ans une croissance importante qui a engendré des modifications substantielles pour les salariés, désormais au nombre de 40. Elle est administrée selon un système de management de la qualité et est certifiée ISO 9001 et 14001. Les opérateurs travaillent sur l'un des 4 sites ou chez les clients.

Entre 2008 et 2010, plusieurs arrêts de travail d'une durée supérieure à un mois ont été constatés. Les opérateurs évoquent des « dépressions » et des troubles musculo-squelettiques.

Une enquête de satisfaction sur trois ans suggère que le contexte social est dégradé.

Nous avons effectué un premier diagnostic portant sur la santé des opérateurs et sur l'administration de MRDD. Il repose sur la triangulation de données issues d'observations globales, d'entretiens semi-directifs et de documents de gestion.

Les opérateurs ont globalement le sentiment qu'ils ne sont pas reconnus pour leur travail et que leurs contributions, sous-estimées car méconnues, ne sont pas suffisamment rémunérées.

D'autres variables semblent significatives : la faiblesse économique de l'entreprise ; l'absence de visibilité de la stratégie et du pilotage ; l'instabilité organisationnelle permanente ainsi que l'écart entre les valeurs fortes affichées par la structure et celles que les opérateurs

<sup>1</sup>Le terme d'opérateurs sera désormais celui que nous utiliserons pour désigner les personnes qui travaillent, lorsqu'il ne sera pas nécessaire d'apporter d'autres précisions, d'encadrement par exemple.

perçoivent au quotidien. Ils évoquent également des conflits interpersonnels importants, récurrents et non résolus entre collègues ou avec la hiérarchie, affectant tous les sites.

Notre diagnostic conclut à un manque d'arbitrage en général de la hiérarchie, une insuffisance de pilotage reposant sur des outils souvent inadaptés pour la prise de décision et la gestion quotidienne. La dégradation de la santé nous semble due à des dysfonctionnements organisationnels importants. Nous avons en particulier identifié un écart important entre ce qu'étaient censés faire certains opérateurs et leur travail effectif. Ceci nous a amené à proposer d'intervenir pour réunir les conditions d'un travail bien fait, en institutionnalisant la recherche permanente de compromis entre travail réel et travail prescrit. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la Théorie de la Régulation Sociale, qui propose que la recherche de compromis dans le cadre de la tension entre la régulation de contrôle (issue du prescrit) et la régulation autonome (issue du réel), constitue ce que l'on appelle la recherche d'une régulation « conjointe » (Reynaud, 1997). La méthode de prévention que nous avons mise en œuvre est empruntée aux ergonomes de l'activité. C'est la reconception organisationnelle qui part « des contradictions entre le « travail bien fait » et la qualité officielle du travail » pour en débattre collectivement et favoriser une **évolution organisationnelle** visant à diminuer ces contradictions (Petit et al., 2011).

## Gérer l'écart entre travail prescrit et travail réel.

Les recherches de performance économique et de protection de la santé des opérateurs ne nous semblent pas être durablement dissociables. Comment les concilier ? Nous proposons une démarche en deux temps qui s'articule autour (1) du débat des contradictions entre logique de travail et logique de gestion, et, (2) de l'institutionnalisation de la gestion des compromis élaborés.

### *Débattre des contradictions entre exigences du travail et contraintes de gestion*

**Des conflits aux compromis** — Les conflits interpersonnels alimentent le processus de dégradation de la santé et ne favorisent pas la performance économique. Nous avons placé le travail au cœur des débats, car nous pensions, suite au diagnostic, que les conflits inter-individus résultaient surtout de conflits entre logique de gestion et logique de travail.

Nous avons dû expliquer, montrer et permettre à chacun de vérifier que le travail réel n'est pas le travail prescrit. Ceci n'est évident ni pour les opérateurs, ni pour les managers. Nous avons ainsi montré comment le conflit le plus symptomatique de l'entreprise, a été généré par l'organisation et non ici, par un hiérarchique « bourreau » et des opérateurs « victimes ».

Nous avons pu vérifier que parler du travail permet de reconnaître que les dysfonctionnements sont liés à l'organisation et non uniquement à des caractéristiques individuelles et subjectives.

Cela permet de dépasser les conflits en proposant de mettre en débat ce qui sépare. A ce stade, le débat peut porter sur la prescription, la qualité du travail et sa reconnaissance.

**Mettre le travail en débat** — Pour pouvoir mettre au jour les écarts entre le travail prescrit, le travail réel et en débattre

collectivement, nous avons réalisé une cartographie des prescriptions avec les responsables de pôle, observé des situations de travail ainsi que des objets de gestion.

Par un travail systématique de réflexion sur la prescription, les responsables de pôle ont peu à peu perçu que les sources de prescriptions pouvaient être multiples, ce que les leurs et les contrôles afférents ne prenaient jusqu'alors pas en compte.

Dans le service où les relations étaient très conflictuelles, nous avons observé une situation de travail (Guérin et al., 2007). Trois opérateurs doivent quotidiennement effectuer une veille juridique pointue puis intégrer les informations analysées et synthétisées aux bases de données pour diffusion aux clients. Parallèlement ils doivent répondre aux demandes des clients qui les contactent par mail ou téléphone. L'observation montrait que la situation ne permettait pas aux opérateurs d'adapter leurs modes opératoires pour faire « du bon travail » ; que l'évaluation de leur travail faite pour partie par un partenaire de l'entreprise était très fréquemment négative et que celle réalisée par leur N+1 pointait une durée toujours trop élevée au regard du travail tel qu'il était prescrit. Les contraintes très lourdes qui pesaient sur les opérateurs (procès, délais, variabilité de la matière, etc.) n'étaient majoritairement pas connues par leur manager. Or elles empêchaient de faire du bon travail. Cette phase de notre intervention a permis : que le travail réel des opérateurs soit porté à la connaissance de leur manager et qu'il puisse le reconnaître et en reconnaître le coût pour les opérateurs (conflits, TMS, épuisement professionnel). Elle a permis aussi au manager d'arbitrer en connaissance, en repensant l'évaluation de ce travail et en se positionnant entre les opérateurs et le partenaire externe pour trier les prescriptions et limiter les injonctions contradictoires. Si l'on se situe sur une logique de travail, la mise en débat du travail a permis de détruire le conflit, de redonner des marges de manœuvre aux opérateurs, de prendre en compte leur définition du travail bien fait, de chercher à réunir les conditions pour qu'ils puissent le réaliser et de poser les bases d'un collectif de travail. Si l'on se positionne du point de vue de la gestion, cette expérience a abouti à une réduction de l'asymétrie d'information sur le travail réellement effectué, une réduction du temps passé (et perdu) à la réalisation d'un travail trop contraint voire empêché, et à la découverte de temps disponible et de motivation des opérateurs pour réaliser d'autres missions. La mise en débat du travail a permis ici d'améliorer sensiblement une situation de travail précise et délimitée, le bien-être des opérateurs et la gestion du service.

Il est nécessaire que l'écart entre le travail prescrit et le travail réel soit une dimension prise en compte par le dispositif de gestion. Des outils doivent être créés pour que cet écart puisse être formulé, puis qu'il soit réduit par la recherche de compromis et enfin que les fruits de ces compromis soient intégrés à la prise de décision locale ou globale, opérationnelle ou stratégique.

### *Pérenniser prévention et performance : l'évolution des méthodes et des outils de gestion*

**L'importance de la formation des acteurs** — L'implication des acteurs est une condition de la mise en œuvre de ce type de démarche, pour que la recherche conjointe de protection de la santé

et de performance économique perdue. Selon Coutarel et Petit (2009, p. 140), les réseaux sociaux, formels et informels, doivent « préserver un équilibre entre les différentes logiques qui font le travail ». Notre recherche-action s'est accompagnée d'un travail pédagogique autour de propositions de points de vue différents, d'explications, de démonstrations. La complexité des liens entre le travail et la santé, les relations imbriquées entre les conflits et les prescriptions, les différents niveaux de régulation existants ou potentiels, sont autant de thèmes abordés pendant les entretiens ou les observations. Notre intervention revêt une dimension permanente de « formation-action-projet », conçue comme « le moment d'un apprentissage par les acteurs de façons de faire autrement des choses habituelles qu'ils devaient mener à bien même s'il n'y avait pas [...] d'intervention » (Daniellou et Martin, 2007, p. 18). L'enjeu est un « changement dans la pratique collective » (*ibid.*, p. 22). Parmi les effets de l'intervention-action-projet décrits par Daniellou et Martin (p. 26-27), les opérateurs font une « description riche du fonctionnement », favorable à « l'évolution des outils de gestion », tous accordent une « attention au travail » et au-delà de l'intervention, ces résultats perdurent. Nous avons pu vérifier les trois premiers points, mais non encore le quatrième, le travail étant en cours.

### *Institutionnaliser la recherche de compromis* —

L'opérationnalisation du changement du rapport au travail soutenue par une recherche de régulation conjointe, au sens de Reynaud, (1997) nécessite notamment que la recherche de compromis soit institutionnalisée et gérée.

Nous oeuvrons actuellement à la mise en place et l'institutionnalisation « d'espaces de discussion sur le travail » (Derchessahar, 2011). Ces espaces sont à considérer d'une part comme l'une des réponses à la situation dégradée pour laquelle il nous a été demandé d'intervenir et d'autre part comme un outil de management visant la pérennisation de la prévention de la dégradation de la santé et de la recherche de performance économique. Leur forme n'est pas prédéterminée et est co-construite par les acteurs. Dans notre cas, ils pourraient se substituer aux traditionnelles réunions de pôle qui étaient exclusivement un lieu de prescription et de diffusion des règles de contrôle (Reynaud, 1988), descendantes, prescriptives et formelles. Dans le service où les relations étaient fortement conflictuelles, nous avons pu vérifier qu'une unique expérience de recherche de compromis ne permet pas ensuite d'adopter automatiquement le point de vue du travail. Les logiques de gestion sont très implantées et reviennent comme des « réflexes ». La recherche de compromis institutionnalisée nécessite un cadre et un apprentissage collectif pour que le management soit enrichi des différentes logiques à l'œuvre dans l'entreprise.

### *Adapter les outils et méthodes de gestion pour institutionnaliser la régulation conjointe* —

La conception, la modification et la mise en œuvre d'outils de gestion va être nécessaire pour assurer l'intégration des informations produites par les discussions sur le travail. La reconception donnera lieu à des simulations de situations ou d'outils, systématiquement mis en débat avec les opérateurs concernés. Les outils et nouvelles situations mis en œuvre n'ont pas vocation à être figés. Ils devront évoluer, être « gérés » en intégrant le travail. Il ne s'agit pas de proposer la participation de tous les

opérateurs à la prise de toutes les décisions, mais d'enrichir les méthodes et outils de gestion des informations pertinentes produites par la régulation conjointe au sein des « espaces de discussion sur le travail ».

Les outils de gestion de MRDD, ont largement été conçus à l'extérieur. Ils sont appliqués en interne selon un flux d'information *top-down*, comme dans de nombreuses organisations aujourd'hui (De Vaujany, 2006). Les opérateurs ne se les sont pas appropriés. Certains outils sont inadaptés aux besoins et d'autres dysfonctionnent. Plusieurs ont été abandonnés. Cela représente un coût certain pour MRDD.

L'un des enjeux de la reconception sera de co-construire des outils, que les opérateurs pourront s'approprier facilement, appropriation que de Vaujany (2006), définit « comme un processus contingent, ouvert, complexe et continu » (p. 118). Il précise que « C'est au fil des apprentissages, des conflits pour sa maîtrise, de la dialectique autonomie-contrôle que l'outil prend finalement corps » (*ibid.*, p. 118). La discussion pourrait permettre aux opérateurs de s'approprier les outils de gestion tout en favorisant leur évolution en fonction des besoins définis notamment à partir des compromis, sans que cette évolution ne soit vécue comme une instabilité organisationnelle chronique.

### **Conclusion**

Le cœur de notre travail de recherche repose sur la complémentarité des apports entre sciences de gestion et ergonomie de l'activité. Cela nous a conduit à identifier l'écart entre le travail réel et le travail prescrit comme source de souffrance au travail. Sur les fondements de la théorie de la régulation sociale (Reynaud, 1988 et 1997), nous cherchons à mettre en place un processus de recherche de compromis entre les logiques de gestion et les logiques du travail. Permettre aux acteurs de l'entreprise de débattre du travail favorise la protection de la santé au travail ainsi que la diminution de l'écart entre travail prescrit et travail réel et de ses effets sur la santé et la gestion. La méthode de prévention est initiée par une formation-action-projet (Daniellou et Martin, 2007) et repose sur une reconception de l'organisation. Elle se poursuit par une institutionnalisation de la recherche de compromis par la création d'espaces de discussion sur le travail. Cette recherche de compromis produit des informations qui doivent être intégrées aux outils de gestion révisés. La Direction dispose ainsi d'informations reflétant mieux la complexité de l'organisation. Ces informations sont importantes pour définir et mettre en œuvre la stratégie, mais aussi pour la prise de décisions en général dans le cadre d'un projet managérial qui poursuit un objectif unifié de performance économique et de bien-être des salariés. L'implication de l'ensemble des acteurs est nécessaire, mais les rôles des uns et des autres ne sont pas pour autant bouleversés.

Les résultats obtenus à ce jour sont prometteurs, mais il nous reste à trouver les moyens de s'assurer de la pérennité des réponses construites.



**Sabine Suarez**

Doctorante en Sciences de gestion,  
Université de Paul et des Pays de l'Adour

## Références bibliographiques

- Abord de Chatillon E. (2012), « Introduction », in Abord de Chatillon E., Bachelard O. et Carpentier S. (coord.), *Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale*, Vuibert, Paris, 1-6.
- Babeau O. et Chanlat J.-F. (2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », in *Revue Française de Gestion* 3, 201-219.
- Coutarel F. (2011), « Quelle reconnaissance du travail réel, des tensions et déséquilibres dans la quête de performance ? », in Chaudat P. et Muller R., *Les nouvelles organisations du travail : entre souffrance et performance*, Paris, Coll. Logiques Sociales, Editions L'Harmattan, 73-99.
- Coutarel F. et Petit J. (2009), « Le réseau social dans l'intervention ergonomique : enjeu pour la reconception organisationnelle », in *Management & Avenir* 7, 135-151.
- Daniellou F. (2002), « Le travail des prescriptions », *Conférence inaugurale, Actes du 37<sup>ème</sup> Congrès de la SELF « Nouvelles formes de travail, nouvelles formes d'analyse »*, Aix-en-Provence, 9-16.
- Daniellou F. et Martin C. (2007), « Quand l'ergonome fait travailler les autres, est-ce de l'ergonomie ? », *Actes des journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie*, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2.
- Daniellou F. (2010, 2<sup>ème</sup> ed), « Les mondes du travail », in Théry L. Dir., *Le travail intenable, résister collectivement à l'intensification du travail*, Paris, La Découverte.
- Detchessahar M. (2011), « Santé au travail », in *Revue Française de Gestion* 5, 89-105.
- De Vaujany F.-X. (2006), « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage », in *Management & Avenir* 3, 109-126.
- Fournier C., Ghram R., Benckroun T.-H. et Six F. (2011), « Usage d'indicateurs de gestion dans le cadre de la certification qualité : le pont de vue de l'ergonomie », in Desrumaux P., Vonthron A.-M. et Pohl S., *Qualité de vie, risques et santé au travail*, Paris, L'Harmattan, 267-288.
- Gollac M. (2005), « L'intensité du travail. Formes et effets. », in *Revue économique* 2, 195-216.
- Guérin F., Guérin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J., Kerguelen A., (2007), *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*, Lyon, Edition Réseau ANACT.
- Karasek R. et Théorell T., (1990), *Healthy work : Stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books inc. Publishers.
- Maslach C., Schaufeli, W. B. et Leiter, M. P., (2001), « Job Burnout », in *Annual Review of Psychology* 52, 397-422.
- Petit J., Daniellou F., Duguet B., (2011), « L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques », in *Le travail humain* 4, 391-409.
- Reynaud J.-D. (1988), « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », in *Revue française de sociologie* 1, 5-18.
- Reynaud J.-D. (1997), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, (2<sup>ème</sup> édition 1993, 1<sup>ère</sup> édition 1989).
- Siegrist J. (1996), « Adverse health effects of high effort/low reward conditions », in *Journal of Occupational Health Psychology* 1, 27-41.
- Zarifian P. (1995), *Le travail et l'événement. Essai sociologique sur le travail industriel à l'époque actuelle*, Paris, L'Harmattan.

**Si vous souhaitez recevoir les cahiers des RPS,**

**merci d'en faire la demande à la DIRECCTE**

**auprès de :**

**[valerie.giorgi@direccte.gouv.fr](mailto:valerie.giorgi@direccte.gouv.fr)**

## Une étude exploratoire du *burnout* des dirigeants de PME

En 2003, l'Insee a lancé une étude sur les problèmes de santé mentale chez différents types de travailleurs. Les résultats montrent que la prévalence moyenne est de 11% parmi la population d'actifs. Chez les artisans/commerçants/chefs d'entreprise, les hommes présentent une prévalence pour la dépression de 13,6% contre 4% pour les femmes de la même catégorie.

Ces chiffres sont appuyés par ceux indiqués par l'Observatoire AMAROK (Torrès, 2012), où ces travailleurs rapportent des fréquences de douleurs articulaires, des maux de dos et de tête plus hauts que ceux de la population générale. D'après les résultats d'une étude européenne, les dirigeants de petites entreprises rapportent de hauts niveaux de stress et de fatigue comparativement aux salariés (Benavides et al., 2000). Les troubles les plus cités sont dans l'ordre décroissant : les troubles musculo-squelettiques, les problèmes de santé mentale et un état de santé générale plus faible (Gunnarsson, Vingård et Josephson, 2007). Ainsi, d'un côté les dirigeants d'entreprise présentent des problèmes de santé physique plus récurrents que les autres travailleurs et de l'autre, ils ont des problèmes de délégation, de communication, de solitude et de stress (Gumpert et Boyd, 1984). Les résultats de Parslow et al., (2004) appuient ces éléments en montrant que les dirigeants ne tirent pas de bénéfices pour leur santé à partir de leur travail. Ces éléments montrent que l'environnement de travail des dirigeants d'entreprises est porteur de facteurs qui peuvent altérer leur état de santé.

L'environnement de travail porte des demandes et des ressources dont l'interaction est au coeur des modèles explicatifs du stress professionnel et du *burnout*. Les aspects physiques, sociaux ou organisationnels du travail qui requièrent un effort ou des compétences physiques et/ou psychologiques sont étiquetés comme des demandes professionnelles. Celles-ci impliquent l'investissement de ressources pour y répondre. Les ressources sont les aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels du travail qui contribuent, soit à réduire les demandes professionnelles, soit au développement personnel du travailleur (Hobfoll, 1989). Le stress correspond ainsi à un retour sur investissement de ressources insuffisant et qui ne respecte pas le principe de protection et de développement des ressources.

De ce point de vue, le *burnout* correspond à une spirale de perte de ressources (Hobfoll, 1989) qui peut être induite par deux processus (Demerouti et al., 2001). Dans le premier processus, les ressources professionnelles ne sont pas suffisantes pour faire face au stress.

Dans le second, les demandes professionnelles associées à l'environnement de travail sont à un niveau qui épuise les ressources professionnelles.

Le *burnout* et le stress professionnel sont associés à la dégradation de l'état de santé mentale et physique. Les recherches montrent des relations stables entre l'exposition au stress et l'augmentation des risques d'accidents et de maladies cardio-vasculaires (De Vente et al., 2003). Des mesures métaboliques d'individus en *burnout* montrent que l'augmentation des troubles cardiaques est liée, en partie, à l'augmentation du niveau de cholestérol, de triglycérides et d'acide urique (Shirom et al., 1997). Un certain nombre de somatisations accompagnent le *burnout*. Les plus récurrentes sont la perte

d'appétit, les maux de tête, des douleurs à la poitrine, des troubles gastro-intestinaux (irritation stomacale et diarrhée), des troubles du sommeil avec l'insomnie et l'installation d'une fatigue chronique (Melamed et al., 1999). La détérioration de la santé mentale, liée au *burnout*, est spécifiée par la baisse de l'estime de soi, l'irritabilité, l'anxiété et le sentiment d'impuissance, des changements de personnalité avec des attitudes cyniques et agressives, le manque de concentration, la baisse de la mémoire avec un manque de précision et l'augmentation de la désorganisation (Kahill, 1988).

Les travailleurs n'ayant pas la possibilité de décider de l'organisation de leur travail, répondant à des demandes exigeantes et contradictoires de leur hiérarchie sont susceptibles de vivre de hauts niveaux de stress professionnel et de développer un *burnout*. Ces explications ont, pendant longtemps, conduit les recherches à délaisser la population de dirigeants des études sur l'impact de cet environnement professionnel particulier. En effet, les dirigeants sont considérés comme des travailleurs profitant d'une grande latitude décisionnelle leur permettant de vivre de hauts niveaux de satisfaction comparativement aux autres. Ces éléments professionnels particuliers aux dirigeants permettraient de réduire l'impact des demandes. Ils participent donc à garantir un état de santé plus favorable. Récemment, cette acceptation est remise en cause par certaines études qui soulignent la présence de risques psychosociaux chez les dirigeants et notamment le *burnout*. Brigham (2002) et de Duran-Whitney (2004) montrent que les dirigeants évoluent dans un environnement professionnel favorable au stress et qui peut les amener à vivre des épisodes de *burnout*. Dans cette perspective, Grant et Ferris (2009), ainsi que Torrès et Lechat (2012) présentent une revue des facteurs de stress spécifiques aux dirigeants d'entreprise. Parmi eux, il y a le désir de reconnaissance, la peur de l'échec et la douleur de perdre son entreprise, le manque de soutien social, la solitude, les conflits interpersonnels, la responsabilité, la pression du temps, l'équilibre entre le travail et la vie familiale.

### Méthode

Cette étude s'intéresse à l'impact de l'environnement de travail des dirigeants sur leur état de santé mentale et physique évalué à travers la prévalence du syndrome de *burnout*. Pendant une conférence de l'antenne Héraultaise du MEDEF, 150 questionnaires ont été distribués.

Les questionnaires comportent l'échelle de mesure du *burnout* et certaines variables de contrôle comme le genre, l'âge, la situation familiale, etc. L'échelle de mesure du *burnout* est composée des deux sous-échelles, l'une pour évaluer l'épuisement émotionnel et l'autre le désengagement. Les qualités psychométriques de l'échelle ont été éprouvées dans plusieurs études. Le choix de cette échelle est principalement lié à la question de l'adaptabilité du modèle et de l'outil au contexte professionnel. Le modèle proposé par Demerouti et al. (2001) se veut être un modèle intégrateur utilisable pour tout type de profession. Sur les 150 questionnaires, 38 questionnaires complets et valides ont été utilisés pour l'analyse. Même réduit, ce nombre permet une première exploration des données.

## Résultats

L'échantillon présente des scores d'épuisement émotionnel supérieurs à ceux du désengagement. Ce premier résultat confirme l'exposition des dirigeants à un environnement professionnel dont les interactions peuvent les conduire au *burnout*. Toutefois, ils semblent exprimer plus d'épuisement émotionnel que de désengagement. Les demandes professionnelles sont les facteurs qui épuisent les ressources émotionnelles (Demerouti et al., 2001).

Tableau 1 : Les scores moyens, les médianes et les écarts-types de l'épuisement émotionnel, du désengagement et du *burnout*

	Épuisement émotionnel	Désengagement	<i>Burnout</i>
Moyenne	18,13	15,82	17,24
Médiane	18	16	17
Écart-type	4,173	2,837	2,686

Les femmes de l'échantillon présentent une fréquence de *burnout* supérieure à celle des hommes. Elles représentent 54,5% des personnes en *burnout*. Parallèlement, elles enregistrent des scores d'épuisement émotionnel plus importants que les hommes avec 20,27.

Tableau 2 : Les moyennes de l'épuisement émotionnel et du désengagement, pour l'échantillon total et pour les individus en *burnout*

	Catégories	Échantillon total			Individus en <i>burnout</i>		
		E.E.	D.	N	E.E.	D.	N
Genre	Homme	17,26	16,15	38	21	17,4	10
	Femme	20,27	15,00	38	22,67	16,5	6
Age	< 47	19,47	14,95	38	22,29	16,14	8
	> 47	17,47	16,82	38	21,11	17,77	8
Situation	Célibataire, divorcé, veuf	19,44	15,44	38	21,9	16,8	10
	En couple, marié	16,95	16,15	38	21,7	17,5	6
Niveau d'éducation	< Bac + 2	18,74	15,26	38	22	17,33	9
	> Bac + 2	17,53	16,37	38	21,4	16,71	7
Nbre de jours de travail / semaine*	< 5,5	17,87	15,35	35	21,44	16,33	7
	> 5,5	19,82	15,64	35	21,85	17,42	7

\*Trois personnes n'ont pas répondu à cette question, dont deux présentent des scores de *burnout* supérieurs ou égaux à 18. E.E. : épuisement émotionnel ; D. : désengagement

Les moyennes pour les variables de contrôle : âge, niveau d'éducation, nombre de jours travaillés par semaine permettent de formuler des catégories dans le groupe d'étude. Les individus ayant plus de 47 ans présentent un score moyen d'épuisement plus faible que le restant des participants mais un score moyen de

désengagement plus important. Chez les individus déclarant vivre seuls (célibataire, divorcé(e) ou veuf/veuve), l'épuisement émotionnel est plus important que le désengagement. Le score moyen de l'épuisement émotionnel est de 19,44 contre 15,44 pour le désengagement. La catégorie des personnes déclarant un niveau d'étude inférieur au niveau moyen présentent une fréquence de *burnout* (47,4%) plus importante que l'autre catégorie (36,8%). Les dirigeants qui travaillent plus que 5,5 jours/semaine sont ceux qui affichent la fréquence de *burnout* la plus importante avec 63,9% contre 30,4% pour les autres.

## Discussion

La surcharge de travail est un facteur de stress largement admis et étudié. Elle réduit le temps de repos et de décharge mentale. L'environnement professionnel des dirigeants est exigeant en demandes qui peuvent devenir contraignantes et dans ce cas les rendre vulnérables aux effets du stress professionnel (Wincent et Ortqvist, 2009) et au développement du *burnout*. La surcharge de travail est corrélée avec le manque de sommeil (Gunnarsson, Vingård et Josephson, 2007). Cet antécédent réduit directement le niveau de disponibilité des ressources personnelles notamment le soutien social familial et augmente indirectement le déséquilibre entre le travail et la vie familiale. Les dirigeants mettent plus en avant la surcharge de travail comme un facteur de stress professionnel que les employés. L'implication plus importante des femmes dans la vie de famille peut représenter rapidement une source de demandes personnelles de surcroît conflictuelles avec les demandes professionnelles. Toutefois, l'influence du genre sur le stress professionnel et le *burnout* ne parvient pas à fournir des résultats stables d'une étude à l'autre. Gartner (1988), remet en cause les symboles de réussite véhiculés par la recherche et les médias autour de la création d'entreprise. Il considère que ces symboles participent à créer un mythe autour du dirigeant qui amène ce dernier à nourrir des attentes professionnelles trop importantes. L'échec dans la réalisation de certaines attentes est une source de frustration et le terreau de développement du *burnout*. Comme observé chez les différentes catégories de travailleurs, l'équilibre entre le travail et la vie familiale est une ressource personnelle importante capable de compenser les investissements nécessaires pour répondre aux demandes professionnelles. Les dirigeants ne profitent pas suffisamment de soutien social de sources professionnelles comparativement aux salariés (Rahim, 1996). Ainsi, leur principale source de soutien social est d'ordre non professionnel, c'est-à-dire provenant de la sphère familiale et amicale. Cette ressource semble être indispensable pour compenser les ressources investies pour répondre aux demandes professionnelles (Maslach, Jackson et Leiter, 1996). Le rôle du conjoint est important dans la prévention et la guérison du *burnout*. L'équilibre entre le travail et la vie familiale permet d'augmenter le taux de décharge et de réduire le *burnout* (Maslach, Jackson et Leiter, 1996).

L'une des principales limites de ce travail est liée à la faible taille de l'échantillon d'étude.

Néanmoins, l'exploration du *burnout* chez les dirigeants semble prometteuse dans la compréhension des facteurs qui influencent le comportement entrepreneurial. Parallèlement, l'étude de la

dimension « désengagement » pose plusieurs interrogations. Maslach soulève le problème lié au fait que les personnes qui expriment un fort désengagement conséquent au *burnout* restent rarement en poste. Ainsi, les études mobilisant des méthodologies classiques (questionnaires et observations) ne tiennent pas compte de ces individus. Cette lacune se retrouve dans la plupart des études sur le *burnout*. Néanmoins, dans le cas des dirigeants le désengagement est difficile à observer à cause de leur position centrale dans l'entreprise. Leur engagement patrimonial interdit certains comportements de fuite. Ce résultat reste à confirmer par d'autres études plus importantes. Il suggère toutefois, que la dimension de l'épuisement émotionnel demeure prédominante dans le contexte des dirigeants mais que celle du désengagement doit être rediscutée théoriquement.

## Conclusion

Le fait d'être en travail choisi, et non en travail contraint, modifie radicalement le rapport de l'homme au travail et son impact sur sa propre santé. Le salariat n'a cessé de se développer tout au long du XX<sup>ème</sup> siècle. Son rôle fut protecteur car il a assuré au salarié la garantie d'un salaire fixe. En outre, toutes les avancées sociales ont permis de le protéger contre divers risques (maladie, vieillesse, chômage). Mais la contrepartie majeure de cette protection est le lien de subordination qui le soumet à un travail qui peut s'avérer parfois contraint. C'est ce point qui est aujourd'hui mis de l'avant par de nombreux auteurs ou grilles d'analyse qui ont déjà insisté sur le travail contraint (Karasek, 1979).

Le travailleur non salarié, quant à lui, a souvent été exclu de ces dispositifs, souvent par lui-même, se refusant de souscrire à des régimes dont ils voyaient le coût et moins le bénéfice. Le travailleur non salarié travaille beaucoup, beaucoup plus que les salariés. Il accepte de faire face à une plus forte incertitude de son revenu, il expose davantage son patrimoine. Mais il est libre. Du moins le dit-il et le croit-il. La surcharge de travail le caractérise mais c'est souvent une soumission librement consentie. Le chef d'entreprise n'est pas en contrainte subie mais en contrainte choisie. Entreprendre est à la fois un acte de libération et une quête de liberté.

Peut-être tenons-nous là une explication de l'ambivalente santé patronale. Tant que ces sentiments de liberté et d'indépendance le guident, son état de santé lui paraîtra excellent.

Mais qu'il survienne un imprévu majeur et la bonne santé peut se transformer rapidement en une situation plus délétère. A la puissance de l'homme ou de la femme, indépendant et autonome, peut parfois succéder le sentiment de l'impuissance soudaine, d'autant plus ravageur que l'on ne s'est pas psychiquement préparé à l'échec ou à un événement traumatique. Un impayé massif, la perte soudaine d'un gros client, un accident mortel au travail d'un salarié, un braquage violent dans son commerce, l'obligation de licencier plusieurs collaborateurs... feront perdre à l'entrepreneur, ses envies, ses moyens et son assurance. La descente aux enfers n'épargne pas le chef d'entreprise. Le CJD évoque souvent le syndrome des « 3 D » : Dépôts de bilan, Divorce et Dépression. Dans une version plus anglo-saxonne, Massey, Harris et Lewis (2004) évoquent aussi les « 3 D » : « Death, Divorce and Disease ». L'implication patrimoniale de la fonction de dirigeant amplifie ce risque des « 3 D ». En cas d'échec, les dirigeants peuvent subir non seulement le dépôt de bilan et l'anéantissement de toute une vie, voire de plusieurs générations de travail, mais aussi la saisie de leur maison et de tout ou partie de leurs biens personnels en cas de cautionnement. Les cas de *burnout* qui en résultent, pouvant aller jusqu'au suicide, sont réels mais souvent tabous dans notre société. Les résultats de l'étude laissent présager une prévalence réelle du *burnout* chez les dirigeants.

Le *burnout* affecte négativement les capacités du dirigeant à collaborer avec ses clients, ses fournisseurs et ses salariés, alors même que ces capacités sont un élément important dans les opérations de l'entreprise. Elles affectent négativement le climat social de l'entreprise, atout majeur de la performance. C'est pour cette raison que les problématiques du *burnout* en particulier et celles de la santé au travail en général doivent être intégrées aux réflexions en entrepreneuriat et management.

### Yosr Ben Tahar

Doctorante à l'université de Montpellier I, rattachée au laboratoire MRM (Montpellier Recherche en Management), ATER à l'université de Montpellier I (UFR : AES)

### Olivier Torrès

Professeur à l'université de Montpellier I, rattaché au laboratoire MRM, Professeur associé à l'EM Lyon.

**Si vous souhaitez recevoir les cahiers des RPS,**

**merci d'en faire la demande à la DIRECCTE**

**auprès de :**

**[valerie.giorgi@direccte.gouv.fr](mailto:valerie.giorgi@direccte.gouv.fr)**

## Références bibliographiques

- Benavides, F., Benach, J., Diez-Roux, A. et Roman, C. (2000), « How do types of employment relate to health indicators ? Findings from the second european survey on working conditions », in *Journal of epidemiological community health*, 54(7), 494-501.
- Brigham, K.H. (2002), *Mismatch between entrepreneurs and their firms : the role of cognitive fit/misfit*, Thèse de doctorat, University of Colorado, Boulder.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2001), « The job demands resources mode of burnout », in *Journal of applied psychology*, 86(3), 499-512.
- De Vente, W., Olf M., Van Amsterdam J.G.C., Kamphuis, J.H. et Emmelkamp, P.M.G. (2003), « Physiological differences between burnout patients and healthy controls : blood pressure, heart rate, and cortisol responses », in *Occupational and environmental medicine* 60 (suppl1), i54-61.
- Duran-Whitney, M. (2004), *Understanding occupational stress and mental health in aspiring small business owners*, Thèse de doctorat, California School of Professional Psychology, Alameda, CA.
- Gartner, W.B. (1988), « Who is an entrepreneur ? Is the wrong question », in *American journal of small business*, 13(1), 11-22.
- Grant, S. et Ferris, K. (2009), « Measuring stress in entrepreneurs : are existing occupational stress scales relevant ? », AGSE, 927-939.
- Gumpert, D.E., et Boyd, D.P. (1984), « The loneliness of the small-business owner », in *Harvard business review*, 62(6), 18-24.
- Gunnarsson, K., Vingård, E. et Josephson, M. (2007), « Self related and working conditions of small scale enterprises in Sweeden », in *Industrial health*, 45(6), 775-780.
- Hobfoll, S. (1989), « Conservation of resources : a new attempt at conceptualising stress », in *American psychologist*, 44(3), 513-524.
- Kahill, S. (1988), « Symptoms of professional burnout : a review of the empirical evidence. », in *Canadian psychology*, 29(3), 284-297.
- Karasek R.A (1979), « Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign », in *Administrative science quarterly*, 24, 285-308.
- Maslach C., Jackson S.E. et Leiter M.P. (1996), *Maslach burnout inventory manual*, (3rd ed), Palo Alto, CA, Consulting psychologists press.
- Massey, C., Harris, C. et Lewis, K. (2004), « Death, divorce and disease : Personal life events and business life-cycle. », *RENT XVIII conference*, Copenhagen, Novembre.
- Melamed S., Ugarten U., Shirom A., Kahana L., Lerman Y., et Froom P. (1999), « Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels », in *Journal of psychosomatic research* 46 (6), 591-598.
- Parslow R.A., Jorm A.F., Christensen H., Rodgers B., Strazdins L. et D'Souza R.M. (2004), « The association between work stress and mental health : a comparison of organizationally employed and self-employed workers », in *Work and stress* 18 (3), 231-244.
- Rahim A. (1996), « Stress, strain, and their moderators : an empirical comparison of entrepreneurs and managers », in *Journal of small business management* 34 (1), 46-58.
- Shirom A., Westman M., Shamai O. et Carel R.S. (1997), « The effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerides levels : the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees », in *Journal of occupational health psychology* 2 (4), 275-288.
- Torrès O. (2012), *La santé du dirigeant : de la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salutaire*, Bruxelles, De Boek.
- Torrès O. et Lechat T. (2012), « L'échelle des événements de vie de l'activité entrepreneuriale », in O. Torrès eds. *La santé du dirigeant : de la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salutaire*, Bruxelles, De Boek.
- Wincent J. et Ortqvist D. (2009), « A comprehensive model of entrepreneur role stress, antecedents and consequences », in *Journal of business and psychology* 24 (2), 225-24.

## La prise en compte des risques psychosociaux par les encadrants : le métier comme repère des ressources psychosociales

La prévention de la santé au travail est devenue une des préoccupations majeures pour les directions d'entreprise comme pour les intervenants en risques psychosociaux. Le lien entre l'organisation du travail, le bien-être des salariés et la performance des entreprises n'est plus à démontrer. La prise de conscience que des situations de travail peuvent affecter la santé mentale des professionnels est acquise. Aujourd'hui, onze ans après l'article de loi obligeant l'employeur à préserver la santé physique et mentale des salariés (Article L. 4121-1), la question se pose du « comment » intervenir pour prévenir les risques psychosociaux, facteurs de dégradation de la santé au travail.

Aborder la notion de risques psychosociaux oblige à l'inscrire dans un contexte socioéconomique.

Depuis les années 1990, les chercheurs alertent sur les évolutions du monde du travail : l'augmentation des tensions relationnelles que ce soit en interne entre collègues ou en externe avec une augmentation de salariés en lien avec du public, le recours massif aux nouvelles technologies rendant poreuse la frontière entre la vie professionnelle et la vie personnelle, la baisse significative des emplois avec, en parallèle, l'intensification du travail, l'augmentation de la flexibilité et la perte des repères liés aux pratiques d'un métier, le délitement des collectifs de travail. (Davezies, 1997 ; Dejours, 1980 ; Molinier, 2006 ; Volkoff, 2005 ; Castel, 2009). La liste est longue et non exhaustive.

Plusieurs études démontrent également l'augmentation significative des pathologies affectant la santé psychologique des salariés (Courtet, Gollac, 2012).

Au fil de ces années, la législation française s'est emparée de cette problématique. Outre l'obligation de prévention de la santé mentale au travail, en 2002, une loi interdit le harcèlement moral (Article L. 1152-1). Des accords nationaux ont été signés : en 2008 sur le stress et en 2010 sur les violences au travail, dont le harcèlement. Des rapports gouvernementaux ont participé à la sensibilisation des risques psychosociaux. Or, malgré les directives données par ces rapports, ces deux accords et la jurisprudence, il est difficile pour une entreprise de s'engager dans des plans d'action de prévention. Nombreuses sont celles qui se sont engagées dans des diagnostics avec plus ou moins de réussites dans la démarche : soit celle-ci n'est pas suivie d'actions (ce qui est particulièrement démotivant pour l'ensemble des acteurs de l'entreprise), soit le plan d'action ne répond pas aux attentes qu'il a pu motiver.

Aujourd'hui, alors que la phase de sensibilisation semble acquise dans la plupart des entreprises et que les connaissances sur le sujet se précisent, « la conjugaison de l'action et de la connaissance reste un problème dans nos domaines » d'intervention (Clot, 2008, p.31).

Pourtant, un consensus semble s'établir depuis quelques années : les encadrants sont au cœur de la prévention des risques psychosociaux et, à ce titre, sont acteurs de la santé au travail.

Rares sont les plans d'actions d'entreprise qui ne prévoient pas une formation de leur ligne managériale sur ce thème. Les rapports gouvernementaux rappellent le rôle central des managers (Dabb, 2008). Sur les dix préconisations du rapport Lachmann, Larose et Pénicaut (2010, p.5), deux concernent directement les encadrants : « La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas. Les managers de proximité sont les premiers acteurs de la santé. », « Préparer et former les managers au rôle de

manager. Affirmer et concrétiser la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes et des hommes. ».

Or, Journoud et Pezé (2011) émettent des doutes à la fois sur le rôle central donné aux encadrants dans la prévention de la santé au travail : « tout n'appartient pas à l'encadrant » et sur la qualité très variable des formations qui doivent permettre aux managers d'acquiescer ces compétences. Dans ce contexte, ce rôle « attendu » est encore très flou.

Pour nous, « encadrer » peut être défini comme l'activité consistant à créer et maintenir un cadre de travail pour une équipe de collaborateurs. Lorsque nous utilisons le terme de « cadre », nous ne faisons pas référence au statut tel qu'il est défini en France (Boltanski, 1982), mais à la fonction qui consiste à encadrer (Sarnin, Debard, 2008). Or, de nombreuses contraintes pèsent sur les encadrants en matière de prévention de la santé de leurs équipes. Plusieurs auteurs mettent l'accent sur les limites rencontrées par les encadrants dans l'exercice de leur fonction d'animation d'équipes. Leurs marges de manœuvre semblent fortement affectées par une augmentation d'activités qui les éloignent de leurs équipes (Detchessahar, 2011). De plus, la notion de risques psychosociaux et leurs impacts sur la santé psychologique des salariés semblent réinterroger le métier d'encadrant et faire bouger le « cadre » de référence de leur activité. Elle redessine les contours de leurs missions auprès de leurs équipes et instaure de nouvelles exigences. Lors de nos formations auprès de ce public, nous constatons également qu'elle fragilise leur posture managériale. Les modes de régulation des tensions dans l'équipe sont questionnés. Par exemple, en début de session de formation, une majorité d'encadrants nous interroge sur les limites du « harcèlement » : « Lorsque je demande plusieurs fois la même consigne à un salarié, est-ce que je le harcèle ? » Nous posons l'hypothèse que la question de la prévention de la santé au travail peut être source de déstabilisation de la posture managériale, mais qu'elle constitue, dans le même temps, la possibilité d'interroger les ressources et les contraintes qui permettent à un encadrant de favoriser le bien-être de son équipe.

Cette question est le premier pas de notre cheminement vers une intervention qui permettrait aux encadrants d'acquiescer des compétences pour répondre, à leur niveau, à l'exigence juridique de préserver la santé des salariés et à la volonté des entreprises de concilier bien-être au travail et performance. Mais avant d'aborder les leviers d'actions proposés par les chercheurs, nous avons à définir notre objectif.

### Santé et pathologies au travail

La définition de la santé au travail n'est pas simple. Elle s'appuie sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui parle d'un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement d'une absence de maladie ou d'infirmité. Depuis 1946, l'OMS n'a pas modifié cette approche que certains auteurs ont complétée. Danna et Griffin (1999) notent que le bien-être comporte une dimension subjective de satisfaction et d'engagement en plus de la dimension de santé physique, mentale et sociale. Dans le courant de la psychologie positive et dans le contexte du travail, le bien-être se définit comme étant la satisfaction des trois besoins fondamentaux de compétence, d'autonomie et d'affiliation sociale (Deci & Ryan, 1995).

Les liens entre le travail et la santé psychique sont étudiés depuis plusieurs décennies. La psychopathologie « étudie les mécanismes psychiques mis en oeuvre individuellement et collectivement par les sujets au travail » (Lhuillier, 2009, p.85). Cet auteur catégorise les différentes pathologies rencontrées en les mettant en lien avec les changements organisationnels du travail. Ainsi, trois types de pathologies sont repérés :

- Les pathologies de l'activité « emballée » ou empêchée ;
- Les pathologies de la solitude et l'équivocité du travail ;
- Les pathologies de la maltraitance et de la violence.

Les pathologies de l'activité « emballée » se signalent par des pathologies de surcharge que nous pouvons mettre en lien avec la notion de stress. Ce dernier se définit comme « un état survenant lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. ». L'activité « empêchée » correspond, selon Lhuillier à « la répression du mouvement et de la mobilisation psychique par le non-travail forcé » (ibid, p.87). Cette notion a été approfondie par Clot (2010). Pour cet auteur, l'activité se distingue de la tâche : « Le travail ne peut être confondu avec la tâche prescrite que par naïveté sociale. Ce qu'accomplit réellement le sujet ne correspond jamais exactement à ce qu'il est censé exécuter : il fait autrement que prévu, il redéfinit la tâche qui lui est assignée – même paradoxalement parfois au prix de sa santé – pour arriver à se reconnaître dans ce qu'il fait. (...) C'est cette activité « exposée », jamais prédictible, jamais garantie d'avance, mais aussi jamais complètement annulée, qui est le siège des liaisons et déliaisons possibles ou impossibles entre santé et travail. » (ibid, 2010, p.42).

En ce qui concerne les pathologies de la solitude et l'équivocité du travail, Lhuillier (ibid) en attribue l'origine à une individualisation accrue des méthodes de gestion des ressources humaines. Ces pathologies s'ancrent dans la complexité à arbitrer face aux décisions qu'impose le travail. Or, il semble que le salarié soit de plus en plus seul pour arbitrer, décider sur le « faire » et le « comment » faire. (Davezies, 1993). Le soutien social peut faire défaut. Et les encadrants, de plus en plus éloignés de la réalité du travail, vont rencontrer des difficultés pour reconnaître le travail réel et connaître des problèmes dans le cadre des évaluations (Detchessahar, 2012). L'évaluation du travail portant de plus en plus sur des critères de qualité déconnectés du réel du travail, les professionnels ont parfois le sentiment de faire du « sale boulot » (Lhuillier, 2005) jusqu'à développer une honte qui peut renforcer l'isolement et le silence.

Les pathologies de la maltraitance et de la violence sont les conséquences des situations citées précédemment. Dans les entreprises, ces situations de violences (ou de conflits aggravés) vis-à-vis de l'entourage professionnel (client ou collègue) sont le plus souvent analysées sous l'angle d'une « pathologie » personnelle. Or, lorsque ces situations se présentent, il serait intéressant d'interroger la qualité du lien social. Ces pathologies sont les conséquences post-traumatiques de situations de violences au travail : les violences externes (Debout, 1999), le harcèlement (Lhuillier, 2002), la

placardisation (Muller & Grima, 2012). Ces différentes situations démontrent la défaillance des cadres contenant et des modes de régulation dans l'entreprise et les organisations.

A notre connaissance, aucune étude n'interroge les situations les plus rencontrées par les managers en termes de risques psychosociaux. Nous avons interrogé 180 encadrants à l'aide d'un questionnaire. En ce qui concerne les violences externes, 51,1% ont déclaré avoir eu à gérer des plaintes de collaborateurs concernant les violences verbales de la part de clients. Les situations de violences internes sont nombreuses : 49,5% signalent s'être fait fortement agresser verbalement par un collaborateur au cours de leur vie managériale ; 46,6% des encadrants interrogés ont dû faire face à une équipe hostile lors de leur arrivée ; 15% ont été accusés au moins une fois de harcèlement par un membre de leur équipe. Faire face au stress d'un collaborateur est également fréquent puisque 47,8% ont vu un membre de leur équipe perdre son efficacité professionnelle alors qu'il était compétent ; 5% ont dû faire face à un collaborateur qui menaçait de se suicider. Notre échantillon est composé essentiellement de managers de proximité. Ils sont à 84,4% issus du secteur de la restauration collective et 20% du secteur tertiaire. Sans être représentatif de l'ensemble des encadrants, cet échantillon nous donne l'ampleur du nombre de situations fortement émotionnelles que rencontre un manager dans la gestion de son équipe.

Alors, quels sont les leviers d'action proposés aux encadrants pour favoriser le bien-être au travail de leurs équipes, issus de la psychologie du travail et des organisations ?

## Les leviers d'action d'un encadrant pour favoriser le bien-être de son équipe

Le courant de la psychodynamique du travail, à la suite des ergonomes, insiste sur le caractère énigmatique du travail. Celui-ci est toujours plus que sa prescription. « Travailler implique de sortir du discours pour se confronter avec le monde » (Davezies, 1993, p.4). Pour s'accomplir, le travail mobilise notre intelligence rusée, cette « Métis » repérée par les Grecs. Utiliser sa « Métis » entraîne une forte mobilisation psychique puisque son processus va conduire le sujet travaillant à restructurer non seulement son expérience, mais aussi « la validité de son savoir, la légitimité des règles auxquelles il se plie et l'authenticité de son propre engagement. » (Davezies, ibid, p.8). La psychodynamique du travail insiste sur la prise en compte (et en main) du travail réel comme constructeur de notre santé au travail ; toutefois, n'oublions pas que, pour se déployer, le travail réel doit s'appuyer sur le travail prescrit.

L'organisation concrète du travail et les moyens de le réaliser. C'est à partir de ce cadre imposé que le professionnel va pouvoir mettre en œuvre un « processus de subversion auquel le sujet est convoqué et à travers lequel il peut construire sa santé. » (ibid, p.12).

Les études sur le stress au travail donnent également des pistes d'action pour préserver sa santé et le bien-être au travail. Les travaux de Karasek et Theorell (1990) ont mis en évidence des « facteurs de protection » malgré une intensité de la charge de travail. Le premier concerne la marge d'autonomie. Le second insiste sur le soutien social et technique nécessaire pour faire face aux situations « qui ne

vont pas de soi ». La notion d'autonomie est complétée par celle du pouvoir d'agir développé en clinique de l'activité. Les travaux de Clot (2008) insistent sur la nécessité de créer des espaces de dialogue, de « disputes » sur le travail afin d'imaginer individuellement et collectivement ses modes de résolution. Ces espaces formels et informels permettent aux professionnels de développer leurs règles de métier, ressources psychosociales face à la conflictualité du travail.

Les travaux de Caroly (2002, 2010) nous donnent également des pistes d'action pour réguler les tensions dans une équipe. Elle montre l'importance des attitudes des encadrants dans la capacité d'agir des collectifs de travail. En effet, son étude auprès de deux bureaux de poste, montre que l'enfermement dans les prescriptions ne favorise pas le développement de cette fonction de régulation. Prescrire le travail ne suffit pas, l'encadrant doit favoriser des espaces de discussion sur le réel du travail. Etre manager aujourd'hui, c'est peut-être avoir cette souplesse d'être là, présent et absent à la fois. Linhart (2004) parle de mouvement paradoxal de l'engagement et du désengagement du manager. Elle parle d'une position de « contempl'acteur » : l'encadrant se doit d'être présent pour être garant d'un cadre tout en laissant suffisamment de marge de manœuvre à son équipe pour qu'elle puisse construire ses règles de métier.

Ainsi, l'attitude de l'encadrant va favoriser, ou pas, l'intelligence collective à résoudre les difficultés qui se présentent. Favoriser le pouvoir d'agir d'un collectif de travail tout en étant capable d'arbitrer semble particulièrement pertinent pour un encadrant qui souhaite être acteur dans la prévention de la santé au travail et du bien-être de son équipe. Même si peu d'auteurs français posent la question des aptitudes personnelles nécessaires à un encadrant (sauf sur le versant normatif), les travaux d'Estelle Morin (2007) concernant l'intelligence émotionnelle (ou relationnelle) nous semblent intéressants pour aborder les ressources personnelles d'un encadrant. Les collaborateurs d'encadrants doués d'intelligence émotionnelle « se sentent bien et engagés dans leur travail. Ils ont le goût de se dépasser et de donner leur plein rendement. Par contre, lorsqu'ils travaillent avec une personne qui présente les caractéristiques opposées, ils se sentent mal et prêts à changer d'emploi dès que possible, ils trouvent le temps long, mais ils donnent quand même la performance attendue pour éviter de subir des sanctions. Bref, il semble que le fait de travailler avec des personnes qui ont des compétences émotionnelles ait des effets positifs sur le bien-être psychologique et l'engagement. » (ibid, 2007, p.181).

Ainsi, ces courants apportent des pistes d'action pour les encadrants : prescrire et organiser le travail, développer le soutien social et technique, réguler les tensions, développer des compétences relationnelles, tout en sachant prendre une posture de « contempl'acteur ».

## Un concept opérant : l'architecture du métier

Après cette étude, non exhaustive, des leviers d'action cités par la littérature, nous pouvons nous interroger sur le « comment » permettre à un encadrant d'acquérir ces différentes ressources afin d'être acteur de la santé au travail et du bien-être de son équipe ? Clot (2008) nous propose un concept : l'architecture métier qui

semble être opérant à deux titres. D'abord comme grille de lecture pour repérer les ressources psychosociales à développer pour un encadrant (et dans une équipe, mais nous répondrons ici uniquement à la question initiale de permettre à un manager de développer des compétences pour être acteur de la santé au travail) ; mais également pour construire un processus d'intervention/action permettant à un encadrant de construire des compétences dans l'action et l'expérience.

Déjà, en 2006, Clot abordait ce concept : « Le métier, c'est développer le pouvoir d'agir des professionnels sur l'architecture d'ensemble de leur métier » (Clot, 2006, p.168). Le concept de « métier » déplace notre regard sur différentes notions liées aux risques psychosociaux.

Ainsi, la reconnaissance n'est plus seulement affaire individuelle lorsqu'elle devient une reconnaissance du métier. La notion de la qualité du travail, placée dans le métier, prend de la noblesse : nous sortons des critères quantitatifs pour interroger la technique, l'éthique et la beauté du travail bien fait.

« Reste à comprendre en quoi un concept psychologique de métier peut se révéler utile. » (Clot, 2008, p. 251). L'architecture métier proposée par Clot se compose de 4 instances :

### ■ L'instance Impersonnelle

Elle est la tâche, le travail prescrit, les moyens concrets donnés par l'organisation. « Le métier est impersonnel en tant que produit social de l'organisation du travail qui fixe les tâches les missions, attribue les moyens pour les réaliser, évalue les résultats. Le métier est conçu pour tous, indépendamment des caractéristiques de chaque salarié » (Miossec, Donnay, Pelletier, Zittoun, 2011). Le rôle de l'encadrant est de poser ce cadre organisationnel.

### ■ L'instance Interpersonnelle

Cette instance correspond au déploiement du travail réel. Pour que cette instance soit vivante, l'encadrant doit acquérir des outils pour favoriser la coopération au travail de ses équipes, permettre le déploiement de l'intelligence rusée des situations tout en offrant suffisamment d'autonomie, reconnaître le travail accompli et entendre l'activité empêchée qui fait mal au professionnel qui souhaite faire du « bon » travail.

### ■ L'instance Personnelle

Clot intègre dans cette instance le « style » personnel qui comprend notre mode de fonctionnement professionnel, mais aussi notre expérience, notre formation, notre rapport sensible au travail. Pour un encadrant, aborder sa fonction de manager en connaissant son propre style, ses atouts et points de vigilance dans l'accompagnement d'une équipe semble un préalable à son intégration dans son « métier ». Acquérir cette capacité réflexive qui le maintiendra en alerte sur les conséquences de ses actions et prises de décision lui permettra de développer ses compétences émotionnelles et relationnelles.

### ■ L'instance Transpersonnelle

Cette instance est difficile à définir. Clot la définit comme « l'attendu du sous-entendu ». Elle correspond à l'histoire d'un milieu professionnel, la culture, la mémoire. « C'est elle qui donne le ton et, tel un diapason générique, signale que le travail collectif

en cours est celui d'un collectif de travail inscrit dans une histoire et capable d'orchestrer l'activité. » (Clot, 2008, p.259). Pour un encadrant, elle définit sa place de « contempl'acteur » citée plus haut.

En donnant le ton, cette instance nous parle du sens du travail. Alors que les autres instances interrogeaient le comment un encadrant peut favoriser le bien-être au travail, cette dimension interpelle sur le pourquoi. Il peut être intéressant, à la lumière de cette instance, de réfléchir à l'échec des politiques de prévention en santé au travail mises en place dans les entreprises. En effet, nous nous sommes interrogés sur la richesse des leviers d'action mis en évidence dans la littérature et leur non-application sur le terrain. Nous pouvons par exemple citer le principe de subsidiarité proposé par Petit et al. (2011). En effet, développer le pouvoir d'agir au sein d'une entreprise est un levier de prévention de la santé au travail. Or, celui-ci nécessite que la « culture » de l'entreprise accepte d'entendre les préconisations d'action sur le travail issu d'échelons inférieurs. Selon le « transpersonnel » de l'entreprise, il peut être sous-entendu que la parole d'un exécutant n'a pas de valeur. Nous supposons donc que certaines organisations auront des difficultés à accepter de remettre en question ses « croyances ».

Ces quatre dimensions forment une boussole pour repérer le développement des ressources psychosociales liées à chaque instance. Toutefois, il faut imaginer cette architecture métier en dynamique : « C'est en mouvement qu'un métier montre ce qu'il est. Et c'est lorsque ce mouvement est empêché ou contrarié que le travail devient un risque pour la santé. Tout est lié. Ou, du moins, devrait l'être pour que l'énergie psychique indispensable à la vitalité professionnelle ne se dissipe pas autant dans les milieux de travail. » (Clot, 2008, p.258).

Gaubert rajoute : « Au regard de cette conception interactionniste, le développement du métier ou sa régression dépendra de la qualité

des interactions entre les différentes composantes du métier ou de leurs grippages. » (2012, p191). Ainsi, pour un encadrant acteur de la santé au travail, rien n'est jamais acquis. Il aura à être vigilant à maintenir vivant le métier de ses équipes. Et si le métier du manager était de développer le métier de ses équipes ?

## Conclusion

L'architecture du métier peut également constituer une boussole pour penser une intervention/action qui permettrait de construire un parcours formatif pour des encadrants.

Suite à la restructuration d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), nous accompagnons des cadres de santé et techniques à développer des compétences pour être acteur de la santé au travail. Cette réorganisation bouscule les métiers des soignants. Un accompagnement se fait au niveau des équipes pour mettre en discussion les tensions liées au changement de métier et développer leur capacité à être acteur dans le changement, sur leur travail. Parallèlement, l'accompagnement des encadrants interroge les quatre instances du métier et vise à connaître et comprendre leur mode de fonctionnement professionnel (instance Personnelle), décrire leurs activités et mettre en discussion avec leurs directions les attendus de leur fonction vis-à-vis de leur équipe (instance Impersonnelle), acquérir des outils favorisant la créativité de leur équipe et développer le principe de subsidiarité (instance Interpersonnelle) et à mettre du sens et rendre visible le sens de leur métier d'encadrant au sein d'un EHPAD.

Annie Debard



Psychologue du travail et des organisations,  
Consultante, Laboratoire GREPs,  
Université de Lyon

## Accord santé, sécurité et conditions de travail du personnel du régime général

Un protocole d'accord relatif à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail des personnels général de sécurité sociale a été signé, le 16 novembre 2012, par l'UCANSS et les deux organisations affiliées à CFE-CGC. Cet accord est conclu pour une durée indéterminée et a été agréé par la tutelle, le 19 février 2013.

Il s'articule autour de trois parties :

- La première rappelle les principes généraux de prévention concernant une politique de santé et de sécurité au travail ;
- La seconde détermine les engagements et responsabilités des différents acteurs intervenant dans ce domaine ;
- Enfin, la dernière identifie des leviers d'actions, relevant de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire, à mettre en œuvre pour développer une politique de santé et de sécurité au travail dans les organismes de Sécurité sociale.

Source :

[http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceUcanss/services/textes\\_documents/textesdoc\\_index.htm](http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceUcanss/services/textes_documents/textesdoc_index.htm)

## « Faire reconnaître un suicide comme accident du travail »

François Daniellou, Professeur d'ergonomie à l'Institut polytechnique de Bordeaux, a rédigé un guide pratique sur le complexe processus de qualification d'un suicide en accident du travail.

Disponible en téléchargement sur le site [www.souffrance-au-travail.com](http://www.souffrance-au-travail.com), cet outil propose une série de points de repères pour aider les ayants droit à approcher les acteurs et les professionnels (CHSCT, représentants du personnel, employeur, assurance maladie, médecin du travail, inspecteur du travail, police et gendarmerie, etc.) susceptibles d'être rencontrés au cours de la démarche. Il précise également les étapes des procédures de Sécurité sociale, les moyens d'assurer des ressources financières immédiates, le recueil d'informations médicales, la constitution du dossier ou encore la procédure pénale.

Sont annexées au guide, différentes pistes de réflexion sur les facteurs professionnels du suicide, l'éventuel événement déclencheur ou encore des informations sur le certificat médical.

## Références bibliographiques

- Boltanski L. (1982), *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Les éditions de Minuit.
- Caroly S. (2002), « Différences de gestion collective des situations critiques dans les activités de service selon deux types d'organisations du travail », in *Pistes*, Vol. 4 (1), 1-24.
- Castel R. (2009), *La montée des incertitudes*, France, Seuil/La couleur des idées.
- Clot Y. (1999), *La fonction psychologique du travail*, France, PUF, Le travail humain.
- Clot Y. (2006), « Clinique du travail et clinique de l'activité », in *Nouvelle Revue de psychosociologie* 1, 165-177.
- Clot Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, France, PUF, Le travail humain.
- Clot Y. (2010), *Le travail à coeur*, France, Editions La Découverte.
- Courtet C. & Gollac M. (2012), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte.
- Dab W. (2008), « Rapport sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail », *Avec l'appui de la Direction générale du travail et de l'Institut national de recherche et de sécurité*.
- Davezies P. (1993), « Éléments de psychodynamique du travail », in *Education permanente* 116, 33-46.
- Davezies P. (2001), « Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social », in *Performances, stratégies et facteur humain* 1, 4-7.
- Davezies P. (2004), « Les impasses du harcèlement moral », in *Travailler*, 11, 83-90.
- Debout M. (1999), « Travail, violences et environnement », in *Rapport du Conseil Economique et Social*.
- Dejours C. (2000), *Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail*, France, Bayard.
- Detchessahar M. (2011), « Management et santé », in *Revue française de gestion* 214, 65-68.
- Detchessahar M. (2012), « Santé au travail, l'enjeu du management », in Courtet C. & Gollac M. *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 233-247.
- Gaubert T. (2012), « Activités et développement », in Bobillier-Chaumon M.E. & Sarnin P. (dir.), *Manuel de psychologie du travail et des organisations*, France, De Boeck, 183-198.
- Journoud J. & Pezé S. (2011), « La formation des managers à la prévention des risques psychosociaux est-elle sur la bonne voie ? », *Journée de la recherche du L@rem*, Evry, France.
- Karasek R. & Theorell T. (1990), *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books.
- Lachmann H. & Larose C. (2010), « Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », *Rapport fait à la demande du Premier ministre*.
- Linhart D. (2004), *La modernisation des entreprises*, Paris, La Découverte, nouvelle édition.
- Lhuilier D. (2002), *Placardisés. Des exclus dans l'entreprise*, Paris, Le Seuil.
- Lhuilier D. (2006), « Cliniques du travail », in *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1, 179-193.
- Miossec Y. & Donnay C. & Pelletier M. & Zittoun M. (2011), « Le développement du métier : une autre voie de prévention des risques psychosociaux ? L'exemple d'une coopération entre médecins et psychologues du travail », in *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10, 195-208.
- Molinier P. (2006), *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Payot.
- Morin E. & Aubé C. (2007), *Psychologie et management*, Montréal, Chenelière Education, 2<sup>ème</sup> édition.
- Muller R. (2005), « La fonction de tiers et ses représentants dans le conflit interpersonnel ». *Thèse soutenue à l'Ecole des Hautes Etudes Commerciales*, Jouy-en-Josas.
- Petit J. et al. (2011), « L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques », in *Le travail humain*, Vol. 74, p.391-409.
- Sarnin P. & Debard A. (2008), « Sensibilisation et formation des encadrants », in Y. Grasset, & M. Debout (dir.), *Risques psychosociaux au travail : vraies questions et bonnes réponses*. Paris, Editions Liaisons, 225-234.
- Siegrist J. (1996), « Adverse health effects of high-effort low-reward conditions », in *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41, Vosko L. (dir.) (2006).
- Volkoff S. (2005), *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*, Toulouse, Octarès.

## Prévention de la pénibilité au travail et risques psychosociaux : de la nécessité d'une approche globale

Le présent article a pour objectif d'apprécier les liens existants entre pénibilité au travail et risques psychosociaux. Plus spécifiquement, il vise à questionner la pertinence d'aborder ces deux notions de façon dissociées. Après avoir interrogé le terme même de « pénibilité », ses multiples usages et ses rapprochements sémantiques avec des éléments communément affiliés aux facteurs de « risques psychosociaux », nous aborderons les liens effectifs qui existent entre les caractéristiques organisationnelles, cognitives et sociales du travail et la prévention de la pénibilité.

### Qu'est-ce que la « pénibilité » ?

#### *La pénibilité comme vécu subjectif*

Le terme « pénibilité » n'est pas ancien. Il est pour la première fois employé en 1952 dans le journal *Le Monde* par A. Dauzat, critiquant la tendance à transformer les adjectifs en substantif. Faisant référence au « caractère de ce qui est pénible », il est construit à partir de l'adjectif « pénible », du latin *poena* et du grec *poinë* (châtiment) et désigne une action « qui se fait avec difficulté, fatigue, souffrance », « qui cause une peine morale, qui afflige » ou encore, dans un langage plus familier, « qui se dit d'une personne désagréable, difficile à supporter » (Jeuge-Maynard, Karoubi, & Haboury, 2009, p.758).

La notion de pénibilité est aujourd'hui fréquemment employée dans les publications relatives à la santé au travail. Elle y fait généralement référence à :

1. la pénibilité physique, définie par des critères objectifs d'exposition.
2. l'appréciation subjective de cette pénibilité physique, à la vue notamment de l'état de santé initial du salarié.
3. la pénibilité psychique ou mentale.

A titre d'exemple, le rapport n°910 remis le 27 mai 2008 par J.F. Poisson à l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission sur la pénibilité au travail évoque la « pénibilité physique », la « pénibilité psychique ou mentale », la « pénibilité relationnelle » ainsi que la « pénibilité subjective ou vécue ».

La pénibilité recouvre donc un large champ : celui d'une situation jugée comme éprouvante.

Elle intègre de ce fait l'expérience du travail tout entière et le vécu subjectif des conditions (matérielles, opératoires, contractuelles et relationnelles) dans lesquelles il est réalisé.

Pénibilité du travail et risques psychosociaux sont donc à première vue indissociables. Pour certain, parler de « pénibilité du travail » peut même se rapprocher du pléonasmisme, dans la mesure où le mot « travail » provient du latin *tripalium*, un instrument de torture à trois pieux, et qu'il a pendant longtemps été utilisé pour désigner une personne qui souffre (encore aujourd'hui, il est par ailleurs employé dans le domaine de l'obstétrique).

#### *La pénibilité comme exposition objectivable*

Ce sont les réformes des retraites de 2003<sup>1</sup> puis de 2010<sup>2</sup>, qui introduisent largement dans l'espace public la notion de « pénibilité

au travail<sup>3</sup> » par le biais de mesures relatives à sa prise en compte dans les parcours professionnels, qu'il s'agisse de son suivi, de sa prévention ou de sa compensation. Le nouvel article L. 4121-3-1 du Code du travail relatif aux obligations de l'employeur prévoit ainsi que ce dernier assure le suivi de « chaque travailleur exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels déterminés par décret et liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur sa santé » et dont la liste est fixée par l'article D. 4121-5 du Code du travail<sup>4</sup>, à savoir :

- «1. Au titre des contraintes physiques marquées :
  - a) Les manutentions manuelles de charges définies à l'article R. 4541-2 ;
  - b) Les postures pénibles définies comme positions forcées des articulations ;
  - c) Les vibrations mécaniques mentionnées à l'article R. 4441-1 ;
2. Au titre de l'environnement physique agressif :
  - a) Les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R. 4412-3 et R. 4412-60, y compris les poussières et les fumées ;
  - b) Les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R. 4461-1 ;
  - c) Les températures extrêmes ;
  - d) Le bruit mentionné à l'article R. 4431-1 ;
3. Au titre de certains rythmes de travail :
  - a) Le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L. 3122-29 à L. 3122-31 ;
  - b) Le travail en équipes successives alternantes ;
  - c) Le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini. ».

Au titre du nouvel article L. 138-29 du Code de la sécurité sociale<sup>5</sup>, cette liste concourt à un premier objectif de diagnostic et de prévention, à travers l'obligation d'être couvert par un accord ou un plan d'action relatif à la prévention de la pénibilité<sup>6</sup>. Cette liste concourt à un second objectif de compensation des parcours pénibles puisqu'elle permet d'évaluer le droit pour un salarié ayant un taux d'incapacité permanent de 10% de partir à la retraite dès 60 ans s'il parvient à prouver une exposition de 17 ans à au moins un de ces facteurs de risques professionnels.

<sup>1</sup>LOI n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites

<sup>2</sup>LOI n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites

<sup>3</sup>Au travers de cette dénomination, remarquons par ailleurs que le législateur a fait le choix d'utiliser l'expression « pénibilité au travail » (et non « pénibilité du travail »), induisant donc que le travail n'est pas pénible en soi, mais qu'il existe, lors de l'exercice de ce dernier, un certain nombre de facteurs pouvant être définis comme pénibles.

<sup>4</sup>Créé par le décret n°2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels

<sup>5</sup>Créé par le décret n°2011-824 du 7 juillet 2011 relatif aux accords conclus en faveur de la prévention de la pénibilité

<sup>6</sup>Comme le prévoit l'article D.138-26 du Code de la sécurité sociale, cette disposition concerne toutes les entreprises de plus de 50 employés et dont plus de 50% de l'effectif est exposé à des facteurs de risques professionnels

La pénibilité n'est toutefois jamais définie par les textes légaux et réglementaires. Ses contours ne sont dessinés qu'au travers des mesures que nous venons d'évoquer. Pourtant, cette dernière est couramment réduite à l'article L. 4121-3-1 du Code du travail relatif au suivi de l'exposition. Elle devient ainsi une façon de désigner les conséquences d'une exposition durable aux facteurs de risques professionnels listés par l'article D. 4121-5 du Code du travail.

## *Confusion lexicale et difficultés d'appropriation*

Malgré cette assimilation fréquente, deux distinctions fondamentales existent entre la définition courante de la pénibilité (une situation jugée comme éprouvante) et le contour qui lui est donné par l'article L. 4121-3-1 :

1. Les facteurs de risques professionnels relatifs à la prévention de la pénibilité ne concernent que des conditions objectives de travail, indépendamment de l'individu qui y est confronté, de son état de santé initial ou de sa subjectivité.
2. La pénibilité n'est appréhendée dans les textes qu'au travers des répercussions quantifiables (par le taux d'invalidité qui en résulte) sur le long terme, au détriment de la situation qui la provoque.

Ainsi, les obligations légales relatives à la pénibilité au travail semblent davantage faire référence à l'« usure physique et physiologique » provoquée par l'exposition prolongée à des facteurs objectifs et spécifiques de maladies professionnelles qu'à la signification usuellement attribuée au terme « pénibilité ». Insister sur cette confusion n'aurait qu'un intérêt restreint si cette dernière était exempte de répercussions sur le terrain. Lors de rencontres avec les entreprises, des difficultés ont en effet été évoquées concernant l'utilisation du terme « pénibilité » et l'incompréhension de certains salariés à qui l'on affirmait que leur travail n'était pas « pénible » alors qu'ils le ressentaient comme tel.

En utilisant un terme fondamentalement subjectif pour désigner les conséquences d'une exposition objective à des critères spécifiques, cet écart vient, d'une certaine façon, dérober la réalité qu'il désigne : un travail qui n'est pas soumis aux facteurs de risques professionnels prévus par l'article D. 4121-5 n'est *plus* un travail pénible. Le ressenti même de l'individu s'en trouve ainsi nié.

En somme, même si l'obligation légale de prévenir la pénibilité ne concerne que certaines expositions objectives et quantifiables, elles ne sont pas les seules à pouvoir être qualifiées de « pénibles ». D'autres caractéristiques du travail le sont : c'est précisément le cas de ses caractéristiques organisationnelles, cognitives et sociales à l'origine des risques psychosociaux.

## *Vers une prise en compte des facteurs organisationnels et psychosociaux dans la prévention de la pénibilité au travail*

### *L'impact des facteurs organisationnels et psychosociaux sur l'usure physique*

Nous avons donc montré que les facteurs de risques psychosociaux ont toute leur place dans la notion, plus globale, de pénibilité au travail. Toutefois, en admettant que la pénibilité ne se réfère pas à

une situation jugée comme éprouvante mais, comme le faisait Lasfargues (2005, p.7), à « certaines conditions de travail génératrices d'astreintes tout au long de la vie active, susceptibles d'occasionner des risques différés pour la santé et d'altérer l'espérance de vie sans incapacité », la prise en compte de ces facteurs organisationnels et psychosociaux n'en reste pas moins pertinente, et ce pour trois raisons :

1. Tout d'abord, car de nombreuses études ont montré qu'ils jouaient un rôle majeur dans l'apparition de pathologies physiques telles que les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). Aptel et Cnockaert (2002) indiquent en effet que l'augmentation du tonus musculaire ainsi que la sécrétion de catécholamines, de corticoïdes et de cytokines proinflammatoires provoquées par l'état de stress fragiliseraient l'individu en réduisant ses capacités fonctionnelles.
2. Ensuite, car ils médiatiseraient l'impact des contraintes physiques objectives sur la sensation de pénibilité physique. En effet, « parmi les salariés exposés à des contraintes physiques à t1 (temps 1), ceux qui étaient soumis à un travail répétitif et qui ne pouvaient choisir la façon de procéder dans leur travail avaient respectivement 3, 23 et 2,17 fois plus de risque que ces contraintes physiques soient devenues pénibles cinq ans plus tard (t2, temps 2), alors qu'elles n'étaient pas perçues comme telles auparavant. De même, la possibilité de contrôle sur son propre travail, la présence d'un soutien social et l'absence de répétitivité du travail multiplient quasiment par deux la probabilité qu'une pénibilité physique ressentie à t1 (temps 1) disparaisse dans les cinq ans. (Niezborala, Esquirol, Cadéac-Birman et Marquié, 2010) », (Marquié, 2010, p.107). Cette perception de pénibilité physique affecterait également l'état de santé et la sortie de l'activité professionnelle chez des travailleurs âgés.
3. Enfin, car ils ont un impact direct sur la santé des salariés, comme l'évoque également Lasfargues (2005, p.30) : « les facteurs psychosociaux à l'origine de stress chronique au travail sont liés à un risque pour la santé mentale mais aussi à un risque accru de pathologies de l'appareil moteur et surtout, à plus long terme, de risques coronariens ». A ce titre, la Cour de cassation<sup>7</sup> a récemment reconnu l'impact du stress professionnel dans l'infarctus du myocarde d'un salarié. Elle affirmait ainsi qu'« un employeur ne peut ignorer ou s'affranchir des données médicales afférentes au stress au travail et ses conséquences pour les salariés qui en sont victimes ». De plus, cette dernière ajoutait que « l'obligation de sécurité pesant sur l'employeur ne peut qu'être générale et en conséquence ne peut exclure le cas, non exceptionnel, d'une réaction à la pression ressentie par le salarié. ».

<sup>7</sup>Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 8 novembre 2012, 11-23.855, Inédit.

<sup>8</sup>Étude remise au pôle Travail de la DIRECCTE PACA, UT13 le 14 décembre 2012. Elle concernait uniquement les structures du département des Bouches-du-Rhône qui avaient fait parvenir leurs accords ou plans d'action au service du Dépôt légal en septembre 2012. Au total, 111 documents ont été étudiés.

## L'initiative de certaines structures

Malgré l'absence d'obligation légale, certaines structures ont fait le choix, dans leur accord ou plan d'action relatif à la prévention de la pénibilité, d'intégrer des éléments relevant des risques psychosociaux. Elles représentaient en effet 10% de celles répertoriées lors d'une récente étude (DIRECCTE PACA, UT13 & Colombani, 2012)<sup>8</sup>.

Parmi les critères les plus souvent mentionnés, il était question des « risques psychosociaux » dans leur globalité mais également des « risques d'agression » de la part du public et des « déplacements géographiques ». Dans certains accords ou plans d'action, il était également question d'une forte charge de travail, d'une faible autonomie, d'une pression temporelle importante, d'une attention soutenue, de contraintes psychiques et émotionnelles ou encore d'un contrôle important.

Bien que ces facteurs ne soient que diagnostiqués dans une majorité des cas, ils témoignent d'une prise en compte des facteurs organisationnels et psychosociaux dans la définition de la pénibilité. Plusieurs directeurs des ressources humaines nous avaient ainsi affirmé que ces derniers représentaient « une source de pénibilité comme une autre ».

## Conclusion

Pour conclure, la législation et la jurisprudence insistent aujourd'hui de plus en plus lourdement sur la responsabilité de l'employeur dans la santé mentale des salariés et les effets potentiellement pathogènes de l'organisation du travail et du management. En ce sens, l'obligation d'être couvert par un accord ou un plan d'action relatif à la prévention de la pénibilité représente une formidable opportunité d'échanger autour des facteurs psychosociaux, de leur caractère potentiellement « pénible » et de leurs effets (à court ou à long terme) sur la santé physique et mentale des travailleurs.

Définir des critères objectifs d'exposition à des contraintes psychosociales paraît complexe, voire impossible, mais la pénibilité n'est pas en soi une notion objective. Elle est la rencontre de contraintes physiques, sociales et organisationnelles avec un individu singulier. C'est pourquoi nous souhaitons mettre en garde contre la restriction abusive du terme « pénibilité » et défendre la nécessité d'une approche globale.

**Jean-Sébastien Colombani**



Doctorant contractuel en psychologie du travail,  
Laboratoire GREPS, Institut de Psychologie -  
Université Lumière Lyon 2

## Références bibliographiques

- Aptel, M., & Cnockaert, J.-C. (2002), « Liens entre les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur et le stress », in *BTS Newsletter*, 19-20, 57-63.
- Cadéac-Birman, H., Esquirol, Y., Marquié, J.C. & Niezborala, M. (2010), « Facteurs prédictifs de l'évolution entre 1996 et 2001 de la pénibilité perçue des contraintes physiques parmi les salariés de la cohorte Visat », 31<sup>ème</sup> Congrès national de médecine et santé au travail, Toulouse, 1-4 juin 2010
- Centre d'études de l'emploi (France), & Lasfargues, G. (2005), *Départs en retraite et travaux pénibles : l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé*, Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi.
- DIRECCTE PACA, UT13, & Colombani, J.-S. (2012), *Accords et plans d'action relatifs à la prévention de la pénibilité au travail : premier bilan quantitatif et qualitatif des documents déposés dans le département des Bouches-du-Rhône*, Marseille, DIRECCTE PACA, UT13.
- Jeuge-Maynard, I., Karoubi, L., & Haboury, F. (2009), *Le petit Larousse [2010]*, Paris, Larousse.
- Legifrance. (n.d.). Consulté le 28 mars 2013, sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Marquié, J.-C. (2010), « Environnements capacitants, développement cognitif et possibilité de maintien dans l'emploi », in *Retraite et société*, 59, 105-115.

**Si vous souhaitez recevoir les cahiers des RPS,**

**merci d'en faire la demande à la DIRECCTE**

**auprès de :**

**[valerie.giorgi@direccte.gouv.fr](mailto:valerie.giorgi@direccte.gouv.fr)**

## Fréquence et accessibilité à la prévention des facteurs de risques psychosociaux impliqués dans les inaptitudes des salariés pour souffrance morale au travail

La loi de modernisation sociale de 2002 et la jurisprudence qui en a suivi ont permis de faire de la prévention et de la réparation des conséquences des risques psychosociaux. Pour autant, les médecins du travail sont régulièrement amenés à prononcer des inaptitudes au poste de travail secondaires aux conséquences de la souffrance morale. L'objectif de notre recherche procède d'une démarche réflexive sur les pratiques préventives. Elle consiste à revenir sur ses pas pour remonter en amont, partant des inaptitudes pour décrire l'occurrence (la fréquence) des facteurs de risques psychosociaux qui y sont associés et évaluer leur accessibilité à la prévention.

En d'autres termes: quels sont les facteurs de risques retrouvés dans ces inaptitudes et aurait-il été, en la circonstance, possible de les prévenir ?

Nous proposons : dans un premier temps, d'inscrire notre contribution, dans une réflexion générale sur l'articulation de la pratique avec les modèles théoriques explicatifs du stress au travail et dans un deuxième temps, de présenter la méthodologie et les résultats de notre recherche.

### Théories et pratiques des modèles de risques psychosociaux

Gollac (2010) a proposé, à partir de larges études, une impressionnante cartographie de facteurs de risques psychosociaux [1]. Ces facteurs de risques agissent comme des stressseurs qui, épuisant les mécanismes adaptatifs, provoquent des effets délétères physiques et psychiques (déficit de l'estime et de la confiance en soi, anxiété, états de stress aigus et post-traumatique, syndromes dépressifs, glissements addictifs, troubles musculo-squelettiques, cardiopathies hypertensives et ischémiques). Mais les effets cumulatifs des stressseurs ont aussi des conséquences interpersonnelles et sociales lorsqu'ils s'accompagnent d'une perte du poste de travail à l'issue d'un licenciement, d'une rupture conventionnelle ou d'une inaptitude. Enfin, les effets du stress sur les organisations ont également été documentés à travers l'augmentation de l'absentéisme et du *turn over*, l'augmentation de l'insatisfaction au travail, la réduction de l'implication au travail et des comportements de citoyenneté organisationnelle [2].

Le repérage des facteurs de risques psychosociaux à l'œuvre dans une situation de travail suppose de recourir à un modèle explicatif offrant une approche intégrée du réel. Sans modèle théorique explicatif, il est délicat de structurer les éléments, observés et/ou rapportés, en un tout cohérent susceptible d'éclairer tant sur l'altération de la santé des travailleurs que celle de la performance organisationnelle. Dans les nombreux modèles qui ont été proposés il est possible d'identifier des dimensions explicatives pertinentes telles que des conditions de travail exposant à une forte demande psychologique auxquelles font face des salariés entravés par une faible latitude décisionnelle et un faible soutien social [3] ou encore un déséquilibre des termes de l'échange contractuel entre l'effort fourni par les salariés et la récompense allouée par l'organisation que celle-ci passe par le statut, l'estime et/ou les gratifications [4].

On peut aussi citer la perspective psychodynamique centrée sur le conflit relatif à la nature du « travail bien fait » et aboutissant au travail empêché par la prolifération des procédures et l'érosion du rôle modérateur du jugement de métier des pairs au profit du jugement d'utilité gestionnaire de l'organisation [5]. Enfin, un modèle multidimensionnel, plus connu sous l'acronyme de son outil de mesure le WOOCQ, implique à la fois les ressources disponibles, les contraintes temporelles, la confiance en l'avenir, la planification des tâches et le niveau de contrôle perçu par les travailleurs sur leurs situations de travail. Ce modèle peut expliquer la moitié des manifestations du stress au travail et offrir des pistes concrètes de plans d'action [6]. Le choix du modèle théorique à retenir fait l'objet de discussions mais de manière pragmatique, ce qui importe avant tout, c'est d'abord de disposer d'une approche théorique plutôt que de ne pas en disposer du tout. Cette dernière situation n'étant malheureusement pas si rare ! Kurt Lewis n'écrivait-il pas : « Il n'y a rien de plus pratique qu'une bonne théorie » [7]. Aussi, quitte à disposer d'une approche théorique, autant disposer de l'approche la plus pertinente au vu de la situation concrète : à savoir arbitrer entre le modèle le plus informatif, le mieux accepté par les partenaires sociaux et le plus porteur de perspectives de déploiement d'un plan de prévention effectif [8]. Dans le cas de notre approche descriptive des facteurs de risques psychosociaux les plus fréquemment impliqués dans les inaptitudes pour souffrance morale au travail, nous avons moins besoin d'un modèle explicatif que d'une cartographie aussi exhaustive que possible des facteurs de risques.

### Méthodologie retenue

Nous avons mené, en juillet 2012, une étude rétrospective descriptive, auprès de 17 médecins du travail volontaires de l'AMÉTRA 06. Chaque médecin devait partir des 2 derniers avis d'inaptitudes qu'il a établis, durant les 12 derniers mois, suite aux conséquences d'une souffrance morale au travail. Pour chacun des 34 cas concernés, l'évaluation qui a été réalisée sur la base des dossiers médicaux des salariés, a été standardisée par l'utilisation d'un outil de recueil commun.

Nous avons retenu l'inventaire des risques psychosociaux mis à la disposition de préventeurs par la Carsat Bourgogne Franche-Comté [9]. Cet outil permet d'identifier 47 facteurs de risques distincts répartis en 6 catégories. Outre son exhaustivité, l'intérêt de cet inventaire réside dans le fait qu'il permet de prendre en compte les multi-expositions des facteurs d'environnement physiques et chimiques susceptibles d'aggraver l'impact des facteurs de risques strictement psychosociaux (Tableau 1).

Les médecins ont évalué l'implication et l'accessibilité à la prévention des facteurs de risques psychosociaux recensés dans ces inaptitudes au moyen d'échelles ordinales à 5 niveaux (de « Pas du tout impliqué »=1 à « Totalement impliqué »=5 et de « Pas du tout accessible »=1 à « Totalement accessible »= 5).

**Tableau 1** : Inventaire des risques psychosociaux établi par la Carsat Bourgogne Franche-Comté

<p><b>Catégorie : Contenu de la tâche</b></p> <p>Fort volume des informations à gérer en peu de temps, exigences attentionnelles soutenues, autonomie limitée, interruption dans la réalisation d'une tâche pour en effectuer une autre, écart entre les objectifs définis et les résultats obtenus, surcharge de travail en un temps limité, sous-charge de travail, répercussions importantes de l'erreur.</p>	<p><b>Catégorie : Facteurs d'environnement du travail</b></p> <p>Milieu de travail humide, variations de température importantes en cours de travail, difficultés pour entendre quelqu'un qui parle, utilisation de produits chimiques, éclairage artificiel, pas d'ouverture sur l'extérieur, risque d'agression possible.</p>
<p><b>Catégorie : Organisation du travail</b></p> <p>Horaires atypiques, horaires alternés, travail de nuit, travail répétitif, rythme de travail imposé par des contraintes de production, dysfonctionnements dans le déroulement du travail, latitude décisionnelle réduite, relations et interactions avec le public, informations limitées aux consignes de travail, fiches de postes en décalage avec le travail réellement effectué, objectifs de travail modifiables en cours de réalisation, planification des tâches faite oralement.</p>	<p><b>Catégorie : La gestion de l'emploi et des compétences</b></p> <p>Formation au poste non formalisée, dispositif de formation continue n'anticipant pas les évolutions technologiques, définition de fonction ou fiche de poste non formalisée, pas de promotion interne, pas de récompense financière ou autre système de valorisation, pas de dispositif de gestion des compétences, pas de dispositif de gestion des carrières.</p>
<p><b>Catégorie : Relations sociales</b></p> <p>Pas d'échanges entre les services travaillant sur le même processus, pas de réunions d'informations, pas de temps d'expression formalisé sur son travail, pas de participation des salariés aux prises de décisions, pas de retour d'information formalisé au salarié sur sa contribution aux résultats, pas de contact entre les collègues, pas de structure de soutien en cas de difficultés.</p>	<p><b>Catégorie : Contexte de l'entreprise</b></p> <p>Incertitude sur l'avenir, forte concurrence, mutation technologique, période de restructuration, contrat de travail précaire, saisonnalité de l'activité non anticipée, pression sur la réalisation des objectifs, règlement intérieur muet sur des points de santé/sécurité, Document Unique d'Evaluation des Risques absent ou non actualisé.</p>

## Résultats

L'analyse des résultats porte sur 34 inaptitudes prononcées par 17 médecins du travail de l'AMETRA 06 pour souffrance morale au travail (28 réalisées en 2012 et 6 en 2011). Ces inaptitudes ont concerné 25 femmes et 9 hommes. 17 inaptitudes ont eu pour cadre des micro-entreprises (<10 salariés), 14 des petites entreprises (11 à 250 salariés) et 3 des entreprises de taille intermédiaire (251 à 5000 salariés).

Les 3 catégories de facteurs de risques les plus impliquées dans les inaptitudes pour souffrance morale étaient, par ordre décroissant : les relations sociales avec une moyenne de score d'implication de 3,30 +/- 1,55 ; l'organisation du travail avec un score de 3,09 +/- 1,62 suivie par la catégorie relative au contenu des tâches avec un score moyen de 3,06 +/- 1,52. Le tableau 2 fournit, par ordre décroissant d'implication dans l'inaptitude, les scores des 6 catégories de l'inventaire des risques que nous avons utilisés.

**Tableau 2** : Scores d'implication et d'accessibilité à la prévention des facteurs de risque recensés dans les inaptitudes pour souffrance morale au travail

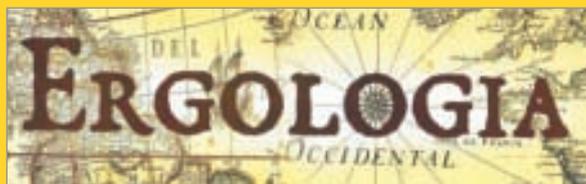
Scores moyens	Relations sociales	Organisation du travail	Contenu de la tâche	Gestion de l'emploi et des compétences	Contexte de l'entreprise	Environnement du travail	Moyenne des scores moyens
<b>Implication dans l'inaptitude</b>	3,30 +/-1,55	3,09 +/-1,62	3,06 +/-1,52	2,47 +/-1,57	2,25 +/-1,30	1,89 +/-1,34	2,68 +/- 0,96
<b>Accessibilité à la prévention</b>	2,48 +/-1,28	2,42 +/-1,14	2,33 +/-0,96	2,11 +/-1,19	1,97 +/-1,06	1,85 +/-1,10	2,21 +/- 0,91

L'analyse détaillée montre qu'avec des fréquences d'occurrences de 73%, 70% et 67% des inaptitudes, le faible volume des contacts avec les collègues, le manque de structures de soutien en cas de difficultés et le faible nombre de réunions d'informations sont respectivement les 3 premiers facteurs de risque de la catégorie relations sociales.

L'existence de temps d'expression formalisés sur le travail, la participation des salariés aux décisions et les retours d'informations sur leur contribution aux résultats sont les items qui bénéficient du plus haut score d'accessibilité à la prévention avec respectivement des scores moyens de 2,40 et 2,31 ex æquo sur 5 (Tableau 3).

**Tableau 3** : Fréquence de présence, score d'implication dans les inaptitudes et score d'accessibilité à la prévention des facteurs de risques psychosociaux

Rang par fréquence	Facteurs de risques psychosociaux	Fréquence	Score moyen d'implication	Score moyen d'accessibilité à la prévention
Facteurs de risques de la catégorie Relations sociales				
1	Pas/peu de contacts entre les collègues	73%	2,75	2,08
2	Pas/peu de structures de soutien en cas de difficultés	70%	3,65	2,22
3	Pas/peu de réunions d'informations	67%	2,59	2,27
4	Pas/peu de temps d'expression formalisés sur le travail	61%	2,95	2,40
5	Pas/peu de participation des salariés aux prises de décisions	48%	3,00	2,31
6	Pas/peu de retours d'informations formalisés au salarié sur sa contribution aux résultats	48%	2,81	2,31
7	Pas/peu d'échanges entre les services travaillant sur le même processus	48%	2,56	1,94
Facteurs de risques de la catégorie Organisation du travail				
1	Relations et interactions avec le public	82%	2,41	1,85
2	Dysfonctionnement dans le déroulement du travail	3%	2,71	2,00
3	Planification des tâches faite oralement	64%	2,76	2,43
4	Latitude décisionnelle réduite	61%	3,20	2,30
5	Travail répétitif ou imposé par des contraintes de production	61%	2,10	1,90
6	Informations limitées aux consignes de travail	58%	2,26	1,74
7	Horaires atypiques, alternés ou de nuit	58%	1,84	1,58
8	Fiches de postes en décalage avec le travail réel	55%	3,44	2,72
9	Objectifs de travail modifiables en cours de réalisation	52%	2,76	2,12
Facteurs de risques de la catégorie Contenu de la tâche				
1	Répercussions importantes de l'erreur	73%	3,13	1,92
2	Surcharge de travail dans un temps limité	70%	2,87	2,22
3	Fort volume d'informations à gérer en peu de temps	64%	2,52	2,33
4	Exigences attentionnelles soutenues	64%	2,43	1,90
5	Autonomie limitée	64%	2,90	2,29
6	Ecart entre les objectifs et les résultats obtenus	61%	2,65	2,00
7	Interruption dans la réalisation d'une tâche pour en effectuer une autre	58%	2,68	1,95
8	Sous-charge de travail	42%	1,43	1,36



*Ergologia* est une revue internationale pluridisciplinaire dont l'objectif est de **favoriser le dialogue entre les savoirs produits dans les institutions scientifiques et les savoirs issus des expériences sociales**. Elle met ainsi des résultats de recherche, d'études et/ou d'expériences, à la disposition de toute personne s'interrogeant sur la nature, l'organisation ou encore le gouvernement du travail et des activités humaines.

La revue publie deux numéros par an sous forme papier. Les textes sont en accès libre sur le site de la revue ([ergologia.org](http://ergologia.org)). Un appel à contribution est également lancé sur le site. Pour tout renseignement écrire à [dominique.efros@univ-amu.fr](mailto:dominique.efros@univ-amu.fr)

**Si vous souhaitez  
recevoir les cahiers des RPS,  
merci d'en faire la demande  
à la DIRECCTE  
auprès de :**

**[valerie.giorgi@direccte.gouv.fr](mailto:valerie.giorgi@direccte.gouv.fr)**

En ce qui concerne la catégorie organisation du travail, les interactions relationnelles avec le public, les dysfonctionnements dans le déroulement du travail et la planification orale des tâches sont les facteurs de risques les plus présents dans respectivement 86%, 73% et 64% des inaptitudes. Le décalage des fiches de postes avec le travail réel, la modification des objectifs en cours de réalisation et la latitude décisionnelle réduite recueillent les scores moyens d'accessibilité à la prévention les plus élevés de la catégorie : 2,73 et 2,43 puis 2,30 sur 5 (Tableau 3).

Enfin, pour ce qui relève de la catégorie contenu de la tâche, l'importance des répercussions des erreurs, la surcharge de travail en un temps limité et le fort volume d'informations à gérer en peu de temps sont les facteurs de risques les plus présents dans les inaptitudes avec respectivement 73%, 70% et 64% des cas. Les médecins du travail ont estimé que le temps alloué au volume des informations à gérer, celui plus généralement alloué à la charge de travail et le niveau d'autonomie octroyé aux salariés étaient les 3 facteurs de risque qui bénéficiaient des scores moyens d'accessibilité à la prévention les plus élevés allant de 2,22 à 2,33 sur 5 (Tableau 3).

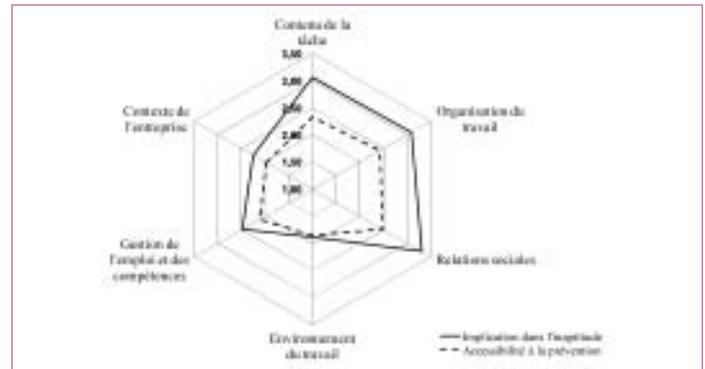
## Discussion

L'étude exploratoire que nous avons conduite montre que dans les inaptitudes pour souffrance morale, de nombreux facteurs de risques psychosociaux interagissent à des fréquences élevées. Nous notons également que des facteurs d'environnement physicochimiques sont également impliqués à un niveau significatif. Ces éléments plaident pour la prise en compte des multi-expositions par les préventeurs et pour le rejet des attitudes attribuant la souffrance morale au travail à des modalités simplificatrices.

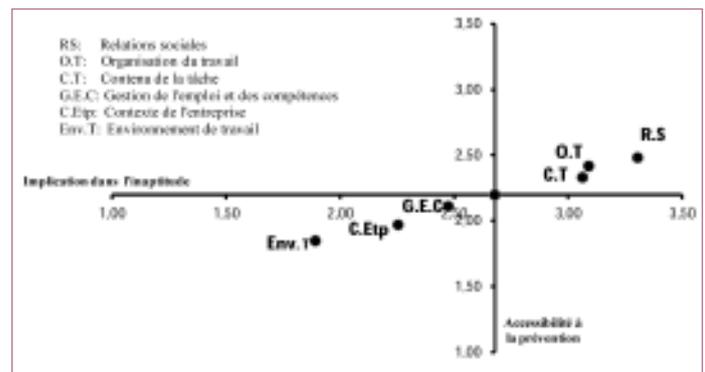
La cartographie obtenue en croisant, au niveau catégoriel, les dimensions implication dans l'inaptitude et accessibilité à la prévention, montrent que les catégories les plus impliquées dans les inaptitudes bénéficient des meilleurs scores d'accessibilité à la prévention, ce qui ouvre des pistes de prévention prometteuses (Figures 1 et 2). Nous notons toutefois que les scores d'accessibilité à la prévention sont, d'une part, faibles (en tout état de cause inférieurs à la moitié du score maximum brut) et d'autre part peu dispersés autour de ce faible score (0,63 points d'écart entre les moyennes maximale et minimale). Ces données traduisent le faible impact de la prévention d'amont dans ces cas qui ont abouti à des inaptitudes et le faible impact prévisible de la prévention tertiaire à un stade où la réinsertion et la réparation devraient être au premier plan. De plus, l'inaptitude d'un salarié singulier doit attirer l'attention sur les conditions de travail et les risques psychosociaux qui continuent à peser sur les autres salariés de l'entreprise et justifier la mise en oeuvre d'un plan de prévention primaire.

Enfin, les limites méthodologiques de cette étude rétrospective exploratoire sur groupe unique avec cotation d'expert pourraient être réduites par une réplication sous forme d'étude prospective cas-témoin avec double cotation, impliquant les experts et les salariés.

**Figure 1** : Score des catégories de facteurs de risques psychosociaux des inaptitudes



**Figure 2** : Cartographie des facteurs de risques en fonction de l'implication dans l'inaptitude et de l'accessibilité à la prévention



## Conclusion

Cette étude exploratoire n'avait pas pour vocation d'étudier les critères décisionnels qui orientent vers une inaptitude au poste de travail. Ces derniers ne sauraient reposer sur le seul bilan des contraintes mais portent un soin attentif à l'évaluation des astreintes. La mission des préventeurs étant d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail, le concept d'inaptitude arrivant à la fin d'un certain parcours ne peut qu'interroger tous les préventeurs sur comment continuer à : Protéger-Prévenir-Réinsérer.

Notre approche s'inscrit dans le contexte d'une démarche réflexive sur les pratiques en usage.

Elle consiste à revenir sur ses pas pour analyser les formes et les effets de l'activité afin d'en tirer des préconisations pour le renforcement du cœur de métier de préventeur. Il apparaît ainsi que le repérage précoce des déterminants psychosociaux et d'environnement ainsi que l'amélioration de l'accessibilité des préventeurs à l'arsenal relationnel, technique et réglementaire d'intervention devraient donner des marges de manœuvre opérationnelles en amont de l'inaptitude. Mais une fois celle-ci prononcée, un nouveau chantier de prévention organisationnelle devrait alors s'ouvrir pour les autres salariés embarqués.

**R. Chakroun, E. Barré**  
 Association de Médecine du Travail  
 des Alpes Maritimes

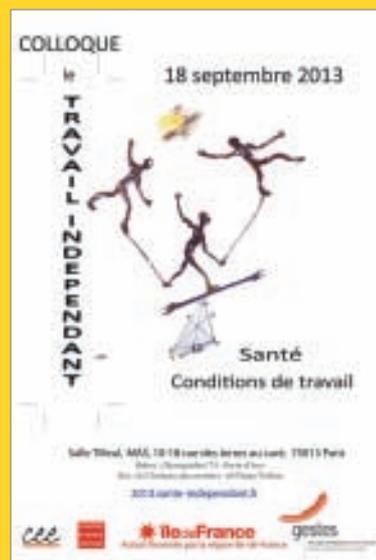
## Remerciements

Les auteurs remercient pour leur participation à l'étude les docteurs Aicardi F.; Bailet M.; Blanc-Cascio F.; Bourret D.; Cougnot C. ; Gautrand D.; Guyomard A.; Joret J-P. ; Mathiasin R.; Monville A-M.; Orst I.; Paidassi E.; Rarivason E.; Remy-Hacquain M-C.; Repaire M. et Trillaud L.

## Références bibliographiques

- [1] Gollac M. (2010), *Les risques psychosociaux au travail*, Dares Analyses, 81, 1-10.
- [2] Dejours C., Gernet I. (2012), *Psychopathologie du travail*, Elsevier Masson, Paris.
- [3] Karasek R. et Theorell T. (1990), *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of the working life*, Basic Books, New York.
- [4] Siegrist J. (1996), « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », in *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 1, 27-41.
- [5] Dejours C. (2003), *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, INRA éditions, Paris.
- [6] Hensez I. (2001), *Validation du WOOCQ, vers un modèle structurel du stress et du contrôle de l'activité au travail*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Liège, Belgique
- [7] Delaurier J-P. et Hurtubise Y. (1997), « La connaissance pratique: un enjeu », in *Nouvelles pratiques Sociales*, 10, 2, 145-158.
- [8] Langevin V. et al. (2011), « Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail », in *Documents pour le Médecin du Travail*, 125, 23-35.
- [9] Niveau J. (2010), *Risques psychosociaux*, Working paper, Carsat Bourgogne Franche-Comté, Dijon.
- [10] Roche C. et al. (2011), *Subvertir le concept d'inaptitude*, Working paper, CNAM, Paris.
- [11] Herreros G. (2012), *La violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexives*, Erès, Toulouse

## Le travail indépendant : santé et conditions de travail 18 septembre 2013, Paris



Le travail indépendant a récemment fait l'objet de questions et d'investigations en partie nouvelles comme l'exploration plus systématique des conditions de travail des « indépendants » ou l'examen de leur santé. A la suite de ces initiatives récentes, le comité scientifique de la manifestation a fait appel à des chercheurs, responsables d'études et doctorant-e-s à une journée d'échanges et de confrontations sur le travail indépendant, abordé autour de trois points de vue :

- Les conditions du travail indépendant.
- L'état de santé des indépendants (mesures, comportements, attitudes) et façons dont ces professionnels disent, se remémorent et racontent leur(s) histoire(s) de santé ou de maladie.
- L'articulation de l'état de santé et des activités professionnelles ainsi que du déroulé des carrières.

Source : <http://sante-indep.sciencesconf.org>

**Si vous souhaitez  
recevoir les cahiers des RPS,  
merci d'en faire la demande  
à la DIRECCTE  
auprès de :**

**[valerie.giorgi@direccte.gouv.fr](mailto:valerie.giorgi@direccte.gouv.fr)**

## Conseil et risques psychosociaux : une nouvelle problématique pour les professionnels de l'insertion et de l'orientation professionnelle ?

En matière de pratique professionnelle un exemple vaut tous les discours... Il s'agit d'un homme de plus de cinquante ans qui vient un jour me rencontrer. Ce Monsieur arrive l'air essoufflé, l'air inquiet. Il commence l'entretien en disant « Ma situation est grave car j'ai peur de me retrouver à la rue du jour au lendemain ! ». « Je suis concierge dans un immeuble depuis de nombreuses années mais à force de travaux physiques... sans compter les insultes et les agressions... j'ai fini par faire un malaise cardiaque ». Il s'en est suivi une hospitalisation doublée d'une opération chirurgicale et une bien trop courte période de convalescence. A son retour, il me raconte ne plus pouvoir exercer normalement son métier. Cela le met sous pression, il a craqué à plusieurs reprises et son employeur le menace de licenciement. Stress, harcèlement et maladie de longue durée... Comment faire face à tant de détresse ? Ce Monsieur doit se reconvertir, certes c'est indispensable, mais avant de lui trouver une solution toute faite ne serait-il pas plus pertinent d'évaluer la situation et les facteurs en jeu dans cette situation ? Mais... là commence le grand désarroi du professionnel du conseil en orientation professionnelle.

Le phénomène du stress et par extension des risques psychosociaux est apparu brutalement dans l'actualité suite à une série de suicides médiatisés. Cet épisode dramatique a réveillé les consciences et abouti à plusieurs textes de loi et de nouvelles obligations pour les entreprises.

Il a fallu attendre la dernière extrémité pour que les pouvoirs publics, et par extension le monde de l'entreprise, s'emparent enfin de cette problématique sociale pour le moins dramatique. En réalité, le stress et les autres pathologies liées au travail existent depuis toujours mais se sont aggravés de façon inquiétante ces dernières années. Cela est resté un sujet tabou dans le monde de l'entreprise, un fait presque inavouable pour la personne comme si partir en dépression ou tomber dans la toxicomanie était une faute, une faiblesse honteuse.

Le choc lié aux vagues de suicides, dans les entreprises mais aussi dans la fonction publique, a eu au moins le mérite de faire prendre conscience de l'importance et du potentiel du facteur humain dans le monde du travail comme si cela était une découverte récente. Pourtant, le courant des relations humaines en Psychologie sociale porté par Kurt Lewin ou Carl Rogers l'a montré depuis les années 70, par la dynamique de groupe ou bien encore les facteurs motivationnels. Il apparaît évident aujourd'hui que le vécu professionnel est manifestement en étroite relation avec la vie personnelle, presque affective osent certains. Une réalité humaine de nos sociétés modernes que certains chercheurs en psychopathologie avaient clairement mise en évidence comme Yves Clot ou Christophe Dejourn.

Les causes sont multiples à ce phénomène de société, provenant à la fois de facteurs psychologiques comme de facteurs socio-économiques. On peut citer sans vouloir être exhaustif :

- Un contexte de crise : effets de la mondialisation, crise boursière à répétition, chômage en augmentation surtout pour certains publics comme les seniors et les jeunes... Ce qui décourage en donnant une vision sombre de l'avenir avec un monde du travail instable, ce qui est en partie justifié mais entraîne une fâcheuse tendance à la sinistrose !

- Une mobilité professionnelle et géographique accrue et trop souvent subie, suite à une délocalisation, une brusque dégradation des conditions de travail ou pire, une perte de son emploi, ce qui produit un nombre sans cesse croissant de personnes en rupture ou en reconversion professionnelle (cf. travaux de JP Boutinet – Sociologue à Paris 8)
- La perte des repères sociaux et du soutien du collectif, le tout accentué par une surresponsabilisation des personnes, acteurs de leur devenir, mais comme chacun sait, même si avoir un certain pouvoir d'action est envisageable, les possibilités offertes par l'environnement sont parfois limitées. Pour illustration de cet isolement des individus face à leur choix de vie, le succès grandissant et préoccupant des formations fourre-tout en développement personnel pour ne pas dire des dérives sectaires...
- Et enfin l'impact des nouvelles technologies de la communication sur la santé, source d'un stress permanent parfois ingérable, quand un outil moderne et performant devient un despote tout puissant auquel personne ne peut échapper et qui fait éclater la frontière autrefois étanche entre la sphère privée et la sphère professionnelle.

Le professionnel du conseil en orientation professionnelle, à l'image du responsable en ressources humaines ou plus largement du manager, est lui aussi confronté au malaise voire à la souffrance au travail bien que personne ne l'ait préparé à affronter ces difficultés qui incombent normalement à l'entreprise ou à la Médecine du travail. La loi a engagé la responsabilité de l'employeur et des représentants du personnel sauf que c'est parfois lui, la personne extérieure à l'entreprise, qui écoute et recueille le discours de la personne en souffrance... Il est tentant alors d'aller immédiatement dans la solution, par souci d'efficacité et pour faire face à l'urgence. Mais le plus important est avant toute chose de prendre le temps d'analyser et de comprendre les tenants et les aboutissants de la situation rencontrée : c'est toute la question de la complexité des risques psychosociaux dans le monde du travail aujourd'hui.

Le souci est avant toute chose de trouver la bonne posture à adopter car tous les professionnels du conseil ne sont pas des spécialistes de la santé au travail. Alors comment se positionner face à un cas de stress ou de *burnout* ? Certains diront qu'il faut écouter simplement avec empathie, selon les adeptes de la communication comme l'analyse transactionnelle d'E. Berne ou bien la communication non violente de M. Rosenberg. Mais alors où et quand s'arrêter ? Le risque est de rentrer dans une relation thérapeutique. Les théories en orientation professionnelle, à l'instar de l'ADVP de D. Pelletier et R. Bujold, bien que valables, risquent de renforcer ce fameux terrorisme du projet à tout prix alors que la vie professionnelle n'est plus un long fleuve tranquille mais plutôt un champ des possibles où prime l'aide à la décision et une adaptation constante à un environnement sans cesse changeant. L'approche stratégique, vulgarisée par le psychosociologue A. Chauvet, est sans nul doute la plus actuelle par le caractère opérationnel des *scenarii* ou des différentes options constamment renouvelés.

L'autre possibilité est de se limiter à de l'information et au cadre juridique pour signaler à la personne ses droits et les obligations de l'employeur, sauf que sa souffrance n'est pas entendue mais évacuée, transmise à une tierce personne ou prise en charge par un organisme impersonnel.

Ecouter au risque de jouer au psychothérapeute ou bien seulement informer pour éviter de faire l'assistante sociale ? La question est légitime et fondamentale. Il me semble que la meilleure posture est peut-être à rechercher dans celle du *coaching*, restant proche de la personne mais suffisamment à distance pour garder toute son objectivité. Cependant, il s'agit d'une problématique qui nécessite aussi une capacité à prendre du recul, analyser la situation et les stratégies d'acteurs, se donner des indicateurs d'alerte et élaborer des stratégies d'action à la fois pour réduire son stress mais aussi interpeller employeur et acteurs de l'entreprise comme le CHSCT ou la Médecine du travail.

Une approche pluridisciplinaire, indispensable pour traiter le sujet des risques psychosociaux, est à acquérir associant à la fois un regard centré sur l'individu inspiré par la psychologie mais également un regard sociologique, à l'exemple du modèle multidimensionnel

nommé le trèfle chanceux de J. Limoges, sans compter avec ce que peut apporter l'ergonomie ou bien encore la nécessaire connaissance de la législation en la matière pour attribuer droits et devoirs à chacun des acteurs en présence. Ainsi, une nouvelle spécialisation est née pour certains praticiens du conseil, non plus limitée par leur champ d'intervention ou le public qu'ils rencontrent au quotidien mais tout simplement par la réalité des situations de travail dans toutes ses dimensions : une nouvelle posture en forme de défi motivant pour certains mais qui peut être aussi source de stress pour les autres... un comble tout de même !



**Frédéric Ewald**  
Psychologue du travail et conseiller  
en mobilité professionnelle



## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Paris, le 19 mars 2013

### Comment intégrer les RPS au document unique ?

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) publie deux nouvelles brochures pour aider les entreprises à intégrer les risques psychosociaux (RPS) dans leur document unique (DU)<sup>1</sup>. La première, intitulée « Risques psychosociaux et document unique : vos questions, nos réponses », propose de répondre aux interrogations les plus courantes sur le sujet. La seconde, « Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU », est un guide méthodologique qui permet à l'entreprise de repérer les RPS et de les évaluer.

Pour formaliser l'évaluation de l'ensemble des risques professionnels, y compris les risques psychosociaux, l'entreprise a l'obligation de rédiger un DU. Elle doit également préciser un plan d'actions et les moyens à mettre en œuvre.

Dans l'optique d'aider les entreprises à réaliser cette démarche, l'INRS publie deux brochures. La première, « Risques psychosociaux et document unique : vos questions, nos réponses » (réf. ED 6139), répond aux interrogations les plus fréquentes :

- Pourquoi intégrer les risques psychosociaux dans le document unique ?
- Qui élabore la partie du document unique sur les risques psychosociaux ?
- Faut-il avoir été formé aux risques psychosociaux pour en faire l'évaluation ?...

La seconde brochure intitulée « Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU » (réf. ED 6140) permet à l'entreprise d'identifier les facteurs de risques psychosociaux auxquels sont soumis les salariés dans chaque unité de travail et d'apprécier les conditions et les circonstances d'expositions à ces facteurs.

En annexe, un tableau de bord aide l'entreprise à élaborer son programme d'actions. De nombreux exemples d'actions possibles sont ainsi proposés.

Ces documents s'adressent aux entreprises de plus de 50 salariés. Pour les plus petites, un outil spécifique « Faire le point » est d'ores et déjà disponible sur le site [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr).

Téléchargez :

- La brochure « Risques psychosociaux et document unique : vos questions, nos réponses » :  
[www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED 6139](http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED 6139)
- La brochure « Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU » :  
[www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED 6140](http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED 6140)

Contact presse : Damien LARROQUE – 01 40 44 14 40 – [damien.larroque@inrs.fr](mailto:damien.larroque@inrs.fr)

A propos de l'INRS :

L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail est une association loi 1901, créée en 1947 sous l'égide de la CNAMTS et gérée par un Conseil d'administration paritaire (employeurs et salariés). L'INRS, c'est aujourd'hui 633 personnes sur 2 centres : à Paris (214 personnes) et en Lorraine (419 personnes).

De l'acquisition de connaissances à leur diffusion en passant par leur transformation en solutions pratiques, l'Institut met à profit ses ressources pluridisciplinaires pour diffuser le plus largement possible une culture de prévention et proposer des outils méthodologiques et pratiques.

L'action de l'INRS s'articule autour de missions transversales : Etudes et recherche, assistance, formation, information.

[www.inrs.fr](http://www.inrs.fr) Notre métier, rendre le vôtre plus sûr.

Et pour suivre l'actualité de l'INRS [www.twitter.com/INRSFrance](https://twitter.com/INRSFrance)

<sup>1</sup> Le document unique transcrit les résultats de l'évaluation des risques professionnels par unité de travail. Plus qu'un simple inventaire, ce document obligatoire est un outil essentiel pour lancer une démarche de prévention dans l'entreprise et la pérenniser. Ce document doit être mis à jour au minimum chaque année.

## Que faire en cas de suicide ou tentative de suicide ? L'action à mener dans le cadre du CHSCT

Extraits de la fiche n°8 de l'Union syndicale Solidaires

### Exiger la tenue d'un CHSCT extraordinaire

Le CHSCT est réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves (Art. L. 4614-10 du Code du travail et article 69 du décret 82-453 du 28 mai 1982). Il n'est pas nécessaire que l'accident ait entraîné des conséquences graves, il suffit que des conséquences graves aient pu en résulter, même si elles ont été évitées. Si elles n'ont pas de suites à déplorer, elles révèlent des situations génératrices de danger. L'employeur, sauf en cas d'extrême urgence, ne peut prendre seul les initiatives qui s'imposent. Il le fait avec le CHSCT et ses initiatives « ne peuvent faire échec à la compétence et aux attributions propres du CHSCT » (Cass. crim., 22 févr. 1979, n° 77-90.179P).

L'appréciation de la gravité ne porte pas sur les résultats de l'accident mais sur ses causes.

Toute cause d'accident qui peut se répéter justifie la convocation du Comité, quelles qu'aient été les conséquences. Si l'employeur refuse de considérer qu'il s'agit de risques graves, le CHSCT pourra être réuni à la demande motivée d'au moins deux de ses membres.

Dans la fonction publique d'Etat (FPE), la demande doit être effectuée par au moins 3 représentants du personnel.

### Décider de mener une enquête

Quelques rappels essentiels concernant les enquêtes du CHSCT :

**Déclenchement :** Le CHSCT procède à une enquête dès lors qu'il y a eu accident ou maladie professionnelle ou à caractère professionnel dans l'entreprise, peu importe leur gravité.

(Article L. 4612-5 du Code du travail). Pour la FPE, c'est l'article 53 du décret qui s'applique, l'enquête a un caractère obligatoire dans deux situations bien précises.

**Organisation :** Le CHSCT fixe les missions qu'il confie à ses membres pour l'accomplissement de l'enquête (Art. R. 4612-1 du Code du travail). Il décide du contenu et de l'organisation de l'enquête (zone ou poste de travail concernés, durée prévisible, entretiens avec les salariés, l'encadrement... personne en charge de la rédaction du rapport d'enquête, etc.) ainsi que des moyens d'information (en secrétariat, en déplacement...) dont il a besoin.

**Modalités :** L'enquête est effectuée par une délégation comprenant au moins l'employeur ou un représentant désigné par lui, et un représentant du personnel siégeant au CHSCT (Art. R. 4612-2 du Code du travail, et Art. 53 du décret du 28 mai 1982). Mener une enquête conjointe dans ce cadre précis ne signifie nullement d'être ensemble en permanence, des recherches particulières peuvent être confiées à la Direction...

### L'objectif de l'enquête

L'objectif de l'enquête est de déterminer les circonstances qui ont pu conduire à ce geste, d'en comprendre les causes pour éviter le renouvellement d'un accident du même type. La délégation d'enquête recueille les faits auprès des collègues de travail, de l'encadrement, du médecin du travail ou de prévention, de l'assistant social, etc.

Toutes les investigations doivent porter sur l'environnement professionnel (analyse de l'activité de la personne et de ses

contraintes professionnelles...), en faisant ressortir ce qui, dans le travail, est source de souffrance et porte atteinte à la santé des salariés. Dans ce travail d'enquête, chaque constatation doit engendrer une nouvelle question et dégager de nouveaux faits. C'est seulement si l'enquête a rassemblé tous les faits qu'un travail d'analyse et de prévention s'effectuera correctement.

Le rapport d'enquête n'est pas un compte-rendu de tous les entretiens mais une analyse des éléments recueillis à destination des membres du CHSCT. Il sera présenté au CHSCT et adopté par un vote formel.

L'enquête du CHSCT est confidentielle.

### Précisions supplémentaires sur l'enquête

Elle n'a pas pour objet de vouloir démontrer à tout prix que le salarié s'est suicidé à cause de son travail. Même lorsque la personne a laissé un message écrit comme quoi elle ne supportait plus son travail, cet acte peut être sujet à controverse. Un responsable qui veut disculper l'organisation du travail de tout lien avec le geste expliquera que « *c'est la perception qu'avait la personne de sa situation professionnelle et malheureusement le fait qu'elle ne la supporte plus* » qui a engendré ce drame. Il n'y a pas de cause unique à ce geste mais un faisceau de causes.

Nous comprenons qu'il est difficile d'apporter des preuves matérielles et que la confrontation « interprétation contre interprétation » ne mène à rien, pire elle sert plutôt les intérêts de ceux qui ne veulent pas que soient mises en cause les organisations du travail. L'enquête n'est pas là non plus pour établir à tout prix des responsabilités individuelles. Toutefois, le rapport d'enquête pourra être utilisé dans le cadre d'un recours pénal, il pourra également fournir des éléments à la caisse primaire d'assurance maladie ou à la commission de réforme dans le cadre de l'instruction de la reconnaissance de l'imputabilité au travail.

Dans le cadre de l'enquête, les membres de la délégation vont parler avec les agents du service, recueillir des témoignages sur la façon dont ils percevaient la situation du collègue, s'il se sentait bien dans son travail, s'il rencontrait des difficultés et de quelle nature. En s'adressant aux salariés, ils vont également interroger le travail, les rapports hiérarchiques, les modes d'organisation au sein du service ou du bureau et mettre en évidence des défaillances possibles.

On comprend donc que le recueil des témoignages dans le cadre d'une enquête est extrêmement important et qu'il faut les recueillir de manière aussi objective que possible, sans chercher à prouver quoique ce soit sur le suicide. Mais il est évident que dans le cas d'une organisation du travail générant de la souffrance pour les salariés, les témoignages iront dans le même sens. C'est la compilation de ces témoignages qui permettra de souligner une situation de souffrance au travail plus ou moins généralisée, qui servira de point d'appui pour mettre en cause l'organisation du travail et qui, par conséquent, permettra d'établir les liens entre cette organisation du travail et le geste désespéré du salarié. L'analyse des facteurs d'origine professionnelle conduira à proposer des mesures de prévention pour réduire, voire supprimer les facteurs de risques psychosociaux.

**Il faudra attacher une importance toute particulière à la communication du CHSCT vis-à-vis des salariés sur ce que va entreprendre le CHSCT, les raisons qui le conduisent à mener une enquête, en quoi elle consiste, comment ils seront sollicités.**

A partir des éléments mis à jour par l'enquête, le CHSCT pourra demander le recours à un expert agréé s'il souhaite une analyse plus poussée sur l'organisation du travail.

### La déclaration de l'accident du travail ou de service

Lorsque le salarié s'est suicidé ou a tenté de se suicider durant son service et sur son lieu de travail, l'employeur doit établir une déclaration d'accident du travail car il y a présomption d'imputabilité<sup>1</sup>. Les équipes syndicales devront s'en assurer. Dans le cas contraire il faut inviter les familles de le faire, elles disposent d'un délai de 2 ans suivant l'accident.

Un employeur qui ne respecte pas son obligation de déclaration de l'accident encourt des sanctions pénales et des pénalités financières (Article R. 471-3 et R. 147-7 du Code de la sécurité sociale).

En cas d'accident survenu hors du lieu et/ou hors du temps de travail, une déclaration d'accident pourra également être faite, s'il est établi que l'accident est lié au travail (lettre, informations données par les collègues, etc.). Dans cette situation où la présomption d'imputabilité au travail ne joue pas, il appartient à la personne ou à ses ayants droit de prouver le lien entre l'acte et le travail.

Dans un jugement du 22 février 2007, la Cour de cassation a qualifié d'accident du travail, la tentative de suicide du salarié à son domicile et pendant un arrêt de travail.

Dans la FPE il n'y a pas de définition légale de l'accident de service, ni de principe de présomption d'imputabilité. Mais du fait des évolutions jurisprudentielles et des pratiques des ministères, les différences entre public et privé s'estompent. C'est ainsi que des suicides ont été considérés comme des accidents de service par le Conseil d'Etat.

La reconnaissance de l'imputabilité au service appartient toujours à l'administration. Si l'administration conteste le lien avec le service, elle doit saisir la commission de réforme départementale pour qu'elle rende un avis, avis que l'administration n'est pas obligée de suivre.

Mais les recours des familles peuvent faire avancer le droit. C'est ainsi que le Tribunal administratif de Paris dans une décision du 21 juin 2012 a contraint l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris à reconnaître le suicide d'une cadre imputable au service. C'est à la suite du refus de la Direction d'un hôpital de suivre l'avis de la commission de réforme favorable à la reconnaissance du suicide en accident de service, que la famille avait saisi le Tribunal administratif. Les juges se sont appuyés sur les certificats médicaux et le rapport de l'expertise diligentée par le CHSCT.

### Saisir le médecin du travail et l'inspection du travail

En présence d'un suicide sur le lieu de travail ou pas, il faut prendre contact avec le médecin du travail ou le médecin de prévention pour discuter de la situation, avoir son sentiment sur le drame avant la réunion du CHSCT, demander sa présence au CHSCT.

L'inspection du travail doit également être informée de l'accident et de la décision de mener une enquête. Il lui revient de rechercher les éléments d'un lien éventuel de causalité entre ce geste et les conditions de travail.

### Des arguments à combattre

**La question de l'instrumentalisation du suicide :** Si en qualité de militants syndicaux, nous sommes fondés et légitimes à émettre l'hypothèse dans le cas d'un suicide, que les conditions de travail de la victime peuvent avoir un lien avec son geste, nous sommes également fondés et légitimes à chercher si cette hypothèse se vérifie ou pas. Mettre en œuvre des actions (enquête, expertise...) pour la vérifier, ce n'est pas instrumentaliser un suicide, c'est agir dans le cadre de nos prérogatives, de celles du CHSCT dont la mission est de prévenir les risques professionnels.

**La mise en avant de problèmes personnels :** Affirmer cela comme une réponse possible au geste de la personne, c'est nier que la vie est un tout, c'est nier que la perception qu'un individu a de sa vie est un tout. Il n'y a pas la vie au travail d'un côté et la vie privée de l'autre ; il y a des interactions permanentes, ce qui signifie que le vécu d'un salarié au travail influence au moins autant sa vie privée que l'inverse.

Le fait qu'une personne ait des problèmes personnels n'est pas une condition suffisante pour ne pas faire l'hypothèse que ses conditions de travail ont pu peser dans sa décision.

**Les conditions de travail et l'aspect incontournable des changements, pour des raisons économiques notamment :** Toutes les raisons évoquées pour justifier des changements, ne libèrent pas la Direction de ses obligations quant à la préservation de la santé des salariés.

Aucun changement, aucune réorganisation, aucune contingence économique ou financière ne pourrait justifier le fait que la préservation de la santé des salariés ne soit pas respectée. La jurisprudence rattrape aujourd'hui les employeurs en condamnant ceux qui ne respectent pas leur obligation de sécurité de résultat.

Source [www.solidaires.org](http://www.solidaires.org)

Fiche n°8, novembre 2012, extraits

### Déjà parues

- **Fiche n°1**, *Pression au travail : quand des collègues « pètent les plombs »*
- **Fiche n°2**, *Le Document Unique : une opportunité pour rendre visible ce que vivent les salariés*
- **Fiche n°3**, *Le stress : tout le monde en parle... que faire ?*
- **Fiche n°4**, *Donner la parole aux salariés*
- **Fiche n°5**, *L'expertise CHSCT*
- **Fiche n°6**, *Droit de retrait et d'alerte*
- **Fiche n°7**, *Les cancers professionnels, un enjeu syndical*

<sup>1</sup>Article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale : « Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. »

## Les articles traitant du CHSCT depuis le 1<sup>er</sup> numéro des *Cahiers des rps / fps*

### ■ *Les Cahiers des fps*, n°1, février 2005

- « Risques psychosociaux : le CHSCT en première ligne » J.L. Vayssière, Expert agréé CHSCT, Cabinet Syndex

### ■ *Les Cahiers des fps*, n°2, sept. 2005

- « Le CHSCT dans un Centre de Lutte Contre le Cancer », P. Majerus, Secrétaire CHSCT, Institut Paoli-Calmettes
- « Santé mentale : le CHSCT peut aussi s'en occuper », Y. Bérani, in *Viva*, juillet 2005
- « Le CHSCT voit son rôle conforté sur la santé mentale », F. Hastings, in *La Tribune*, 23 mars 2005

### ■ *Les Cahiers des fps*, n°5, déc. 2006

- « Former les élus d'un CHS pour les aider à comprendre les situations de souffrance au travail », N. Fraix, Chargé de mission, Aravis
- « Prise en compte du risque de violences subies par le personnel en secteur psychiatrique : un exemple de coopération entre le CHSCT et le service de santé au travail », F. Torresani, Médecin du travail, CHS Montperrin
- « A propos de la manifestation : *Face à la souffrance morale des soignants, comment renforcer le rôle des CHSCT ?* », V. Vapillon, FO, Secrétaire du Comité de Liaison Inter-CHSCT 13
- « La souffrance au travail : quelle collaboration entre les personnels d'encadrement et le CHSCT ? », L. Morlan, FO, AP-HM La Timone

### ■ *Les Cahiers des fps*, n°6, mars 2007

- « Evolution du travail et gestion des ressources humaines dans une collectivité locale : approche d'un CHS. », *de notre place de syndicat au CG 13, le Syndicat Démocratique Unitaire 13, affilié à la FSU*
- « Entretien avec M. Bonomo, secrétaire du CHSCT de la SEM »

### ■ *Les Cahiers des fps*, n°7, août 2007

- « Entretien avec le syndicat CGT du CNPE Tricastin, *le 15 juin 2007...* », V. Neumayer, Secrétaire générale du syndicat CGT CNPE Tricastin, M. Gagny, CHSCT Logistique CNPE Tricastin, V. Bernard, F. Manté, Secrétaires du syndicat CGT CNPE Tricastin

### ■ *Les Cahiers des fps*, n°10, août 2008

- « Le syndicalisme et les risques liés aux FPS : enjeux et bousclement pour les syndicats », I. Michel-Raimbault, Secrétaire UFICT-CGT Mines-Energie

### ■ *Les Cahiers des rps*, n°18, déc. 2008

- « Une expérience syndicale dans le domaine des facteurs psychosociaux », Syndicat CGT de la SEPR

### ■ *Les Cahiers des rps*, n°12, mai 2009

- « L'action judiciaire des CHSCT », M. Damiano, Avocate
- « L'expertise CHSCT des risques psychosociaux : entre production de connaissance et processus social », F. Martini, E. Bonetto, Experts CHSCT, Cabinet CATEIS

### ■ *Les Cahiers des rps*, n°16, déc. 2010

- « Témoignage d'un représentant CHSCT de France Télécom-Orange », J.P. Hippas, Représentant CHSCT national CGT

### ■ *Les Cahiers des rps*, n°20, nov. 2012

- « Le CHSCT : à la recherche d'un épice pour l'amélioration des conditions de travail », Jack Bernon, Responsable du département Santé et Travail, ANACT
- « Le CHSCT réinterrogé à l'occasion de l'émergence des RPS », Henri Forest, Secrétaire confédéral CFDT
- « CHSCT : l'expertise du travail », Jean-Louis Vayssière, Cabinet SYNDEX

### ■ *Les Cahiers des rps*, n°21, mai 2013

- « Présentation du « *Guide RPS à l'usage des CHSCT* », *Les Cahiers des rps*
- « Elus des CHSCT face au « RPS ». Comprendre l'hétérogénéité des pratiques », Paul Bouffartigue et Christophe Massot, CNRS, LEST Aix-en-Provence
- « Que faire en cas de suicide ou tentative de suicide ? L'action à mener dans le cadre du CHSCT », Extraits de la fiche n°8 de l'Union syndicale Solidaires

## Appel à contribution

Si vous désirez soumettre un article au Comité de rédaction de la revue

*Les Cahiers des Risques Psychosociaux,*

vous pouvez l'adresser directement par mail à

[cahiersrps@cateis.fr](mailto:cahiersrps@cateis.fr)

### Consignes aux auteurs :

**1** *Indiquer sur la première page :*

- La date de proposition de l'article
- Le titre du texte
- 3 à 5 mots clés (maximum) en français, identifiant le contenu de l'article
- Les nom et prénom (en entier) des auteurs, leurs coordonnées complètes (structure d'appartenance, adresse postale et électronique, etc.), ainsi que leur fonction au poste

**2** *Citations et références bibliographiques :*

utiliser les normes de *l'American Psychological Association*

**3** *Numéroter et intituler les tableaux et figures*

(mettre une légende si nécessaire)

**4** *Le texte doit faire 4 à 6 pages,*

en police *Times new roman*, taille de police 12, interligne simple.

Il doit être fourni au format Word

### Règles de bonnes pratiques concernant l'utilisation de contenus :

L'utilisation des contenus est soumise au respect des lois sur le droit d'auteur, en particulier relativement aux règles de citation, aux mentions d'auteur et de copyright. Pour ce qui concerne les citations et emprunts directs (d'un mot ou expression, d'une phrase ou d'un passage plus complet), ceux-ci doivent être explicitement identifiés par l'utilisation de guillemets au début et à la fin du passage utilisé. L'auteur, l'année et la page concernée doivent être cités immédiatement après entre parenthèses et l'intégralité de la référence mentionnées dans la bibliographie figurant en fin d'article.

Au-delà d'une certaine taille de l'emprunt ou de la citation, d'autres règles peuvent s'appliquer et il peut s'avérer nécessaire de demander une autorisation écrite de reproduction à l'auteur et/ou l'éditeur. Par exemple, *l'American Psychological Association* considère qu'au-delà de 500 mots, il ne s'agit plus d'une citation et que la demande d'autorisation écrite de reproduction est nécessaire.

Les sources de provenance des tableaux, graphiques, schémas ou questionnaires utilisés doivent être clairement mentionnées dans leur titre (auteur(s), année, page(s)) et intégralement référencées dans la bibliographie en fin d'article.

Les cahiers  
des  
**rps**



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

MINISTÈRE  
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,  
DE LA FORMATION  
PROFESSIONNELLE  
ET DU DIALOGUE SOCIAL

