



## Prévenir ensemble

### Les risques d'atteinte psychologique au travail

#### Editorial

#### Outils

- Note de synthèse : « *Agir sur les souffrances relationnelles au travail : manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail* »
- Retour d'expérience d'une approche de diagnostic, puis de prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles et musculo-squelettiques en unité de soins (ORSOSA)

#### Actualités

- Synthèse du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : Interactions entre santé et travail, juin 2013
- Evolution jurisprudentielle : le juge face aux décisions de l'employeur en matière d'organisation

#### Dossier colloque

- Substances psychoactives et travail, (Expérience de la journée du 19 octobre 2012 à Digne-les-Bains),
- Substances psychoactives et milieu de travail : point juridique

#### Pratiques

- Colloque E-Pairs – « La Clinique Médicale du Travail. Contribution de la médecine du travail »
- Clinique Médicale du Travail : origines, concepts, définitions, pratiques
- Une histoire clinique à comprendre ensemble

#### Perspectives

- Recherche sur le lien entre stress professionnel et santé mentale
- Les malentendus intergénérationnels en entreprise ne sont pas réductibles à des questions de relations interpersonnelles

#### Revue

- Recueil des articles traitant du suicide 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  
Jérôme Migirditchian

## CORRECTIONS

Valérie Aiguespares

## MAQUETTE

Hania Djebbar / 06 76 01 00 42

## EDITEUR

### CATEIS

www.cateis.fr

EUURL 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°22  
Décembre 2013

## 4 Editorial

### Outils

6

• Note de synthèse : « *Agir sur les souffrances relationnelles au travail : manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail* »

11

• Retour d'expérience d'une approche de diagnostic, puis de prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles et musculo-squelettiques en unité de soins (ORSOSA)

### Actualités

18

• Synthèse du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : Interactions entre santé et travail, juin 2013

21

• Evolution jurisprudentielle : le juge face aux décisions de l'employeur en matière d'organisation

### Dossier colloque

26

• Substances psychoactives et travail, (Expérience de la journée du 19 octobre 2012 à Digne-les-Bains),

29

• Substances psychoactives et milieu de travail : point juridique

### Pratiques

32

• Colloque E-Pairs – « La Clinique Médicale du Travail. Contribution de la médecine du travail »

33

• Clinique Médicale du Travail : origines, concepts, définitions, pratiques

35

• Une histoire clinique à comprendre ensemble

### Perspectives

43

• Recherche sur le lien entre stress professionnel et santé mentale

46

• Les malentendus intergénérationnels en entreprise ne sont pas réductibles à des questions de relations interpersonnelles

### Revue

50

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

# ORFÈRE

Une question se pose de manière insistante du point de vue méthodologique et pratique : doit-on intégrer la prévention des risques psychosociaux dans une démarche plus globale de prévention de la santé au travail ? Faut-il le faire à partir d'une certaine taille d'entreprise ou cela est-il valable quelle que soit le type d'organisation (en ayant à l'esprit la nécessaire articulation avec les démarches de Qualité de Vie au Travail) ?

Il n'entre pas dans le cadre de cet éditorial de répondre à un sujet aussi complexe. Néanmoins il convient d'apporter quelques éléments de réflexion. Le premier est que les entreprises vont avoir *de facto* du mal à articuler ou associer les diverses démarches (TMS, RPS...) relevant de la santé au travail. La multiplication des groupes de travail, Comités de Pilotage, diagnostics, n'est pas un gage de pérennité ni d'efficacité. Or l'on sait que plus les actions engagées sont complexes plus les probabilités de délitement au cours du processus sont fortes et plus elles susciteront de réticences. Le second élément est qu'il faut se garder de dissoudre la question spécifique des risques psychosociaux dans un ensemble globalisant aux contours mal identifiés. Un équilibre est à trouver sinon à tenir. Ces exigences très pragmatiques vont peut-être accélérer une évolution méthodologique : dans le domaine de la santé au travail, le raisonnement à partir des risques n'est pas forcément le plus adapté. C'est celui qui a prévalu dans l'approche de la sécurité, de façon tout à fait logique et légitime. On a procédé de la même manière pour la santé. Presque sans y penser, en tout cas en fonction des repères que l'on avait. Mais il serait sûrement plus intéressant de partir des facteurs d'exposition : après tout, les troubles, qu'ils soient psychosociaux ou musculo-squelettiques, ne sont que la résultante (directe ou indirecte) d'une exposition à des facteurs organisationnels. C'est au fond la position implicite des auteurs de la démarche ORSOSA dont on trouvera ici une présentation détaillée (« *Retour d'expérience d'une approche de diagnostic, puis de prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles et musculo-squelettiques en unité de soins* »). Il semble, sous réserve évidemment de développements ultérieurs, qu'il vaille mieux substituer à l'approche par risque celle par les situations de travail exposantes, situations pouvant amener des altérations à la santé. Ces perspectives très grossièrement et rapidement dessinées peuvent nous conduire à une autre appréhension des liens santé-travail.

Cité dans la *Synthèse du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : Interactions entre santé et travail* un récent rapport de l'Organisation internationale du travail (La prévention des maladies professionnelles, Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, 28 avril 2013, OIT) sur la prévention des maladies professionnelles estimait que *comparée aux accidents industriels, les maladies professionnelles ou liées au travail restaient pratiquement invisibles, même si elles tuaient six fois plus de personnes dans le monde tous les ans*. On prend mieux la mesure des enjeux à la lecture de ce type de constatations. Mais le rapport de l'IGAS indique également que l'évolution des formes d'organisation joue sur l'évolution des problématiques de santé au travail. Sur ce point on peut souligner que la montée en puissance des mobilités et de la précarité n'est pas un facteur favorisant pour suivre les impacts du travail sur la santé. Or pour toutes les pathologies à effet différé, un suivi longitudinal est pourtant nécessaire. Un autre élément mis en avant par l'IGAS est que *la France se distingue par une proportion élevée de décès ou de maladies liés à la consommation de substances psychoactives. Le baromètre santé 2010 de l'INPES<sup>1</sup> souligne que plus du tiers des fumeurs réguliers (36,2%), 9,3% des consommateurs d'alcool et 13,2%*

des consommateurs de cannabis déclarent avoir augmenté leurs consommations du fait de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des 12 derniers mois. Il est vrai que l'on a encore du mal à se saisir pleinement de la problématique des addictions dans les politiques de prévention, c'est un sujet encore trop peu investi. Le colloque organisé par le CoDES 04 sur le thème « Substances psychoactives et travail » à Digne-les-Bains, et dont sont issues deux contributions à ce numéro, fait partie des initiatives louables visant à promouvoir la prise en compte d'une question que l'on juge parfois trop intriquée à la sphère personnelle pour être intégrée au domaine de la prévention des risques professionnels. Anne-Marie Durand dans son texte « *Substances psychoactives et milieu de travail : point juridique* » éclaire d'ailleurs cette dimension à partir de données souvent mal maîtrisées (même par les acteurs de la prévention) et simplement mal connues : les données réglementaires relatives à la question des consommations de substances psychoactives dans le milieu de travail. Cet article permettra aux lecteurs d'avoir une vue synthétique mais complète des points essentiels. En effet devant certaines situations, bon nombre d'acteurs de l'entreprise sont souvent désarmés.

L'approche juridique se retrouve au centre d'un autre texte, celui de Jérôme Migirditchian « *Evolution jurisprudentielle : le juge face aux décisions de l'employeur en matière d'organisation* ». Nous sommes là dans une perspective plus large, mais qui était nécessaire au vu de l'évolution des questions jurisprudentielles dans le domaine de la santé au travail en général et des risques psychosociaux en particulier. Il apparaît que les jurisprudences vont dans le sens de la remise en cause du pouvoir de direction de l'employeur, ainsi que dans ses choix organisationnels. Comme le pointe l'auteur : « *Les modes de gestion collective du travail (management par la performance, lean...) mis en oeuvre par des entreprises peuvent s'avérer délétères sur la santé des travailleurs, et être remis en cause par le juge* ». Nul doute que des évolutions sont encore à venir car plus le lien entre organisation et santé sera investi, plus nous disposerons de données objectivées et fiables du point de vue scientifique dans ce domaine, plus le cadre réglementaire ne pourra que suivre. Pour autant cela ne peut pas se traduire simplement par une augmentation exponentielle des contraintes pour les employeurs, ce serait à moyen terme contre-productif et au fond n'aurait guère de sens. Il semble évident que cette évolution doit être accompagnée d'un effort conséquent relatif aux bonnes pratiques d'organisation et d'une avancée encore plus conséquente dans le partage d'une culture « prévention et organisation » qui fait aujourd'hui

défaut de manière criante. On peut s'attendre (ou espérer ?) à ce que les sciences de l'organisation se saisissent de ce défi et enrichissent leur réflexion d'une dimension supplémentaire. C'est peut-être de ce côté-là que dans les années à venir nous verrons le plus de progrès. Mais cela relève pour une bonne part de la recherche. Saluons au passage la naissance d'une nouvelle revue : *La revue des conditions de travail* de l'ANACT dont le (futur) premier numéro portera justement sur « L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux ». Le pari des promoteurs est « *de faire discuter les intérêts singuliers avec les problématiques générales, les acquis théoriques avec les connaissances issues de la pratique... Face à la dispersion des savoirs, mais aussi devant la nécessité d'en créer de nouveaux, la rencontre de ces deux voies est seule à même de dépasser la déploration des dysfonctionnements et de proposer des pistes d'amélioration légitimes et pertinentes* ». Nous ne pouvons que souscrire pleinement à ce projet qui allie réflexion et action, interrogation théorique et souci de l'efficacité. Ce sera sans nul doute un outil précieux pour tous les préventeurs.

Mais le champ des risques psychosociaux ne convoque pas uniquement les savoirs de l'organisation. Il contient une irréductible part psychosociale que ne sauraient recouvrir ni les discours sur le travail ni les discours sur l'organisation. C'est précisément l'objet du manuel « *Agir sur les souffrances relationnelles au travail : manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail* » élaboré par le Service de Psychologie Sociale des Groupes et des Organisations de l'Université de Liège et l'ISW Limits de Louvain, manuel dont une synthèse est présentée dans ce numéro. Un certain nombre de préconisations sont détaillées dans cet article visant à prévenir, selon différents niveaux, les risques de souffrance relationnelle au travail. Concernant la prévention tertiaire, elles s'articulent principalement autour des conflits interindividuels. La seconde partie du manuel fera l'objet d'un prochain article dans le numéro suivant des *Cahiers*.

Nous ne reprendrons pas la liste intégrale des contributions composant le présent numéro de la revue qui, pourtant, mériteraient chacune une note visant à orienter l'attention du lecteur et lui laisserons le plaisir de la découverte du contenu de cette dernière livraison.



**Franck Martini**  
Directeur de publication

<sup>1</sup>Des substances psychoactives plus consommées dans certains secteurs de travail. Baromètre santé 2010, INPES 2012

## Note de synthèse : « Agir sur les souffrances relationnelles au travail : manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail »

Le Service de **Psychologie Sociale des Groupes et des Organisations de l'Université de Liège** (équipe de recherche : Daniel Faulx, Emmanuelle Horion et Sophie Delvaux sous la supervision scientifique de Jean-François Leroy et avec la collaboration de Tiber Manfredini) et **ISW Limits de Louvain** (équipe de recherche : Ilse Devacht, Sien Schraepen, Sofie Taymans, Maai Vandepoel sous la supervision de Dirk Antonissen) ont reçu la mission *d'étudier, de concevoir et de tester des pratiques de prévention et d'intervention sur les situations de souffrance relationnelle au travail*. Les recherches réalisées ont mené à la rédaction de l'ouvrage : « *Agir sur les souffrances relationnelles au travail : manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail* ».

### Introduction

Le présent texte synthétise l'ouvrage : « *Agir sur les souffrances relationnelles au travail : manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail* ». Ce manuel a été rédigé, à la demande de la Direction générale Humanisation du Travail du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, par l'université de Liège et ISW Limits de Leuven. L'objectif est de mieux comprendre les situations de souffrance relationnelle au travail (notamment la présence de phénomènes comme le conflit extrême, le harcèlement moral, le harcèlement sexuel ou la violence au travail). Ainsi, le **Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale** a développé, avec le soutien du Fonds social européen, un programme de recherche-action sur ce que l'on appelle aujourd'hui la charge psychosociale au travail. Ceci afin de la prévenir, d'en réduire la présence et les coûts associés en termes de bien-être au travail, de santé mentale et physique des travailleurs, de qualité du travail.

Du point de vue de la prévention, il s'agira, dans un premier temps, de définir les concepts autour des comportements abusifs et de comprendre les processus d'apparition et de développement des conflits.

Dans un second temps, il s'agira d'aborder les différentes méthodes de prévention, afin de limiter les risques d'apparition de comportements abusifs (prévention primaire), d'empêcher ou de faire face à un comportement abusif au niveau organisationnel (prévention secondaire), ou encore, d'intervenir sur des situations avérées de souffrance au travail (prévention tertiaire).

### Concepts, définitions, et processus des comportements abusifs au travail

#### Les principales définitions

Les situations de souffrance relationnelle au travail correspondent aux situations dans lesquelles un individu ou un groupe expriment ou ressentent du mal-être dû aux relations professionnelles.

Il peut s'agir de situations dites « symétriques » ou de situations dites « complémentaires ».

#### Les situations complémentaires

Les situations complémentaires sont caractérisées par une inégalité entre les parties prenantes du conflit. Il peut s'agir de situations dans lesquelles un individu ou un groupe a des comportements

« non adaptés » vis-à-vis d'un autre qui les subit (harcèlement moral, violences au travail...). Ces situations sont souvent abordées sous le terme de « situations abusives ».

**Le harcèlement moral** désigne des conduites abusives visant à porter atteinte à une personne, à sa dignité ou son intégrité physique ou psychologique dans le cadre du travail. Les conséquences du harcèlement les plus souvent évoquées sont physiques ou psychiques pour la personne qui en est victime. Les victimes sont dans l'impossibilité effective ou perçue de se défendre face aux comportements abusifs.

**Le harcèlement sexuel** comprend la discrimination sur la base du sexe, les intentions sexuelles indésirables, et les pressions pour contraindre une personne à subir ou accomplir un acte non désiré. Les contextes qui peuvent favoriser l'apparition de tels actes sont ceux où les remarques sur les hommes et les femmes sont tolérées, les milieux où les métiers sont plus communément réalisés par l'un des deux sexes, et les milieux dans lesquels des politiques de communication contre le harcèlement sexuel n'ont pas été formalisées. Par ailleurs, des études ont révélé que le profil des auteurs de ces actes est souvent psychopathologique. Pour les victimes, quant à elles, la manière dont elles font face aux comportements indésirables est plus déterminante que le profil de la personne. Il n'y a donc pas de « victime type ».

**L'emprise** est le terme utilisé pour rendre compte de problématiques ayant trait à la possession et à la dépossession de l'autre. L'emprise organisationnelle désignera alors les pratiques mises en place conduisant les salariés vers une conformité maximale aux règles et aux valeurs de leur entreprise. Dans une mesure plus extrême, ce processus est similaire aux pratiques de type sectaire.

**Les violences au travail** sont des comportements précis entre un auteur et une victime clairement identifiable, dont le phénomène est différent du harcèlement moral. Les violences au travail sont le plus souvent constatées dans les contextes impliquant un travail et une collaboration physique, une forte pression au travail, un soutien social limité, et un niveau d'autonomie élevé.

#### Les situations symétriques

Les situations symétriques sont caractérisées par une mobilisation équivalente ou équilibrée des ressources de la part de l'ensemble des parties de la situation de conflit.

Le plus souvent, les conflits sont présents depuis plusieurs années et les parties prenantes ont des difficultés à définir comment et pourquoi ce conflit a commencé. Ils peuvent conduire à des phénomènes de bipolarisation du collectif (deux groupes de salariés qui s'opposent). La vie organisationnelle se construit autour de deux pôles opposés. La bipolarisation est renforcée par un phénomène de polarisation groupale défini comme « l'accentuation d'une tendance initialement dominante dans un groupe »<sup>1</sup>. Ce phénomène extrême donc les positions déjà adoptées à l'intérieur du groupe et renforce le conflit entre les groupes.

L'évolution d'un différend en conflit peut communément se décliner en quatre phases. La première est la « phase précoce » ; le

<sup>1</sup>Moscovici, S. & Abric, J.C., (1984), *Psychologie Sociale*, Paris, PUF

conflit n'est pas vraiment déclaré, il s'agit plutôt de désaccords relatifs à des visions différentes sur les valeurs, les modalités d'organisation, le travail... La situation ne requiert pas d'énergie supplémentaire, ne génère pas de souffrance, et la probabilité de la résoudre est bonne.

Sans une régulation de cette première phase, apparaît alors une cristallisation. Le contenu et les motifs du conflit restent clairs et visibles pour l'ensemble des parties concernées, cependant, une dimension relationnelle va s'intensifier. Le conflit va alors être abordé selon des termes de « gagner » ou « perdre » et l'énergie déployée est plus importante.

Ensuite, le conflit deviendra l'objet de toutes les attentions. Les personnes directement concernées déploieront beaucoup d'énergie dans ce conflit, impactant la vie professionnelle.

Les personnes qui ne sont pas directement concernées, elles, commenceront à en subir certaines conséquences. L'aspect relationnel devient central, il ne s'agit plus d'un désaccord sur le contenu du conflit, mais plutôt d'une cristallisation autour des personnes porteuses de ces points de vue différents. La polarisation des parties est marquée, et parfois l'entourage s'intègre dans cette dynamique au point qu'il n'y ait plus de « personnes neutres ». Le contenu du conflit en lui-même n'est plus au centre des préoccupations. Les raisons ayant engagé ce conflit commencent à s'obscurcir. A ce stade, la situation est particulièrement dégradée.

La quatrième phase peut, dans le meilleur des cas, amener une période de rétablissement si des solutions de résolution du conflit sont trouvées. L'énergie est alors déployée à compenser les séquelles laissées par le conflit, les coalitions se brisent, et le professionnalisme revient progressivement. Si aucune solution n'est trouvée, il est possible d'observer un épuisement des différentes parties, qui concentrent alors leur énergie à se préserver individuellement. La résolution est très complexe, notamment par une faible disposition des parties à déployer de l'énergie pour réguler et chercher des solutions.

Dans ces deux cas, le conflit est placé au second plan, et les luttes ouvertes sont abandonnées.

Un troisième cas de figure peut cependant apparaître dans cette quatrième phase. Il s'agit d'une amplification du conflit. Dans ce cas, d'autant plus de personnes prennent part au conflit, les oppositions sont radicalisées, les incidents sont de plus en plus fréquents, et chaque situation peut amener une pierre à l'édifice. Les signes de mal-être et de souffrance sont de plus en plus présents, et l'espoir d'une résolution diminue significativement.

## Les processus qui jouent un rôle lors de problèmes relationnels sur le lieu de travail

### Les facteurs individuels

Il peut arriver que les comportements abusifs soient liés à une pathologie individuelle plus générale. Un conflit peut aussi déclencher une pathologie latente. Ces situations rendent plus compliquée la recherche de solutions ou l'intervention. Des éléments de vie ou situations personnelles peuvent fragiliser davantage les victimes qui subissent des comportements abusifs, et ainsi, avoir des conséquences physiques ou psychologiques plus fortes.

### Les processus psychologiques

**La polarisation** désigne un processus par lequel les groupes s'articulent autour d'idées bien distinctes. Les différences entre les groupes sont accentuées et les points de vue à l'intérieur du groupe tendent à se radicaliser.

**La personnalisation** est un processus qui vise à attribuer des comportements aux caractéristiques personnelles. Ce ne sont plus les comportements qui sont réprochés mais la personne elle-même.

**La stigmatisation** est un processus qui vise à légitimer le fait qu'une personne soit victime par la recherche de caractéristiques physiques ou psychologiques. Cela permet de justifier et rationaliser les comportements indésirables émis à son encontre. « Elle ne s'impose pas assez. ».

**La victimisation** est un processus interne par lequel l'individu se désigne lui-même comme victime. Ce processus augmente la vulnérabilité de la personne et peut conduire à des syndromes de persécution.

**Les traumatismes secondaires** sont des conséquences assez courantes lorsque les personnes subissent des comportements abusifs. La personne peut ainsi remettre en question des convictions initiales, ou présenter des troubles de stress post-traumatique.

**La perte de contrôle** relève d'un sentiment d'impuissance face aux situations. Elle peut amener les individus à adopter des attitudes très passives face aux comportements abusifs dès lors que les actions qu'elles ont mises en place n'ont pas permis de les arrêter. Elles sont alors convaincues qu'aucune stratégie ne sera efficace.

### Les processus de dynamique de groupe

**L'instrumentalisation du harcèlement moral** est un phénomène qui peut s'observer. Le harcèlement peut devenir un moyen de lutter dans des contextes où les collaborateurs seraient, par exemple, en compétition pour des « avantages rares » (promotion, reconnaissance...). La personne évalue les avantages et les inconvénients avant d'adopter un comportement. Selon le contexte, il est possible que cette évaluation penche en faveur de l'adoption de comportements harcelants (décrédibiliser un collègue pour obtenir une promotion...). Ces comportements peuvent donc devenir des stratégies à l'atteinte des objectifs, et sont rarement sanctionnés par les dirigeants. Ce phénomène est appelé le rapport effet/risque, et est influencé par des facteurs contextuels.

**Le conformisme** est un processus par lequel les personnes se comportent de manière à répondre aux valeurs et aux normes dominantes du groupe. Ce phénomène permet de comprendre comment se forment les coalitions et les prises de parti. Les individus feront leur choix en fonction de ce que pense la majorité, ou en fonction du « camp » le plus stratégique à « rejoindre ». Les personnes ou les groupes « neutres » tendront à disparaître progressivement.

## *Les processus psychosociaux*

Les processus psychosociaux influencent également les comportements, indépendamment de leurs caractéristiques individuelles.

**La paresse sociale** est un concept qui révèle que les efforts que font les individus sont inversement proportionnels à la taille du groupe auquel ils appartiennent. Ce phénomène peut expliquer la dissolution de la responsabilité vis-à-vis des comportements abusifs qui sont réalisés. La personne victime de comportements abusifs pourra alors être davantage isolée lorsqu'elle appartient à une grande équipe.

**La dépendance acquise** est un phénomène dans lequel la personne a eu un sentiment d'impuissance lors de situations passées et qui réagit avec un sentiment d'impuissance générale aux nouvelles situations. Elle n'est plus en mesure de déterminer les situations dans lesquelles elle peut ou non exercer un contrôle. Ainsi les personnes réagissent de manière résignées aux nouvelles situations de conflit, les rendant plus vulnérables et aggravant la proportion que prend la situation.

**La prophétie auto-réalisatrice** est une tendance à se comporter en accord avec ce qui est attendu, augmentant la probabilité que ces attentes se réalisent. Ainsi, dans les cas de comportements abusifs, la réaction de la victime joue un rôle dans l'évolution de la situation.

## **La prévention primaire ou : comment limiter les risques d'apparition de comportements abusifs ?**

La prévention primaire vise à prévenir les risques d'apparition de comportements abusifs, avant même qu'ils n'aient eu lieu. Il s'agira alors d'identifier les facteurs qui favorisent leurs apparitions et d'agir sur ces facteurs. Ce type de prévention permet d'obtenir de meilleurs résultats, et est moins coûteuse que lorsqu'il faut résoudre une situation cristallisée.

En pratique, les mesures qui sont prises par les entreprises en termes de prévention primaire relèvent le plus souvent : d'une adaptation du règlement intérieur, d'une sensibilisation à la problématique, d'une communication des procédures internes pour dénoncer des comportements abusifs auprès du personnel, et de la mise à disposition d'un formulaire. Des formations sont également réalisées, principalement auprès du personnel encadrant.

Or, beaucoup d'entreprises se sentent impuissantes quant à la manière concrète d'agir, et surtout, ont des difficultés à trouver les moyens temporels et humains pour réaliser un plan de prévention contre les situations de souffrance relationnelles au travail.

## *L'objectif d'une prévention primaire des comportements abusifs*

Il s'agit de mettre en place et de maintenir une ambiance de travail professionnelle et respectueuse. De fait, les travailleurs devront respecter des règles et des normes préalablement établies allant dans ce sens, avant l'apparition d'un préjudice quelconque.

Comme cela a été abordé précédemment, les individus évaluent le rapport « coût/bénéfice » des comportements qu'ils mettent en œuvre. Par nature, les personnes vont adopter des comportements qui amènent des conséquences positives. Or, les conséquences associées à un comportement sont en grande partie déterminées par

le contexte dans lequel le comportement s'inscrit.

Les prérequis permettant de réduire le risque de voir apparaître des comportements abusifs sont de :

- Définir des avantages clairs et valorisants, qui vont amener les personnes à adopter des comportements qui engendrent des conséquences positives. Ces avantages peuvent être économiques (mise à disposition de matériel, primes...) ou d'ordre psychologiques (considération, responsabilisation, manifestation d'attentions particulières...);
- Garantir des conséquences claires et définies. Il s'agira alors de formaliser les conséquences encourues en fonction des comportements abusifs émis, et de tenir ces engagements dès lors que la situation se présente ;
- D'instaurer des règles de « bonne conduite » simples, permettant d'intégrer progressivement ces bonnes conduites à la culture de l'entreprise et à ses valeurs.

## *Mise en place d'une démarche de prévention primaire*

La mise en place d'une démarche de prévention de l'apparition des comportements abusifs se décline en plusieurs étapes, qui peuvent s'apparenter à des démarches de prévention primaire d'autres aspects tels que les Risques Psychosociaux par exemple.

## *L'identification des facteurs de risques liés à la situation professionnelle*

Pour pouvoir mettre en place une démarche de prévention efficace, il s'agit dans un premier temps d'identifier les facteurs qui peuvent favoriser l'apparition de difficultés relationnelles ou de comportements abusifs. Un certain nombre ont été mentionnés lors de la déclinaison des définitions et des processus amenant des comportements abusifs.

Plusieurs facteurs apparaissent dans la littérature comme favorisant l'apparition de conflits.

Ces facteurs se situent tant au niveau des tâches que des relations ou de l'organisation :

- Manque de précision des rôles
- Manque de soutien social des collègues ou de la hiérarchie
- Pression du travail trop faible ou trop forte
- Imprécision des attentes ou des objectifs
- Individualisme très marqué voire encouragé
- Manque de compétences managériales au niveau de la régulation des relations
- Manque de transparence dans les systèmes de valeurs

## *L'établissement d'un plan de prévention à long terme*

Il est possible de réduire les risques d'apparition de conflits en intervenant de manière isolée et ciblée. Cependant, il est plus avantageux de mettre en place une politique de prévention plus approfondie et plus globale.

Ainsi, il est conseillé de prévoir des procédures claires de prévention, des procédures d'accueil autour des questions de souffrance relationnelles, et d'assurer la mise en œuvre d'un plan de prévention et de son suivi.

Par ailleurs, un certain nombre de facteurs généraux peuvent prévenir l'apparition de comportements abusifs, notamment dans l'optimisation de l'aménagement du matériel, l'organisation des contacts entre les salariés ou avec des tiers les plus sûrs possibles, et dans la transparence du processus décisionnel en cas de comportement abusif.

### *La rédaction d'un code de bonne conduite*

Il est important de définir clairement ce qui est attendu, en termes de comportement des salariés. Ainsi la formalisation d'un code de bonne conduite intégrera progressivement ces attentes dans la culture de l'entreprise. Il s'agit donc de déterminer l'ensemble des comportements professionnels acceptés, envers les pairs, les supérieurs, les subordonnés et les clients ou collaborateurs externes, dans ce code. Il est préférable que ces comportements soient explicités clairement et détaillés, sur la base de la vision et de la culture qui est visée par le groupe et l'organisation. L'adhésion et la valorisation du code seront favorisées par une rédaction commune de ce code avec l'ensemble des intéressés.

Il peut également être intéressant que le code retrace les sanctions relatives aux débordements.

### *La sensibilisation du personnel*

Afin de favoriser l'adhésion du personnel, il est nécessaire de leur transmettre la vision de l'organisation autour des comportements souhaités. Il s'agit donc aussi de le sensibiliser aux comportements problématiques ou non souhaités. A l'issue de cette sensibilisation, le personnel doit connaître la position de l'organisation sur ces sujets, et les procédures ou sanctions en cas de comportements abusifs ou problématiques.

### *La responsabilisation des dirigeants*

Les dirigeants jouent un rôle central dans la prévention des facteurs de risques d'apparition de comportements indésirables, mais ils peuvent également avoir une part d'influence dans l'apparition ou l'aggravation des conflits. En effet, l'intervention ou la non-intervention du supérieur ou du dirigeant en cas de problème relationnel sont déterminantes dans le bon déroulement et la pérennisation de la démarche de prévention.

Au-delà donc d'une sensibilisation, les responsables et les dirigeants doivent porter ce projet.

A ce titre, il est préférable que la sensibilisation et l'information des personnels encadrant laissent la place à des échanges.

### *La formation spécifique*

L'ensemble de ces questions est complexe, tant concernant les phénomènes qui favorisent ou réduisent leur apparition que sur les actions et réactions à mettre en œuvre pour les réguler. En ce sens, il est recommandé que les personnes qui seront en charge de la mise en place du plan de prévention, et les personnes en charge de la régulation des relations (responsables, dirigeants) assistent à une formation spécifique sur la prévention des relations de souffrance au travail et l'approche des conflits et des comportements abusifs.

### **La prévention secondaire ou : comment empêcher et faire face à un comportement abusif au niveau organisationnel ?**

Les mesures de prévention primaire réduisent les risques d'apparition de comportements abusifs ou indésirables, mais peuvent ne pas

suffire. C'est alors que la prévention secondaire permet de réduire les risques avérés, de limiter les conséquences et la propagation des comportements abusifs ou de souffrances relationnelles.

Dans un premier temps, il peut être intéressant de désigner une ou plusieurs « personnes de confiance » (en dehors du service de Ressources Humaines). Une formation spécifique visant à développer des compétences autour de la gestion des conflits et des actions à mettre en œuvre pourra alors être réalisée pour ces personnes. Il s'agit ici de proposer aux salariés une procédure d'accueil formelle ou informelle bien définie, en identifiant des interlocuteurs spécifiques. Cependant, les « personnes de confiance » peuvent se trouver dans des postures délicates et en porte-à-faux dans ces situations.

Par ailleurs, un certain nombre d'entreprises font appel à des intervenants externes pour prévenir les risques relatifs aux aspects psychosociaux et relationnels.

### *L'élaboration d'une procédure d'accueil*

La procédure doit déterminer clairement qui contacter, quel accompagnement est proposé, dans quelles conditions ? Les procédures d'accompagnement et de médiations semblent être les plus efficaces, contrairement aux procédures juridiques et législatives. En effet, cela permet de ne pas faire porter la conversation autour de l'innocence ou la culpabilité, ni sur la charge de preuves, mais plutôt autour du processus d'interaction et de trouver des solutions satisfaisantes pour les deux parties.

Par ailleurs, une procédure d'accueil juridique formelle peut s'avérer nécessaire selon la gravité de la situation.

### *L'entretien avec les plaignants ou victimes*

Lors du tout premier entretien avec les plaignants, il est important de laisser la place à l'expression des sentiments, tout en se concentrant sur la perception des faits, sans chercher la « vérité ». Il s'agit de comprendre ce que la personne vit et quelles en sont les conséquences. Il est important également d'identifier les attentes de l'intéressé, et de « corriger » les attentes irréalistes. Une information claire sur le rôle et les missions d'une « personne de confiance » doit être précisée.

L'entretien doit être accompagné d'une prise de notes, qui restera confidentielle, et doit être délimité dans le temps. Parfois, un premier entretien est suffisant et ne nécessite pas de « suites ». Il est cependant conseillé de programmer un second entretien à la fin du premier, afin de laisser un temps de maturation à la personne, en lui laissant l'opportunité de revenir sur ses attentes et besoins.

### *L'entretien avec la personne mise en cause*

Après la concertation avec le plaignant, il s'agit de prendre rendez-vous avec la personne mise en cause. Il est assez fréquent que cette dernière ne se doute pas que ses comportements ont une incidence négative sur une autre personne.

Il est donc nécessaire d'en venir rapidement à l'objet de cette rencontre, qui est de confronter la personne au fait que son comportement est jugé abusif par un collaborateur. Le « médiateur » ne doit pas formuler de jugement quant au bien-fondé ou non de ces accusations, ni sur les causes ou la responsabilité des parties.

Il informe l'intéressé du comportement et des attentes de l'autre partie. La personne mise en cause peut alors affirmer qu'elle tiendra compte de ces remarques, ou avoir une réaction excessive. Dans le premier cas, il s'agira de s'assurer que c'est bien le cas. Dans le

deuxième cas, il s'agira alors de rappeler les prérequis de la Direction vis-à-vis des comportements abusifs en rappelant qu'il est important de tenir compte des limites de chacun, et que ces limites peuvent ne pas être identiques pour tous.

### *Les conflits impliquant plus de deux personnes*

Dans ces situations, les entretiens avec le ou les plaignant(s) permettent de déterminer le nombre de personnes impliquées dans le conflit. C'est alors qu'une intervention dans le conflit de l'équipe est nécessaire. La procédure d'accueil ne sera pas suffisante. Il s'agira alors de déterminer quelles sont les facteurs qui ont laissé la place au conflit, au niveau organisationnel.

Une analyse et un enregistrement des chiffres et des plaintes pour harcèlement fournissent des informations importantes afin de mieux appréhender leur approche dans l'organisation. Il ne s'agit pas d'une comptabilisation statistique, mais plutôt de chercher à donner du sens à ces chiffres, d'en trouver les explications. Ces enregistrements doivent préserver la confidentialité des plaignants et des personnes mises en causes. Les informations qui sont conservées, ainsi que la durée de leur conservation doivent être définies en amont, et ne doivent pas être laissée à la discrétion de chacune des « personnes de confiance ».

### *La prévention tertiaire ou : comment intervenir sur les situations avérées de souffrance relationnelle au travail ?*

Un certain nombre de dispositifs peuvent être mis en place pour « réparer » les situations de souffrance relationnelles. Les dispositifs qui seront présentés ne constituent pas une liste exhaustive, mais plutôt quelques pistes qui permettent d'agir en situation de souffrance relationnelle avérée. Bien que l'on appelle communément ces démarches, des démarches de prévention tertiaires, il s'agit bien moins de prévention que de réparation.

### *Les démarches d'écoute compréhensive*

Il s'agit d'entretiens cliniques permettant aux personnes d'exprimer leur souffrance dans un espace qui sera accueilli avec bienveillance et absence de jugement. Ces espaces d'écoute peuvent parfois suffire, notamment lorsque les personnes ont bénéficié d'une écoute satisfaisante ou qu'elles souhaitent essentiellement témoigner de leur situation. Le discours des victimes est souvent radicalisé, et marqué d'émotions fortes, voire irrationnel. Il est alors important de suivre une démarche d'entretien permettant de dépasser ces situations afin de comprendre les enjeux sous-jacents.

Le plus souvent, la première partie de l'entretien permet au plaignant d'exprimer sa souffrance. Il a besoin que cette souffrance soit accueillie et écoutée. L'intervenant doit alors écouter les faits et le récit, mais aussi la souffrance.

Ensuite il s'agit de clarifier les règles éthiques et déontologiques qui visent à ne pouvoir établir de diagnostic ferme et définitif de « harcèlement moral » par exemple, sur la base d'un seul entretien aussi précis soit-il. L'entretien s'oriente alors partiellement vers du « recadrage ».

Enfin, au travers du discours, l'intervenant va essayer d'identifier les représentations que l'individu fait autour du conflit. Le sens et les causes qu'il lui attribue.

L'un des axes abordé s'articule souvent autour de l'emprise ou du « pouvoir » qu'une ou plusieurs personnes exercent sur le plaignant. Le pouvoir exercé peut venir du statut, de la maîtrise de compétences ou d'informations particulières, ou d'une relation particulière qui a été instaurée et qui a dégénéré, laissant la « victime » accepter de plus en plus de choses de l'autre et ayant du mal à « revenir en arrière » ensuite. Dans ce dernier cas, le processus de harcèlement apparaît souvent au moment où la victime sort de cette « soumission », ou impose certaines limites. L'intervenant ne devra négliger aucune des sources potentielles de pouvoir, qu'elles proviennent de l'organisation ou d'une dynamique interpersonnelle.

### *Les démarches de conseil*

Au-delà de l'entretien d'écoute, une démarche de conseil stratégique peut être mise en œuvre.

Dans ce cas, l'intervenant tente de donner des propositions d'actions qui permettront à la personne de faire changer la situation.

Avant de commencer une phase de conseil, il est important de clarifier les besoins et les attentes. En fonction de cela, l'intervenant pourra élaborer une proposition constructive. Ces démarches de conseil sont bien plus efficaces si le plaignant ne perçoit pas la situation de manière dichotomique (bon-mauvais, bourreau-victime...), mais plutôt si la personne parvient à comprendre la situation aussi d'un point de vue organisationnel, ou élaborer des hypothèses concernant les comportements que la personne mise en cause adopte, etc.

Afin de progresser vers les préconisations constructives, il est important de retracer la logique sous-jacente à l'apparition du conflit, son historique, son déclenchement... Cette façon de questionner le conflit remet en scène la personne en tant qu'actrice, et ouvre des perspectives de changements, d'évolutions et de solutions.

### *L'analyse des stratégies de « coping »*

Il s'agit alors d'analyser les stratégies que la personne a mises en place pour faire face à la situation de souffrance relationnelle. Elles peuvent être très diversifiées, la personne peut : dénier le conflit, endurer et espérer que cela passe, compenser par d'autres activités ou un enfermement dans le travail, se conformer aux attentes dans l'espoir que le conflit cesse, ou au contraire, aller à l'encontre des attentes, communiquer avec la personne concernée, faire appel à un tiers, attaquer ou contre-attaquer en utilisant les mêmes stratégies, ou fuir. L'intervenant essaiera alors d'identifier l'ensemble des stratégies que la personne a déjà expérimenté et d'identifier leurs effets respectifs, afin d'en proposer de nouvelles qui pourraient fonctionner, appartenant à une nouvelle « catégorie » de stratégie de « coping ».

### **Conclusion**

Un certain nombre de pistes ont été abordées dans cette note afin d'agir et de prévenir, selon différents niveaux, les risques de souffrance relationnelles au travail. Concernant la prévention tertiaire, les pistes abordées s'articulent principalement autour de conflits entre deux personnes. Les pistes de prévention tertiaire, à un niveau plus organisationnel feront l'objet d'un prochain article, dans le prochain numéro des *Cahiers des rps*.

## Retour d'expérience d'une approche de diagnostic, puis de prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles et musculo-squelettiques en unité de soins (ORSOSA)

### Introduction

La prévalence des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO), s'est largement accrue dans les établissements de santé ces dernières années, conjointement à une densification des soins. Ces contraintes induisent du stress, de l'épuisement professionnel, et sont aussi associées aux maladies cardio-vasculaires, mentales et aux troubles musculo-squelettiques (TMS). Si la prise en charge médicale est nécessaire, il importe aussi de développer une démarche collective de prévention primaire visant à une approche diagnostique pour agir en prévention sur les contraintes psychologiques et organisationnelles.

La méthode ORSOSA (Organisation des soins et santé des soignants) repose sur une large cohorte épidémiologique de plus de 4 000 infirmier(e)s (IDE) et aides-soignantes(e)s (AS).

Les résultats de cette étude ont permis de construire et de valider un outil de diagnostic rapide des CPO. Cet outil se fonde sur le concept des hôpitaux magnétiques, ayant la capacité de fidéliser leur personnel du fait d'une bonne qualité de vie au travail (Aiken & Patrician, 2000 ; Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008). La perception des CPO des IDE et AS est enquêtée sur huit dimensions indépendantes statistiquement, sur lesquelles il est possible d'agir : soutien du cadre, effectifs suffisants, organisation qui permet la communication, interruptions dans les tâches, relations au sein de l'équipe soignante et médicale, partage des valeurs du travail, soutien de l'administration, et respect des congés. La perception des contraintes musculo-squelettiques est, quant à elle, évaluée sur trois dimensions indépendantes : manipulation du patient, manipulation autour du patient, gestes et postures.

Le Fonds National de Prévention de la Caisse Nationale de Retraite des Agents de Collectivités Locales (CNRACL) a soutenu le déploiement de la méthode ORSOSA dans plusieurs régions françaises. Cet article se veut être un bilan de l'implantation d'ORSOSA au sein de plus de 30 unités de soins de quatre hôpitaux de la région Grenobloise ; il présente l'expérience acquise dans le déploiement de la démarche et pointe les préconisations les plus souvent identifiées avec des solutions préventives adaptés au fonctionnement de chaque unité.

### ORSOSA, outil de diagnostic rapide des contraintes CPO et TMS

Dans chaque unité de soins où se déploie la démarche, la perception des IDE et AS des niveaux de contraintes psycho-organisationnelles et musculo-squelettiques est évaluée à l'aide d'un questionnaire individuel et anonyme, adapté au milieu de soin. Il comprend une partie sur les CPO (NWI-EO ; cf. Annexe), et une sur les TMS (Roquelaure, Ha, Leclerc, Touranchet, Sauteron, Melchior, Imbernon & Goldberg, 2006 ; Descatha, Roquelaure, Evanoff, Niedhammer, Chastang, Mariot, Ha, Imbernon, Goldberg & Leclerc, 2007). Après saisie des questionnaires sur la plateforme Internet<sup>1</sup>, un tableau synthétise les scores de l'unité fonctionnelle (UF) par dimension et par profession en comparaison aux données globales de la population des 4 000 soignants.

Plus précisément, pour chaque dimension, un « indicateur d'alerte » s'affiche si le score est au dessus du 75<sup>ème</sup> percentile de la distribution des scores issus des 210 UF de la cohorte initiale ORSOSA<sup>1</sup> (Cf. exemple tableau 1).

**Tableau 1 : Exemple des scores dans une unité de soins aux différentes dimensions selon la profession**

Scores de l'unité aux 8 dimensions CPO				
Dimension	IDE		AS	
	Score	Alerte	Score	Alerte
1 - Soutien du cadre de santé	9,03		8,43	
2 - Effectifs suffisants	10,63		12,71	!!!
3 - Organisation qui permet la communication	10,15	!!!	10,25	!!!
4 - Interruptions dans les tâches	13,19	!!!	12,78	!!!
5 - Relations au sein de l'équipe soignante et médicale	8,89	!!!	7,4	
6 - Partage des valeurs du travail	9,17		8,45	
7 - Soutien de l'administration	13,33	!!!	11,31	
8 - Respect des congés	8,83		11,25	!!!

Scores de l'unité aux 3 dimensions TMS				
Dimension	IDE		AS	
	Score	Alerte	Score	Alerte
1 - Contrainte de manipulation du patient	5,5		11,46	!!!
2 - Contrainte de manipulation autour du patient	6,67	!!!	9,03	!!!
3 - Gestes et postures	5,84		7,75	

Scores de l'unité à l'Echelle de Borg : évaluation de l'intensité de la charge physique de travail				
Dimension	IDE		AS	
	Score	Alerte	Score	Alerte
1 - Borg	13,89		18,44	!!!

Le sigle « !!! » signifie que le seuil du 75<sup>ème</sup> percentile a été dépassé. La dimension est donc considérée comme étant en alerte.  
 IDE : infirmier(e)s - AS : aide-soignant(e)s

<sup>1</sup> www.orsosa.fr

## Critères essentiels à l'implantation de la démarche ORSOSA dans un établissement

Suite à l'expérience d'accompagnement de 30 unités de soins par des psychologues du travail du CHU, il apparaît que l'implantation d'ORSOSA n'est possible que dans certaines conditions :

- L'établissement doit être volontaire pour s'engager dans la démarche. Il est nécessaire d'identifier un ou plusieurs acteurs internes à l'établissement (DRH, médecine du travail, direction des soins, responsable cellule gestion des risques et qualité, etc.) qui vont porter la démarche. A ce niveau il est indispensable de prendre en compte les spécificités de chaque établissement, la culture de prévention, les enjeux... définissant le contexte d'intervention.
- Il est nécessaire de présenter cette démarche à l'établissement comme une dynamique collective de prévention faisant un état des lieux des contraintes et ressources perçues par les soignants de l'unité. C'est en cela qu'elle se différencie d'un audit sur le management de proximité. Il est tout aussi important d'insister sur le fait que la restitution des scores reste la propriété des acteurs de l'unité et que les scores bruts sans analyse n'ont pas de sens.
- La mise en place de cette démarche de prévention se doit d'être effectuée dans un délai court (6 mois maximum) afin de maintenir la dynamique d'équipe.
- Le choix des unités de travail intégrant la démarche ORSOSA doit obéir à plusieurs critères relationnels : volontariat des acteurs, transparence, absence de conflit important dans l'unité ; en cas de conflit majeur dans une UF où dialogue et dynamique sont difficiles à mettre en place, ORSOSA n'est pas la meilleure approche possible de prévention.

## Facteurs de succès de la mise en place de la démarche au sein d'une unité de soins

L'implantation d'ORSOSA dans quatre établissements a permis de valider les phases successives de son déploiement, et de pointer les éléments essentiels à sa réussite.

### *Présentation d'ORSOSA au cadre de santé et médecin référent de l'unité*

La rencontre avec l'encadrement de proximité permet d'une part de présenter la démarche, et d'autre part, de répondre aux appréhensions de départ et aux attentes de chacun en insistant notamment sur les points suivants :

- Cette démarche se veut être un diagnostic des ressources et contraintes de l'unité, non pas un jugement des pratiques managériales ;
- La démarche est accompagnée avec un regard neutre, en toute indépendance afin de repositionner le vécu des organisations de travail et les relations interindividuelles dans les échanges collectifs ;

- Les scores obtenus au sein de l'unité et les échanges qui en découleront appartiennent à l'équipe et restent confidentiels.

### *Présentation d'ORSOSA aux soignants*

Cette phase permet de présenter à l'équipe les étapes successives de la démarche (passation des questionnaires aux IDE et AS, saisie et calcul des scores puis restitutions avec accompagnement dans la recherche d'amélioration). Elle permet notamment d'insister sur les garanties de la méthodologie : caractère anonyme des questionnaires, libre parole lors de la restitution. Cela favorise l'adhésion à la démarche et permet de donner des conditions pour, que chacun puisse être un acteur participatif de la démarche de prévention qui découlera de la passation des questionnaires. Il est bien précisé que, si le questionnaire n'est qu'à destination des IDE et AS du fait d'un effectif suffisant pour une représentation statistique, la restitution impliquera tous les professionnels de l'unité puisqu'ils travaillent tous en collaboration.

### *Restitution des scores au cadre de santé et médecin référent de l'unité*

Elle permet au cadre et au médecin d'échanger sur les premières hypothèses d'interprétation, de s'approprier les scores et de laisser émerger des préconisations en adéquation avec le contexte de l'unité, la politique de l'établissement et les exigences de qualité des soins.

### *Restitution aux soignants*

La restitution des scores se fait en l'absence de la hiérarchie de proximité (cadre de santé, médecin), dans l'objectif d'ouvrir un espace de parole. Il est primordial que les soignants explicitent leurs réponses en illustrant avec leur propre vécu au travail. C'est ce cheminement qui amène à formuler les premières propositions d'amélioration en lien avec les contraintes et ressources de leur activité.

Ces propositions ainsi définies sont, par la suite, discutées avec l'encadrement dans le but de préparer au mieux la rencontre collective.

### *Rencontre collective, hiérarchisation des préconisations et suivi d'accompagnement*

Cette dernière rencontre réunit tous les acteurs de l'unité. Elle a pour objectif d'aboutir à un diagnostic partagé des ressources et des contraintes de l'unité, mais aussi de lister puis hiérarchiser les actions de prévention.

Le suivi de la mise en place des préconisations se fait par le porteur du projet (direction des soins) et le psychologue du travail. Elle s'inscrit dans une vraie démarche institutionnelle d'évaluation des risques, de complétion du Document Unique et du Plan de prévention.

L'enjeu de ce suivi est de s'assurer que, pour chaque action d'amélioration retenue, un responsable de sa mise en œuvre soit bien identifié et que des délais de mise en place soient bien définis. Cela permet de rendre possible le suivi d'accompagnement fixé en général 6 mois après la phase de restitution collective.

## Principales CPO rencontrées au sein des 30 unités et exemples d'actions de prévention mises en place

Les scores d'alerte ciblent le plus souvent les dimensions CPO suivantes : organisation qui permet la communication, relations au sein de l'équipe paramédicale et avec l'équipe médicale, partage des valeurs de travail, soutien du cadre et interruptions dans les tâches. Pour les dimensions TMS, les alertes sont majoritairement liées aux contraintes de manipulation du patient et autour du patient.

Pour chacune de ces dimensions, notre expérience d'intervention sur 30 unités réalisant la démarche ORSOSA permet de repérer des situations de travail rencontrées générant un score élevé, d'analyser les interactions avec les autres dimensions du diagnostic CPO et de présenter les principales préconisations issues du travail de l'équipe soignante (y compris cadre et médecin).

### Dimension CPO « Organisation qui permet la communication »

Un score élevé à cette dimension indique souvent que l'équipe paramédicale ne dispose pas d'assez de temps pour échanger des problèmes de soins liés à la prise en charge des patients. Cela conduit à réfléchir et à repenser les espaces de communication, mais aussi à s'interroger sur la façon dont l'équipe les investit. Le psychologue du travail accompagne l'équipe dans ses réflexions, conduisant à réinvestir ces espaces de parole, existants ou manquants, tout en respectant les contraintes de soins. Comme le souligne Clot (1999), il y a nécessité de construire du sens au sein de ces échanges en plaçant au centre des valeurs, la qualité des soins et la satisfaction de son propre accomplissement personnel.

Ainsi l'encadrement médical et paramédical prend alors conscience des réels besoins de l'équipe, pourquoi certains espaces déjà organisés sont peu attractifs ou pourquoi les agents présents sont peu participatifs. Réfléchir sur l'ensemble des aspects de la communication en identifiant les freins et les leviers, conduit à s'interroger sur les relations entre les différents intervenants (internes, médecins, cadre, etc.).

Une des préconisations souvent émise est de « **favoriser de façon formelle les échanges entre l'équipe médicale et paramédicale** » :

- **Action** : mettre en place un staff morbidité/mortalité associant IDE, AS et médecins, tous les 3 mois pour aborder les problématiques de soins paramédicaux, avec mise en place d'un classeur support pour le suivi ;
- **Action** : mettre en place des Animation d'Intervalle Court (AIC) régulièrement (Ministaffs de 15 minutes : après 17 h00/ le week-end avec les médecins).

### Dimension CPO « Relations au sein de l'équipe soignante et médicale »

Un score élevé à cette dimension témoigne que les professionnels ont des difficultés à travailler en coordination.

Les IDE peuvent, par exemple, souligner un manque de rigueur dans la saisie des prescriptions, la visite trop tardive des patients, un manque de communication avec les médecins et un manque de

fluidité dans la circulation d'informations à tous niveaux. Cela retarde le travail infirmier et est source d'interruptions dans les tâches : vérifications, retour aux dossiers de soins...

Exemple de préconisation souvent émise « **Favoriser le travail de coordination avec l'équipe médicale** » :

- **Action** : former les internes et futurs internes sur la nécessité de communiquer avec les IDE et sur l'importance d'être rigoureux dans la saisie des prescriptions en illustrant les répercussions bénéfiques de cette pratique sur l'organisation des soins.

C'est à cette occasion que le rôle du cadre de santé est attendu : rôle d'intermédiaire, modérateur dans la gestion et résolution de conflits. Il est à l'interstice et se doit de créer du lien entre l'équipe médicale et paramédicale.

Les AS perçoivent le plus souvent comme contrainte, la difficulté à créer un binôme AS/IDE. Pour accompagner l'émergence de préconisations, le psychologue du travail aborde souvent, dans la discussion collective, les sources de cette contrainte (difficultés à travailler en binôme, freins dans l'organisation des soins, absentéisme...). Construire des préconisations impose alors de donner du sens au travail collectif.

Ainsi, des notions telles que l'entraide, l'entente, la collaboration sont soulevées et développées lors des échanges collectifs pour décrire ce qui les caractérisent en situation de travail. Selon Weill-Fassina et Benchekroun (2000) « *Tout travail collectif n'implique pas un collectif de travail.* ». Selon Cru (1988) pour pouvoir parler de collectif de travail, « *il faut simultanément plusieurs travailleurs, une oeuvre commune, un langage commun, des règles de métier, un respect durable de la règle par chacun, ce qui suppose un cheminement individuel qui va de la connaissance des règles à leur intériorisation.* ». Le travail de collectif peut faire émerger des conflits sous-jacents intergroupes et intragroupes de plusieurs natures (conflit d'identité, de métier, de genre, de génération, de valeur, etc.) empêchant le collectif de travail de se former ou d'évoluer pouvant conduire à des clivages au sein de l'équipe paramédicale.

Le psychologue du travail prend en compte cette multitude de facteurs afin d'identifier les différentes sources de dysfonctionnements du travail collectif. Il doit aussi amener l'équipe à prendre conscience de l'intérêt du collectif pour soi. Selon Caroly et Clot (2004), « *La santé se dégrade en milieu de travail lorsqu'un collectif professionnel devient une collection d'individus exposés isolément.* ». En effet, Pavageau, Nascimento et Falzon (2013) montrent que le collectif permet également aux agents de s'économiser et de se protéger.

Exemple de préconisation souvent émise « **Favoriser le travail de coordination au sein de l'équipe paramédicale** » :

- **Action** : travailler en binôme l'après-midi pour le tour de 15h et de 20h : temps d'essai à définir. Débriefing avec le cadre de santé par la suite : à mettre à l'ordre du jour de la prochaine réunion d'équipe.

## Dimension CPO « Partage des valeurs de travail »

Cette dimension permet de voir si l'ensemble des valeurs éthiques sont partagées au sein de l'équipe. Elle est au coeur de plusieurs réflexions comme celle de l'identité, du sens au travail, et interfère avec toutes les dimensions CPO du questionnaire. Elle est très difficile à appréhender et les actions de prévention mises en place seront indirectement liées. C'est une dimension du questionnaire qui sollicite une analyse approfondie, et une prise de conscience collective qui ne sera pas palpable de prime abord, mais seulement lors de l'appropriation des scores aux autres dimensions par l'équipe.

Pour illustrer, lorsqu'il y a conflit de valeurs « les membres de l'équipe ne partagent pas les mêmes valeurs de travail », l'équipe peut, par exemple, être difficilement une ressource pour la transmission du savoir-faire aux jeunes professionnels. Selon Daniellou, Simard et Boissières (2010), « les collectifs professionnels contribuent à l'accueil et la formation des nouveaux, auxquels ils peuvent transmettre des formes de connaissances distinctes de celles enseignées par l'entreprise... ».

Exemple de préconisation souvent émise « Favoriser l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants » :

- **Action** : accompagner les nouveaux arrivants « tutorat d'accueil », IDE référent(e) à définir ;
- **Action** : vérifier les connaissances et les gestes techniques requis pour cette unité à travers une check-list ou une grille d'évaluation ;
- **Action** : suivi individuel régulier par l'encadrement (modalités à définir).

## Dimension CPO « Soutien du cadre de santé »

Cette dimension du questionnaire peut soulever, au départ, énormément de réticences de la part de l'encadrement.

L'alerte à cette dimension met en lumière les contraintes du cadre de santé vis-à-vis de l'évolution de sa fonction. L'intensification du travail, l'évolution des politiques institutionnelles avec une restriction de ses marges de manoeuvres l'obligent à s'éloigner peu à peu du terrain. L'équipe a souvent peu conscience de la multitude de tâches invisibles que réalisent le cadre de santé (Bourret, 2006). A cela s'ajoute la demande d'une nouvelle génération de soignants, plus exigeante sur sa qualité de vie au travail.

Face à un tel constat, l'équipe est alors à même de comprendre le mal être du cadre. Selon Paul Ricoeur (1990), la souffrance n'est pas uniquement définie « par la douleur physique ou mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir. ».

Le rôle du psychologue du travail est alors d'instaurer un espace de parole entre le cadre et son équipe, et de repositionner le cadre dans son rôle de manager. Cet espace de parole a pour but de clarifier les attentes et les contraintes de chacun afin d'identifier sur quoi il est possible d'agir, de rétablir ce climat de confiance par une transparence dans la communication et une reconnaissance mutuelle des tâches et des activités de chacun. La

démarche de prévention ORSOSA est, en cela, un outil d'aide au management.

Exemple de préconisation souvent émise « Favoriser la communication avec la hiérarchie de proximité » :

- **Action** : définir un ordre du jour à chaque réunion avec une régularité dans le temps laissant la possibilité aux agents d'échanger autour des difficultés rencontrées dans la prise en charge du patient ;
- **Action** : informer l'équipe régulièrement de l'avancement des demandes de renouvellement ou de réparation de matériel.

## Dimension CPO « Interruptions dans les tâches »

Cette dimension caractérise des interruptions fréquentes dans la réalisation des tâches, qui bien que considérées comme faisant partie intégrante de la fonction de soignant, viennent entraver le bon déroulement des soins et l'organisation du travail.

Une alerte à cette dimension peut renvoyer à des dysfonctionnements externes comme des difficultés géographiques de connexion WIFI pour le suivi des soins ou la réception de commandes incomplètes. Les dysfonctionnements peuvent aussi être internes comme une préparation incomplète d'un guéridon de soins conduisant à des aller-retours supplémentaires à la réserve. Le psychologue du travail accompagne les soignants dans une réflexion sur l'organisation globale de l'unité au travers l'analyse des éléments sous-jacents à ces interruptions.

Exemple de préconisation souvent émise « Réduire les tâches afférentes dans le but d'améliorer la continuité des soins » :

- **Action** : améliorer la réception du WIFI en fin de couloir ;
- **Action** : conduire une réflexion sur l'approvisionnement optimal des chariots de soins ;
- **Action** : ajouter une fonctionnalité dans le logiciel permettant de changer la couleur de la ligne quand l'IDE a mis le médicament dans le pilulier.

## Dimension contraintes musculo-squelettiques « Manipulation du patient et manipulation autour du patient »

Ces deux dimensions renvoient aux fréquences de manutention au cours d'une journée type de travail.

Quand elles sont en alerte, ces dimensions pointent des contraintes physiques importantes liées au niveau de dépendance des patients (nombre très important de manipulations) mais aussi des difficultés liées à l'aménagement des locaux (absence de possibilité de faire entrer le lève-malade dans une chambre sans sortir l'intégralité du mobilier).

L'ergonome et le psychologue du travail interrogent ensemble les soignants sur la façon dont ils réalisent ces manutentions (ex : seul ou en binôme, avec une possibilité d'aide si nécessaire), mais également les aides matérielles à leur disposition (ex : verticalisateur, planche de transfert, etc.). Le but est, dans un premier temps,

d'avoir un point de vue représentatif des pratiques de manutentions et de l'organisation des soins de nursing dans l'unité, et, dans un second temps, de pouvoir les accompagner dans une démarche de formation, d'achat de matériel ou d'adaptation des locaux.

Exemple de préconisation souvent émise « **Optimiser les conditions matérielles pour réduire les risques TMS** » :

- **Action** : adapter les chambres au polyhandicap des patients (marche à supprimer dans la douche de la chambre n°X ; Evaluer les modifications à effectuer sur les portes des chambres) ;
- **Action** : recenser le matériel présent/utilisé pour aider aux manutentions dans l'unité, évaluer les besoins pour chiffrer les manques.

## Conclusion

L'implantation d'ORSOSA en termes de diagnostic et d'actions de prévention correspond à une véritable démarche de terrain au niveau des unités de travail, co-construite par l'ensemble des acteurs (soignants et encadrement de proximité) et accompagnée par le psychologue du travail. C'est une condition essentielle pour créer une dynamique collective d'appropriation des contraintes et ressources de l'unité et rechercher des préconisations consensuelles, qui engage le collectif et l'individu dans la prévention de la santé au travail.

Le psychologue du travail accompagne ce processus et aide les soignants et leur encadrement dans une réflexion commune sur les liens entre organisation, relations et contraintes de travail et santé. Cette démarche est un support pour le management de proximité et contribue à la mise en place d'une prévention de terrain.

## Remerciements

Les auteurs remercient vivement :

- Le groupe recherche d'ORSOSA (Thierry Lang, Annie Sobaszek, Vincent Bonnetterre, Alexis Descatha, Elsa Laneyrie et Sébastien Lamy) pour sa contribution scientifique, base de ce travail ;
- Les directions, médecins du travail, et préventeurs des établissements qui se sont impliqués dans la démarche ;
- L'ensemble des personnels des unités de soins qui se sont engagés dans la démarche ;
- Le Fond National de Prévention (FNP) de la Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) pour son soutien financier à ORSOSA.



**Anissa Askri et Julie Pavillet**

Psychologues du travail, Département de Médecine et Santé au travail, Pôle Santé publique, CHU de Grenoble.



**Virginie Josselin**

Ergonome, Département de Médecine et Santé au travail, Pôle Santé publique, CHU de Grenoble.



**Paola Sicard**

Cadre supérieure de santé, Direction des soins et service au patient, Pôle Management, CHU de Grenoble.



**Sandrine Caroly**

Enseignant-chercheur, Maître de conférences en Ergonomie, Laboratoire PACTE, Université Grenoble.



**Régis de Gaudemar**

PU PH, Département de Médecine et Santé au travail, Pôle Santé publique, CHU de Grenoble, Laboratoire Environnement et Prédiction de la Santé des Populations (EPSP), Grenoble.

**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)**

## Bibliographie

- Aiken, L.H. & Patrician, P.A. (2000), Measuring organizational traits of hospitals : the Revised Nursing Work Index, in *Nursing Research*, 49(3), 146 –153
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T. & Cheney, T. (2008), Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, in *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229
- Bourret, P. (2006), *Les cadres de santé à l'hôpital*, Editions Seli Arslan, Paris
- Caroly, S. & Clot, Y. (2004), Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience, in *Formation Emploi*, 88, 43-55.
- Clot, Y. (1999), *La fonction psychologique du travail*, PUF, Paris
- Cru, D. (1988), Collectif et travail de métier, in C. Dejours (Ed.), *Plaisir et souffrance dans le travail*. (p. 43-49), Editions de l'AOCIP, Paris
- Daniellou, F., Simard, M. & Boissières, I. (2010), Facteurs humains et organisationnels de la Sécurité Industrielle : un état de l'art, in *Cahiers de la Sécurité Industrielle*, 02, 13
- Descatha, A., Roquelaure, Y., Evanoff, B., Niedhammer, I., Chastang, J.F., Mariot, C., Ha, C., Imbernon, E., Goldberg, M. & Leclerc, A. (2007), Selected questions on biomechanical exposures for surveillance of upper-limb work-related musculoskeletal disorders, in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81(1), 1-8
- Pavageau, P., Nascimento, A. et Falzon, P. (2013), Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle, in *Pistes*, 9(2), 1-17
- Ricœur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Editions du Seuil, Paris
- Roquelaure, Y., Ha, C., Leclerc, A., Touranchet, A., Sauteron, M., Melchior, M., Imbernon, E. & Goldberg, M. (2006), Epidemiologic surveillance of upper-extremity musculoskeletal disorders in the working population, in *Arthritis & Rheumatism*, 55(5), 765-78
- Weill-Fassina, A. & Benckroun, T.H. (2000), Diversité des approches et objets d'analyse du travail collectif en ergonomie, in Benckroun, T.H. et Weill-Fassina, A. (Coo.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie*. (p. 217-224), Octarès Editions, Toulouse

## ANNEXE

### Questionnaire NWI-EO

Chaque soignant est amené à se positionner sur une échelle de 1 (fortement d'accord) à 4 (fortement en désaccord). Il existe un questionnaire IDE et un questionnaire AS.

Le questionnaire de cette annexe est celui à destination des IDE ; le questionnaire pour les AS porte quelques différences : le terme « infirmier(e)s » se voit remplacé par « aide-soignant(e)s » ; et, pour les questions 1, 7, et 9 le terme « médecins » est remplacé par « infirmier(e)s ».

Au sein de l'UF dans laquelle je travaille actuellement...	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
1 - Les médecins et les infirmier(e)s ont de bonnes relations de travail				
2 - Le cadre de santé apporte son soutien aux infirmier(e)s				
3 - Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres infirmier(e)s				
4 - Il y a suffisamment d'infirmier(e)s dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité des soins				
5 - Le cadre de santé est un bon d'équipe, un bon manager				
6 - Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail				
7 - Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre les infirmier(e)s et les médecins				
8 - Le cadre de santé apporte son soutien aux infirmier(e)s lors des prises de décision, même en cas de conflit avec un médecin				
9 - Il y a des moments où les infirmier(e)s et les médecins travaillent ensemble				
10 - Je suis souvent interrompu(e) au cours des tâches que j'accomplis : sonnette, téléphone, demande d'aide, nouvelle tâche à faire...				
11 - Il y a fréquemment des incidents qui viennent déranger la réalisation de mon travail				
12 - Les tâches annexes que j'ai à faire gênent mon travail de soignant				
13 - Il y a rarement des rappels sur vacances ou RTT				
14 - Il n'y a pas de difficulté à choisir des jours de vacances ou RTT				
15 - Il y a suffisamment de temps de chevauchement pour assurer les transmissions lors de la relève				
16 - Il y a suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe				
17 - Il est possible de discuter en équipe des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans ma relation de soins avec les malades				
18 - Je suis consulté(e) lors de l'élaboration du projet de service				
19 - L'équipe partage les mêmes valeurs éthiques				
20 - L'équipe partage le même sens de l'excellence du travail				
21 - L'administration a conscience des difficultés actuelles d'exercice du métier				
22 - L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants				

Ces questionnaires, ainsi que les formules de calcul des scores des questionnaires NWI-EO et TMS, sont disponibles sur le site web ORSOSA : [www.orsosa.fr](http://www.orsosa.fr)



## MARDI 14 MAI : LE CESE A VOTE SON AVIS SUR « LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX »

Cinq ans après l'Accord national interprofessionnel sur le stress au travail de 2008 puis, en 2009, le plan d'urgence sur la prévention du stress en France, le Conseil Economique Social et Environnemental a souhaité faire le point sur la question de la prévention des risques psychosociaux dans un contexte de crise économique qui n'a fait qu'amplifier ces difficultés. En effet, selon un sondage IFOP réalisé en 2010, 62% des salariés ressentent un niveau de stress élevé et trois personnes sur dix estiment que leur travail est susceptible de leur causer de graves problèmes psychologiques.

L'avis sur la prévention des risques psychosociaux de la section du travail et de l'emploi présidée par Françoise Geng (groupe CGT), et rapporté par Sylvie Brunet (groupe des personnalités qualifiées) a été voté le 14 mai avec 165 votants, 98 voix pour et 67 abstentions.

« Les risques psychosociaux qui recouvrent des réalités aussi diverses que le harcèlement moral et sexuel, l'épuisement professionnel, les suicides au travail ou encore les violences adressées aux salariés par des personnes extérieures à l'entreprise constituent désormais un enjeu majeur de santé publique. La prévention de ces risques doit être une priorité », explique la rapporteure de l'avis, Sylvie Brunet. Pour ce faire, ce texte propose, autour de 5 grands axes, une série de recommandations.

### Améliorer la connaissance des risques psychosociaux et leur évaluation

La prévention des risques psychosociaux exige une meilleure connaissance des risques, tant au niveau national qu'au niveau de l'entreprise. Dans cette perspective, « un renforcement du document unique d'évaluation des risques (DUER) s'impose : il doit intégrer, comme pour les risques physiques, une évaluation systématique des facteurs de risques psychosociaux. La consultation du CHSCT et des services de santé au travail devrait également être rendue obligatoire au moment de l'élaboration de ce document pour en renforcer l'efficacité » explique Sylvie Brunet. « Le CESE propose aussi de réactiver le droit d'expression des salariés. Chaque salarié disposerait d'un quota d'heures pour débattre de son travail avec ses collègues et/ou l'encadrement, ou encore pour participer à l'élaboration du DUER. ».

### Stabiliser et clarifier le cadre juridique de la santé au travail

Le dispositif juridique dont la France dispose en matière de prévention et de protection des salariés est assez dense mais n'est pas stabilisé du fait d'une jurisprudence très évolutive. Celle-ci devrait être mieux prise en compte dans le Code du travail. Au-delà de ce cadre général, « l'avis recommande de renforcer la prévention des risques psychosociaux en amont des restructurations ou réorganisations, en rendant obligatoire la réalisation d'une étude d'impact sur le plan organisationnel et humain » indique Sylvie Brunet.

Concernant le recours à la médiation, le CESE préconise de faciliter l'accès aux procédures existantes qui restent aujourd'hui largement inopérantes. Pour les demandeurs d'emploi, les moyens d'action du médiateur de Pôle Emploi mériteraient d'être développés. Quant aux démarches volontaires de certification sur la santé et la qualité de vie au travail, elles doivent être mieux encadrées en s'appuyant, par exemple, sur des référentiels de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES).

### Mobiliser davantage les différents acteurs de la prévention

Au-delà de la pluralité des acteurs de prévention, en particulier les IRP, se pose la question de la bonne coordination des différentes interventions et, surtout, de la qualité du dialogue social. « Les préoccupations croissantes dans le domaine de la santé des salariés nécessitent que le rôle des CHSCT soit réaffirmé et la formation de ses membres, plus particulièrement sur les risques psychosociaux, sensiblement accrue » indique Sylvie Brunet. Par ailleurs, le CESE préconise de renforcer la veille sanitaire et le travail en réseau des différents professionnels de santé, qu'il s'agisse de la médecine du travail, de la médecine de ville et des services hospitaliers. Une attention particulière doit également être portée aux PME/TPE qui devraient disposer d'un accès prioritaire aux services de conseil du réseau des « préventeurs publics ».

### Prolonger les actions engagées dans la Fonction Publique

Contrairement aux idées reçues, les fonctionnaires ne sont pas épargnés par les risques psychosociaux. Les employeurs publics sont tenus d'élaborer des plans d'évaluation et de prévention de ses risques. Afin de garantir l'effectivité de cette obligation, il faut impérativement veiller à ce que les représentants syndicaux soient associés à la démarche et les CHSCT réellement consultés. Compte tenu du caractère très prégnant des facteurs de risques psychosociaux dans certains établissements publics de l'Etat, notamment les collèges et les lycées, le CESE demande que les pouvoirs publics tendent à aligner la fonction publique de l'Etat, sur les règles de création et d'implantation des CHSCT aujourd'hui applicables au secteur privé et aux fonctions publiques hospitalière et territoriale.

### Améliorer la détection et la prise en charge des victimes

Le CESE juge indispensable de se préoccuper de la détection et de l'accompagnement des salariés en souffrance. La création de dispositifs d'écoute dans les entreprises, mais aussi dans les administrations, peut être un instrument utile pour faire bénéficier les salariés d'un premier soutien psychologique. Le CESE propose également que les demandeurs d'emploi puissent continuer à bénéficier d'un suivi médical qui serait assuré par les services de santé au travail dans une période à déterminer par les partenaires sociaux, suivant la rupture du contrat de travail. Enfin, le CESE souhaite un assouplissement des critères de reconnaissance des risques psychosociaux comme facteur de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

**Pour conclure, Sylvie Brunet rappelle les grands enjeux du débat :** « L'impact des troubles psychosociaux sur notre compétitivité économique est encore largement sous-estimé. L'absentéisme, le turn-over, les formes les plus diverses de désengagement ont pourtant un coût élevé pour les entreprises. Nous formulons donc le vœu que cet avis permette aux acteurs économiques et sociaux de mieux appréhender et prévenir les risques psychosociaux, en s'inscrivant dans une démarche de progrès et en questionnant le sens même du travail dans notre société. ».

**Contact presse : Kaéna HALOUA**  
01.44.69.54.14 07.77.26.24.59  
[Kaena.haloua@clai2.com](mailto:Kaena.haloua@clai2.com)

## Synthèse du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : Interactions entre santé et travail, juin 2013

LIGAS a inscrit à son programme de travail 2012-2014 une mission portant sur la santé au travail. Elle visait, à partie de pathologies dites « traçantes », à identifier les interactions entre santé au travail, santé publique et santé environnementale. La présente mission, rattachée au programme d'activité de l'IGAS, s'inscrit dans une logique du même type. Elle a pour objectifs de dresser un panorama de quelques thématiques susceptibles de faire progresser l'articulation entre les différentes approches qui concourent à la santé des personnes au travail. Cette mission ne concerne que la santé au travail des salariés du secteur privé. Anne-Carole Bensadon et Philippe Barbezieux, membres de l'IGAS, ont été missionnés pour effectuer ces travaux pour lesquels ils ont bénéficié de l'aide de François-Olivier Champs, stagiaire de l'IGAS.

Certaines thématiques présentées dans ce rapport devront être approfondies dans le cadre d'une mission ultérieure. En effet, à ce stade, la mission demeure exploratoire et n'a travaillé qu'à partir d'une revue de la littérature et d'entretiens principalement institutionnels. La mission a choisi d'effectuer cette analyse à partie de quatre illustrations concrètes portant sur santé au travail et maladies cardio-vasculaires, santé au travail et polyarthrite rhumatoïde, santé au travail et addictions et santé au travail et nanoparticules. A l'issue de ces travaux, la mission a identifié quatre axes d'amélioration.

### Mieux appréhender l'impact des conditions de travail sur la santé

Un récent rapport de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur la prévention des maladies professionnelles<sup>1</sup> estimait que comparée aux accidents industriels, les maladies professionnelles ou liées au travail restaient pratiquement invisibles, même si elles tuaient six fois plus de personnes dans le monde tous les ans. Le repérage et la prévention des risques liés aux situations de travail constituent une priorité, en liaison, selon les types de risque, avec le développement de nouveaux modes d'organisation du travail.

### Les maladies cardio-vasculaires constituent un enjeu majeur de santé publique

Il s'agit d'identifier dans les entreprises les expositions professionnelles aggravantes de ces risques, puis de hiérarchiser les actions préventives dans le cadre de la démarche classique du Document Unique et du Plan de prévention. Mettre en lumière l'impact de l'activité professionnelle sur l'état de santé des individus, même si cela ne se traduit pas par une reconnaissance de maladie professionnelle ou un accident du travail, permet en effet d'aborder la prévention dans toutes ses composantes. Cette problématique de prévention appelle des collaborations interdisciplinaires et inter champs. Elle relève d'une prise en compte des interactions entre santé et travail.

Des études ont montré les liens entre charge physique et maladie cardio-vasculaire. Ces facteurs augmentent le risque d'accidents coronariens de façon très significative avec un risque lié aux facteurs psychosociaux de même amplitude que celui lié à l'obésité abdominale.

Une méta-analyse publiée dans le Lancet en octobre 2012<sup>2</sup> montrait que le stress au travail augmentait les risques d'infarctus du myocarde. Selon une étude finlandaise également citée<sup>3</sup>, l'élimination des conditions de travail les plus défavorables (forte

charge de travail, manque d'encadrement, bruit, travail posté, etc.) pourrait réduire le nombre total de décès cardiovasculaires de 8%, les infarctus du myocarde de 10% et les décès par accidents vasculaires cérébraux de 18%.

Ces données objectives justifient la prévention des MCV liées aux risques professionnels. On se situe dans une approche collective où l'employeur est au coeur de la démarche de prévention qui constitue un préalable indispensable à une approche individuelle où le médecin du travail assurera un dépistage médical individuel de ces risques.

### La France est le pays européen le plus touché par les addictions

L'état de santé de la population française se caractérise par une des espérances de vie parmi les meilleures du monde et par une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) parmi les plus élevées d'Europe. La France se distingue par une proportion élevée de décès ou de maladies liés à la consommation de substances psychoactives. Le baromètre santé 2010 de l'INPES<sup>4</sup> souligne que plus du tiers des fumeurs réguliers (36,2%), 9,3% des consommateurs d'alcool et 13,2% des consommateurs de cannabis déclarent avoir augmenté leurs consommations du fait de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des 12 derniers mois. Or, les politiques de santé et de sécurité au travail n'ont pas identifié l'usage de substances psychoactives comme un risque spécifique pour l'activité professionnelle, ce sujet suscitant *a priori* (au minimum) une résistance culturelle marquée (voire un déni ?) des partenaires sociaux à aborder la question des addictions au motif qu'il s'agit d'une question qui relève autant de la sphère privée. Or, le travail constituant un déterminant majeur de santé, la problématique de prévention de ce fléau serait que l'entreprise puisse devenir un lieu de promotion de la santé. L'importance de passer d'une logique de contrôle à une réelle logique de prévention est désormais soulignée par de nombreux acteurs. Il s'agit notamment d'assurer un accompagnement des salariés et une sorte de veille permettant de repérer les situations à risque. Il existe cependant un certain nombre d'obstacles à la mise en oeuvre de politiques de prévention de l'usage de substances psychoactives en milieu professionnel :

- la « culture » de certains métiers dans lesquels l'usage de substances addictives est sinon valorisé, tout au moins toléré ;
- le fait que les comportements addictifs relèvent pour une part importante de la sphère privée et non de la sphère professionnelle explique, d'une part, les réticences des partenaires sociaux à aborder cette question et, d'autre part le refus des salariés d'en parler au médecin du travail, soit parce qu'ils pensent que cette question ne concerne pas leur activité professionnelle, soit parce qu'ils redoutent une décision d'inaptitude ;

<sup>1</sup>La prévention des maladies professionnelles, Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, 28 avril 2013, OIT

<sup>2</sup>Pr Mika Kivimäki et al, *Job strain as a risk factor for coronary heart disease : a collaborative meta-analysis of individual participant data*, The Lancet, Volume 380, Issue 9852, Pages 1491 – 1497, 27 octobre 2012

<sup>3</sup>Virtanen SV, Notkola V. Socioeconomic inequalities in cardiovascular mortality and the role of work : a register study of Finnish men, in *International Journal of Epidemiology*, juin 2002, 31 (3), 614-21

<sup>4</sup>Des substances psychoactives plus consommées dans certains secteurs de travail. Baromètre santé 2010, INPES 2012

- la difficulté pour les médecins du travail à identifier les situations à risque, le plus souvent faute de pouvoir consacrer suffisamment de temps aux visites médicales.

## Etre attentif à l'évolution technique et organisationnelle du monde du travail

### L'évolution des techniques de production

Le cas des nanoparticules offre un exemple d'articulations fortes à construire en termes d'analyse et de maîtrise des risques autour de diagnostics et de stratégies partagés et permet de comprendre comment l'entreprise et les différents acteurs prennent en compte (ou pas) et traitent ces risques émergents. Lors du séminaire de l'OMNT de février 2008, la question de l'évaluation de l'exposition aux nanomatériaux a été abordée. Les chercheurs concluaient ainsi : « On peut résumer l'état des connaissances actuelles en matière d'hygiène et de sécurité des nanoparticules de la façon suivante : on ne sait pas grand-chose de leur toxicité, il n'est pas facile de les mesurer dans les ambiances de travail, mais les moyens techniques existent pour s'en protéger efficacement. ». Par ailleurs, les chercheurs s'interrogeaient également sur la nécessité de prendre en compte les modifications des nanoparticules tout au long de leur cycle de vie.

Le caractère spécifique des nanoparticules a conduit à des difficultés pour faire comprendre aux entreprises qu'elles étaient concernées, qu'elles utilisaient des nanoparticules. La différence d'approche entre les entreprises productrices, très fortement sensibilisées aux risques et les entreprises utilisatrices demeure. S'ajoute à cela des notions d'image qui conduisent certaines entreprises utilisatrices à une forte réticence sur la reconnaissance de cette utilisation. En outre, la taille et la nature des entreprises joue aussi. Comme le rappelle l'INRS, aucune réglementation spécifique ne régit actuellement la manipulation des nanomatériaux qui peut intervenir aux diverses phases de la production. Ce sont des agents chimiques. A ce titre, la réglementation en matière de prévention du risque chimique, prévue par le Code du travail, s'applique à eux.

### L'évolution des organisations du travail

Le suivi médical des salariés est rendu plus difficile avec le développement de formes d'emplois qui s'écartent du contrat de travail à durée indéterminée. Le télétravail, le travail à domicile, le fonctionnement en entreprise étendue et la mobilité accrue des salariés posent la problématique du suivi longitudinal dans le cas d'éventuelles expositions à des risques à effets différés. C'est tout cela qui renforce l'émiettement du tissu de PME/TPE et les difficultés du suivi de l'état de santé des salariés. Par ailleurs, la problématique du suivi des personnes en recherche d'emploi dont l'état de santé est le plus souvent précaire, n'est pas aujourd'hui prise en compte. Le rapport de l'OIT précité insistait également sur la nature des maladies professionnelles qui changeaient rapidement, soulignait que le nombre croissant de travailleurs occupant des emplois temporaires, occasionnels ou à temps partiel ne faisait pas qu'inciter à accepter des conditions de travail plus dangereuses mais s'opposait également à « des pratiques adaptées en matière de suivi médical, de surveillance de l'environnement de travail, d'enregistrement et de déclaration des maladies professionnelles, qui sont indispensables à la mise en œuvre effective d'une stratégie de

prévention. ». Il faut aussi souligner que ces facteurs impactent la charge de travail des services de santé au travail avec notamment une multiplication des visites d'embauches.

## Veiller à ce que l'activité professionnelle n'aggrave pas des pathologies préexistantes

Pour les acteurs de l'approche « santé publique », l'approche santé au travail peut apparaître d'une certaine manière réductrice. Elle offre pourtant un caractère opérationnel qu'il serait dommageable de négliger en diluant toute l'approche de la santé au travail dans une démarche où l'objectif de prévention des risques professionnels passerait au second plan. Le repérage et la prévention des risques liés aux situations de travail constituent une priorité, en liaison, selon les types de risque, avec le développement de nouveaux modes d'organisation du travail. Cependant, le souci de prise en charge globale de la personne atteinte de maladie chronique interroge sur les modalités les plus à même de permettre un parcours cohérent, ce qui suppose une articulation entre les différents acteurs, dans le respect des droits de la personne. Le thème de la polyarthrite rhumatoïde est avant tout une illustration de l'intérêt d'une action précoce et pluridisciplinaire en matière de maintien dans/en emploi : ce qui vaut pour tous les salariés dont la santé vient à être altérée. Les interactions à développer portent surtout sur le diagnostic et les actions d'accompagnement, voire de réorientation. La problématique de prévention conditionne ici l'effectivité du droit à accéder à l'emploi dès lors que l'aptitude est tributaire des facteurs de santé. S'agissant des maladies chroniques et contrairement aux idées reçues, ces maladies se déclareraient dans près de la moitié des cas chez des personnes toujours en activité professionnelle. Ainsi, on estime actuellement que les maladies chroniques évolutives touchent un salarié sur cinq. Il reste en outre à trouver une articulation entre le médecin traitant et le médecin du travail, dans le respect du secret médical. L'enjeu d'une articulation réussie réside dans une prise en compte efficace de l'ensemble des facteurs qui concourent à l'amélioration de la santé au travail, et plus largement à la qualité de vie au travail.

## Utiliser le lieu de travail comme lieu de promotion de la santé

Lors du 32<sup>ème</sup> Congrès de médecine du travail, le rôle que pourraient avoir les services de santé au travail pour la promotion de la santé face à une population vulnérable, et cela tout au long de la vie professionnelle, a été souligné. « Le monde du travail devrait être considéré comme un lieu privilégié pour faire de la prévention et ainsi aborder la santé autrement que par le soin. »<sup>5</sup>. Cette évolution est d'autant plus délicate que le système de santé dans son ensemble a encore tendance à aborder la santé par le soin.

A titre d'illustration, la prévention des maladies cardio-vasculaires sur le lieu de travail peut s'exprimer de façons multiples. Un préalable à tout autre mode d'action réside dans l'accomplissement de la mission première des services de santé au travail. En effet, des

<sup>5</sup>Paul Frimat, Santé au travail et promotion de la santé, compte-rendu : Docteur Brigitte Biarreau, ACMS, 32<sup>ème</sup> Congrès Nationale de Médecine et Santé au Travail, Clermont-Ferrand, 5-6 juin 2012.

travaux montrent que le risque cardio-vasculaire peut être d'origine professionnelle et mérite d'être inventorié dans un cadre collectif qui intègre notamment l'organisation du travail. Cependant l'utilisation de l'entreprise comme lieu de promotion de la santé permet d'envisager une approche complémentaire où une sensibilisation aux autres facteurs de risques cardio-vasculaires, notamment ceux portant sur le mode de vie, est organisée. C'est un sujet qui doit être mis en débat au sein des CHSCT. L'INPES pourrait ici jouer un rôle, au même titre que ce qu'il réalise pour le cadre scolaire, ce qui éviterait que le financement de cette action de santé publique ne soit supporté que par l'entreprise. Aller plus loin avec notamment la mise en place d'actions de type dépistage, nécessite de s'assurer de l'articulation avec le médecin traitant, afin notamment d'éviter toute rupture dans un parcours de soins déjà compliqué. Cela pose également une série de questions d'ordre éthique, déontologique et de continuité dans les prises en charge qu'il convient d'aborder.

Outre les maladies cardio-vasculaires, dans le domaine des addictions, qu'il convient également de traiter avec la prudence qu'impose un risque où des facteurs comportementaux interviennent, permet d'envisager l'entreprise comme lieu de promotion de la santé.

## En conclusion

La santé au travail s'inscrit dans un contexte particulier. Historiquement, elle a privilégié la prévention et la réparation des accidents du travail au détriment des maladies professionnelles en raison de la plus grande difficulté à caractériser la maladie professionnelle (lien de causalité entre l'activité et la pathologie, nature du risque, durée d'exposition, nature et date d'apparition des symptômes), d'où un décalage entre l'apparition des maladies et leur reconnaissance comme maladies professionnelles. La tension entre les impératifs de santé au travail et les impératifs économiques (cas extrême de l'amiante) peut également expliquer les choix réalisés pour prioriser les actions en santé au travail.

L'ensemble de ces constats ne doit pas faire oublier que les conséquences du chômage sur la santé des individus sont loin d'être

négligeables et que cette problématique mérite également d'être investiguée.

Insuffler une approche « santé publique » en milieu professionnel peut donc être bénéfique pour la santé au travail mais sous réserve d'un souci constant de garder comme prioritaire la prévention des risques professionnels mais aussi la connaissance, la reconnaissance et la prévention des maladies professionnelles en développant notamment des systèmes d'information adaptés.

Dès lors, au-delà des questions d'articulation entre santé au travail et santé publique, les questions d'articulation entre médecin traitant et médecin du travail, dans le respect du secret médical, apparaissent comme primordiales dans une logique de parcours de soins voire de parcours de vie.

La stratégie de santé nationale, le futur plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les toxicomanies, le Plan de santé au travail 3 et la révision de la loi de santé publique sont autant de vecteurs potentiels d'une meilleure articulation entre santé au travail et santé publique.

Enfin la mission tient à souligner la nécessité d'une mise en cohérence de l'action des pouvoirs publics au niveau national et local, et insiste sur l'importance d'intégrer la santé au travail au sein des Projets Régionaux de Santé (PRS) tout en articulant ces derniers avec les Plans Régionaux de Santé au Travail (PRST). La pluralité des acteurs peut être source de dysfonctionnements même si des collaborations ponctuelles s'instaurent entre eux.

Les recommandations de la mission sont les suivantes :

- le sujet de l'entreprise comme lieu de promotion de la santé devrait pouvoir être débattu dans le cadre des CHSCT ;
- la santé au travail devrait être identifiée parmi les priorités de la future stratégie nationale de santé et des plans de santé publique.

**Source et intégralité du rapport :**  
[www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)



*Chroniques du Travail* est une revue récente, éditée par l'IRT d'Aix-en Provence depuis décembre 2011 et qui succède aux *Cahiers de l'IRT* (1988-2010).

Elle ambitionne de devenir une revue de référence de sciences sociales du travail et de concilier rigueur et lisibilité, en vue d'assurer une fonction non pas d'initiation ou de vulgarisation, mais de diffusion des résultats de la recherche.

Le numéro 3, de décembre 2013, titré « Qualité du Travail, Emplois de Qualité », retranscrit les débats du Cycle de Conférences 2012-2013 du Pôle Régional Travail sur ce même thème.

Un appel à contribution, lancé fin 2012, a visé à mettre en dialogue l'ensemble des travaux réalisés sur ce thème (lors des conférences du PRT) avec des articles alimentant la question de l'articulation entre travail et emploi et interrogeant la notion de qualité appliquée à ce champ.

Toutes les parutions sur : <http://irt.univ-amu.fr/revue>

## Evolution jurisprudentielle : le juge face aux décisions de l'employeur en matière d'organisation

L'article présenté ci-dessous a pour objectif de retracer de manière non exhaustive, une évolution de la jurisprudence en matière de droit à la santé au travail. Au préalable, il convient de présenter de manière succincte les modes de saisine des différents tribunaux par les salariés, abordés dans le présent article.

- Le **Conseil des Prud'hommes** qui juge les litiges liés à l'exécution et à la rupture du contrat de travail est un mode de recours utilisé par les salariés pour mettre en cause l'employeur au titre de l'**obligation de sécurité de résultat**. Dans les situations de harcèlement moral, les salariés doivent apporter des faits permettant de présumer l'existence des comportements qu'il dénonce, l'employeur devant apporter la preuve contraire. Les décisions prises sont susceptibles d'appel auprès de la Cour d'appel, puis faire l'objet d'un pourvoi devant la Cour de cassation.
- Le **Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS)** est une juridiction judiciaire compétente pour connaître (traiter) des litiges entre les entreprises ou les ayants-droit et les divers organes composant la Sécurité sociale (URSSAF, CARSAT, CPAM, etc.). Tout litige relevant du contentieux général de la Sécurité sociale est soumis, en première instance, au Tribunal des affaires de Sécurité sociale. Sa saisine s'effectue notamment en cas de non reconnaissance en accident du travail ou pour faute inexcusable de l'employeur. Selon le sens de la décision du TASS, possibilité de faire saisir la Cour d'appel dans un délai d'un mois, puis la **Cour de cassation**.
- Le référé devant le **Tribunal de Grande Instance, procédure civile**, consiste à obtenir du juge qu'il rende, dans de brefs délais, une décision, appelée, ordonnance, prescrivant la mise en oeuvre de mesures appropriées, soit pour faire cesser un trouble illicite, soit pour prévenir un dommage imminent. Les mesures prises par le juge dans le cadre d'une procédure de référé ont un **caractère provisoire** c'est-à-dire non définitif. Elles sont susceptibles d'être remises en cause par le juge qui statuera sur le fond de l'affaire, au cours d'une procédure ultérieure.

Ces derniers mois ont connu quelques arrêts importants, réaffirmant la place de l'obligation de sécurité de résultat pesant sur l'employeur dans les choix de gestion et d'organisation du travail.

### L'obligation de résultat : une obligation civile de sécurité de résultat

Construction jurisprudentielle de la Cour de cassation, l'obligation de sécurité est une obligation de résultat, qui oblige l'employeur d'assurer la sécurité des travailleurs sur les lieux de travail et d'éviter la dégradation de leur état de santé. Le simple fait de ne pas aboutir au résultat, suffit à engager la responsabilité civile de l'employeur. Cette notion trouve sa traduction dans l'évolution récente de la jurisprudence relative au harcèlement moral, à la reconnaissance de la faute inexcusable (ex : tentative de suicide).

L'action civile permet notamment de réparer les dommages subis par un salarié, à bien distinguer de l'action pénale, qui s'attache, au nom de la société et au nom de la victime, à rechercher l'infraction (délit) commise par un auteur (ex : harcèlement moral).

Depuis le fameux arrêt Snecma (*Cass. soc.*, 5 mars 2008, n°06-45.888) tout employeur doit intégrer suffisamment en amont de ses projets de réorganisations, les conséquences potentielles de ses décisions sur la santé et la sécurité des salariés. A cet effet, et au nom de l'effectivité de l'obligation de sécurité de résultat, le juge peut suspendre la mise en oeuvre d'un projet qui irait à l'encontre de cet objectif.

L'obligation de préserver la santé surplombe le pouvoir de direction et encadre la liberté d'entreprendre de l'employeur.

### Une mise en cause progressive de certaines formes d'organisation du travail

Dans un contexte économique plus difficile où les entreprises cherchent à actionner tous les leviers possibles de manière à améliorer la performance économique et commerciale de leur organisation, le juge veille à ce que les méthodes retenues ne compromettent pas la santé des salariés. Ainsi le 4 septembre 2012, le Tribunal de Grande Instance de Lyon<sup>1</sup> a condamné le système de mise en concurrence intensive, appelé « *benchmark* » appliqué à des commerciaux, et consistant à évaluer et comparer publiquement et en permanence leurs résultats.

### Qu'est-ce que le *Benchmark* ?

« Étymologiquement, le *bench* désigne la marque taillée dans la pierre par l'arpenteur géomètre pour fixer son équipement de mesure. Dans le jargon topographique, le *benchmarking* consiste à se référer à un repère de nivellement ou à un point géodésique pour effectuer des comparaisons de direction et d'altitude. C'est par analogie avec cette très ancienne pratique que les managers ont parlé de *benchmarking* à propos de leurs activités d'analyse compétitive et d'étalonnage des performances. Au sens que nous lui connaissons aujourd'hui, le terme a été popularisé par un ingénieur, cadre chez Xerox, un certain Robert C. Camp, auteur en 1989 de la bible en la matière : *Benchmarking. The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance* (extrait du livre I. Bruno et E. Didier, *Benchmarking. L'état sous pression statistique*, Paris, Zones, 2013)

Il s'agit d'un principe d'amélioration continue des performances en auditant la pratique des autres. Dans la plupart des cas, il se décline au niveau des activités commerciales, et repose sur une pratique managériale. Dans sa version ressources humaines, il s'inscrit dans le cadre d'une organisation du travail destinée à assurer la gestion des performances des salariés. Dans l'exemple du secteur bancaire visé dans le jugement du TGI du 4 septembre 2012, il établit une concurrence entre les agences bancaires, concurrence induite entre les salariés de chaque agence bancaire.

<sup>1</sup>TGI Lyon, 1re ch., sect 2, 4 sept. 2012, n°11/05300, Synd. Sud groupe BPCE c/Caisse d'Epargne Rhône-Alpes Sud

En instaurant comme mode d'organisation du travail le **benchmark**, l'employeur, selon les juges de juridiction de premier degré, compromet gravement la santé de ses salariés, en générant un état de stress permanent (suivi en direct des performances de chacun). Dans cet arrêt, les juges ne condamnent pas dans son principe le **benchmark** mais les conséquences de sa mise en œuvre en matière de santé mentale.

La part variable de rémunération de chaque salarié dépendait directement des résultats du **benchmark** et était déterminée en fonction des résultats de l'agence par rapport aux autres. La décision des juges s'appuie notamment sur le fait que les risques psychosociaux avaient été signalés à de nombreuses reprises à l'employeur (audit d'un cabinet externe, rapports annuels du médecin du travail). Le jugement fait également référence aux constats de l'inspection du travail.

Selon le TGI de Lyon « *il résulte de l'article L. 4121-1 du Code du travail que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, qu'il doit prévenir le risque et non intervenir a posteriori* ». Dans cette affaire il est ainsi reproché à l'employeur de ne pas avoir respecté l'obligation de résultat qui pèse sur lui. En effet, « les mesures mises en place par l'entreprise étaient largement insuffisantes au regard des effets du **benchmark** sur la santé des salariés notamment pointés par les médecins du travail. Ces mesures prises (« observatoire des risques psychosociaux », un numéro vert, un « plan d'action qualité du travail »), ne visaient pas à supprimer le risque à la source mais à limiter les effets sur la santé en intervenant *a posteriori* une fois que le risque est révélé.

Il est à noter que si cette affaire est frappée d'appel par l'employeur, il n'en demeure pas moins que le droit à la santé des travailleurs connaît une extension importante et consacre la judiciarisation de l'obligation de prévention. Au titre des articles L. 4121-1 et suivants du Code du travail fixant les principes généraux de prévention, l'employeur est tenu de mettre en œuvre une véritable politique de prévention et d'en assurer l'effectivité.

Dans un jugement en référé en date du 6 janvier 2012, le Tribunal de Grande Instance de Nanterre<sup>2</sup> a considéré que le CHSCT était en droit de recourir à une expertise dans le cadre d'un projet de **lean management**. La méthode lean peut induire « *des transformations importantes des postes de travail découlant de l'organisation du travail, des modifications des cadences et normes de productivité, voire des aménagements modifiant les conditions de santé et sécurité ou les conditions de travail* », est-il stipulé dans le jugement.

## Les mutations économiques aux prises avec le droit à la santé

Plusieurs jugements récents de première instance témoignent d'une attention portée aux conséquences psychologiques des mesures prises par l'entreprise au travers de son pouvoir d'organisation et de son pouvoir de décision.

- Dans un jugement AREVA, le Tribunal de Grande Instance de Paris (TGI 5 juill 2011, n°11/05780) a suspendu une opération d'externalisation au motif qu'elle engendrait des risques psychosociaux pour les salariés, en sus, des risques techniques et industriels.
- Le jugement du Tribunal de Grande Instance de Toulouse du 3 février 2011 (TGI Toulouse, 3 févr.2011, n°11-00114, CE Service Après-vente Carrefour Sud-Ouest de la SAS Carrefour Hypermarché c/SAS Carrefour Hypermarché) a suspendu le

projet de cessation d'activité d'un établissement et le projet de licenciements économiques y afférents, tant que le CHSCT n'avait pas été consulté. Le juge a considéré que le projet de cessation d'activité portait atteinte à la santé des salariés. Il a mis en évidence les conséquences « psychiques » et la « situation délétère » quant à la « sérénité et santé » des salariés.

- Dans une affaire plus récente, le président du TGI de Nanterre<sup>3</sup> a décidé de suspendre la procédure de licenciement économique collectif dans l'attente de l'évaluation des risques psychosociaux. Ce jugement dont les attendus sont très détaillés peut avoir des conséquences importantes sur la mise en œuvre future des PSE, et peser dans les délais dans lesquels les entreprises voudront mettre en œuvre leurs réorganisations.

Le jugement illustre l'obligation faite à l'employeur d'effectuer une étude sérieuse et précise sur les RPS avant la présentation de son projet de réorganisation. En l'espèce, l'injonction adressée par le Tribunal à l'entreprise, inclue notamment une évaluation quantitative de la charge de travail actuelle et future de l'ensemble des salariés des magasins, du siège et de la plate-forme.

Cette décision contraint la société à faire l'analyse chiffrée de l'intégralité des tâches de chaque poste supprimé du fait de la réorganisation envisagée, d'évaluer *a priori* les transferts de charge de travail selon plusieurs scénarios possibles de réorganisation, avant de poursuivre son plan définitif de réorganisation.

## La charge de travail sous l'œil attentif des juges

La notion de charge de travail est de plus en plus mise en avant dans des décisions judiciaires récentes aussi bien d'un point de vue individuel que collectif.

### Quelle définition de la charge de travail ?

*Si la charge de travail n'est pas juridiquement définie, en droit du travail, on la retrouve à l'article L. 3121-47<sup>4</sup> du Code du travail qui prévoit une prise en compte de la charge de travail du salarié dans le cadre de l'entretien annuel individuel organisé avec le cadre ayant conclu une convention de forfait en jours sur l'année.*

*Sans prétendre faire une analyse exhaustive de la notion dans le Code du travail, on peut retrouver la charge de travail dans l'accord sur le stress en date du 2 juillet 2008, qui liste les facteurs de stress professionnel, parmi lesquels une « charge de travail réelle et manifestation excessive ».*

*Avec l'évolution des organisations, la notion de charge de travail apparaît de plus en plus difficile à définir. Elle doit être abordée dans sa globalité, à travers l'activité de travail dans un contexte dynamique de l'individu, de son activité professionnelle et du contexte organisationnel.*

*A ce titre, il convient de rappeler que la détermination de la charge de travail relève du pouvoir d'organisation du travail de l'employeur. Il demeure libre de l'organiser avec un impératif, celui de la protection de la santé et sécurité des salariés. La charge de travail doit être appréhendée comme un facteur de risque psychosocial, et prise en compte comme potentiellement pathogène. En effet, le stress est un risque psychosocial qui peut être à l'origine d'une charge de travail excessive où l'individu ne peut plus faire face aux prescriptions, objectifs, cadence, prescrits par l'employeur, ou la machine. Vue sous l'angle du harcèlement moral, une surcharge de travail ; comme une sous-charge, peut constituer un élément qui participe au processus harcelant.*

<sup>2</sup>TGI Nanterre, 6 janvier 2012, ordonnance de référés, N°R.G. : 11/03192

<sup>3</sup>TGI de Nanterre, référé, 24 mai 2013, n°13/00480, (The Phone House)

<sup>4</sup>Cet article est issu de la loi Aubry II du 20 août 2008 qui prévoit : « un entretien annuel individuel est organisé par l'employeur, avec chaque salarié ayant conclu une convention de forfait en jours sur l'année. Il porte sur la charge de travail du salarié, l'organisation du travail dans l'entreprise, l'articulation entre l'activité professionnelle et la vie personnelle et familiale ainsi que la rémunération du salarié. ».

## D'un point de vue individuel : la convention de forfait en jours et la protection de la santé et sécurité du salarié

De plus en plus, la Cour de cassation est amenée à opérer un contrôle strict des dispositions prévues dans les conventions collectives nationales de branche relatives au suivi et au contrôle de la charge de travail des salariés, soumis au régime de la convention au forfait jours à l'année. Pour cela, elle effectue un contrôle au vu des dispositions du Code du travail, mais aussi des textes européens<sup>5</sup>. L'arrêt fondateur du 29 juin 2011 pris par la Cour de cassation<sup>6</sup> donne à l'accord collectif instituant le forfait en jours le rôle d'organiser les mesures permettant de protéger la santé du salarié en forfait jours. Saisie du litige, elle examine l'accord de branche applicable à celui-ci (accord national du 28 juillet 1998 sur l'organisation du travail dans la métallurgie), et assure que l'accord respecte les règles impératives relatives à la durée du travail et aux temps de repos et qu'il est conforme aux normes tant constitutionnelles qu'euro-péennes.

Dans cette affaire, l'employeur n'était pas en mesure d'apporter les éléments de contrôle et de suivi régulier de l'organisation et de la charge de travail exigés par l'accord collectif. La convention de forfait jours a donc été « frappée de nullité ». Le salarié pouvait par conséquent, prétendre au paiement d'heures supplémentaires.

Dans le même cas d'espèce, l'arrêt du 31 janvier 2012<sup>7</sup> renoue avec l'arrêt du 29 juin 2011, mais appliqué à l'accord collectif de la chimie ; celui-ci n'organisait pas le contrôle des jours de travail mais renvoyait sur ces points à l'accord individuel du salarié et de l'entreprise. Dès lors, la convention individuelle de forfait conclue en application de ces dispositions est privée d'effet au motif qu'il n'appartient pas au contrat individuel de pallier à la carence de l'accord collectif notamment au regard de l'obligation de préservation de la sécurité et de la santé du salarié soumis au forfait.

Dans un nouvel arrêt du 24 avril 2013, la Cour de cassation invalide les dispositions sur les forfaits en jours sur l'année de l'accord du 22 juin 1999 relatif à la durée du travail, pris en application de la Convention collective nationale des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseil (« Syntec ») du 15 décembre 1987.

Malgré un suivi spécifique de l'amplitude et de la charge de travail au moins deux fois par an (par une commission de suivi composée des élus titulaires), la Cour de cassation censure les juges d'appel et annule la convention individuelle de forfait en jours du salarié, au motif que ce suivi n'étant pas suffisant pour s'assurer du caractère raisonnable de la charge de travail, de la correcte répartition dans le temps, du travail, et de la protection de la santé et de la sécurité du salarié.

## La charge de travail appréhendée dans un cadre plus collectif

Plus récemment, la Cour d'appel de Paris<sup>8</sup> a suspendu un projet de restructuration et de plan social au sein du groupe la FNAC car selon elle, les risques psychosociaux (en particulier la charge de travail) n'avaient pas été dûment évalués. Plusieurs CHSCT (8) et organisations syndicales (3) ont initié cette action en annulation-

suspension de la réorganisation et du plan social, et la Cour pointe :

- « C'est en amont de la réorganisation que les risques, notamment psychosociaux, doivent être identifiés par l'employeur, (...). L'identification des facteurs de risques psychosociaux, en particulier la charge de travail, fait partie de l'obligation de prévention des risques pesant sur l'employeur en vertu des articles L. 4121-2 et suivants du Code du travail. ».
- Est également reproché à l'employeur de ne pas avoir effectué de chiffrage des transferts de la charge de travail induite par le projet, alors qu'il « constitue un critère essentiel d'évaluation des risques psychosociaux pouvant résulter d'une surcharge de travail caractérisée et objective, génératrice de stress de nature à compromettre la santé et la sécurité des salariés. ».
- Enfin, l'arrêt indique que « l'évaluation des charges de travail doit prendre en compte les conditions de travail particulières régies par des conventions de forfait-jours, conformément aux dispositions de l'article L. 3121-43 du Code du travail », et en faisant référence aux dispositions de l'ANI étendu du 2 juillet 2008 sur le stress au travail (article 4) et de la Charte sociale européenne.

Il ressort de l'arrêt de la Cour d'appel, une définition de la notion de charge de travail, « comme la description de l'activité d'un salarié pendant une période donnée, en mettant en correspondance le temps donné pour effectuer une tâche, les moyens matériels, les connaissances et expérience des intéressés » ; quant à la surcharge de travail, elle est « même généralement définie comme correspondant à l'inadéquation d'une partie ou de l'ensemble des moyens dont dispose un salarié pour effectuer les tâches qui lui sont demandées, la surcharge aboutissant ou se manifestant par l'apparition de symptômes de souffrance au travail, de stress, étant précisé que la surcharge de travail peut également procéder d'une inadéquation du profil du salarié en cause par rapport aux exigences de son poste de travail ou d'une inadéquation de l'organisation du travail. ».

Un autre apport de l'affaire FNAC est de reconnaître l'action des CHSCT pour faire annuler ou suspendre en urgence auprès du TGI, une mesure patronale susceptible de générer un risque psychosocial. Jusqu'à présent, le CHSCT était fondé à agir sur le terrain de l'expertise, lorsque celle-ci était contestée par l'employeur. Une action cependant limitée aux seuls établissements qu'il représente et ne vise pas l'entreprise dans son ensemble.

La notion de charge de travail dont il est question dans la motivation de la Cour d'appel de Paris, est reprise dans un arrêt du 8 décembre 2012 de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation<sup>9</sup>. Il condamne une société pour faute inexcusable suite à la crise cardiaque générée de longue date par le stress subi par un salarié en raison d'une politique de réduction des coûts, ayant pour conséquence la charge de travail et la pression.

<sup>5</sup>Charte sociale européenne, charte communautaire des droits sociaux fondamentaux, et directive 2003/88/CE du 4 décembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail

<sup>6</sup>Arrêt n°1656 du 29 juin 2011 (09-71.107) – Cour de cassation – Chambre sociale

<sup>7</sup>Cass soc, 31 janv. 2012, n°10-19.807, n°276 FS – P + B + R

<sup>8</sup>CA Paris, pôle 6, ch. 2, 13 décembre 2012, n°12/00303

<sup>9</sup>Cass. 2e civ., 8 décembre 2012, n°11-23.855 F-D

La Cour de cassation relève en effet que l'accroissement du travail du salarié est intervenu sur les années précédant son accident, cette politique de surcharge, de pressions et « d'objectifs inatteignables » ayant généré un stress.

Le contentieux de la faute inexcusable en cas de conditions de travail génératrices de stress se développe devant les juridictions de la sécurité sociale. L'arrêt du 8 décembre 2012 fait écho à l'affaire Renault dans lequel l'employeur, tenu à une obligation de sécurité de résultat envers son salarié, avait ou aurait du avoir conscience que son salarié était exposé à des conditions d'exercice professionnel dangereuses pour son équilibre psychologique et n'a pas pris les mesures de nature à le protéger.

### En conclusion

Les jurisprudences vont de plus en plus loin dans la remise en cause du pouvoir de direction de l'employeur, dans ses choix organisationnels, souvent guidés par la seule logique économique.

Les modes de gestion collective du travail (management par la performance, *lean*...) mis en œuvre par des entreprises peuvent s'avérer délétères sur la santé des travailleurs, et être remis en cause par le juge.

Il appartient à l'entreprise d'analyser et d'intégrer très en amont de ses changements et réorganisations, les effets potentiels de ces restructurations sur la santé des salariés, sous peine de voir le juge interrompre, voire suspendre le déploiement des nouvelles méthodes de production et de travail. L'évolution du contentieux autour de l'obligation de sécurité de résultat et des restructurations tend à accroître le niveau d'exigence à l'égard des entreprises en matière de transparence de l'information et de réelle prise en compte des contraintes du travail et de la santé des salariés.



**Jérôme Migirditchian**  
Inspecteur du travail, Cellule pluridisciplinaire,  
Unité Centrale DIRECCTE PACA

### Prévention de la violence interprofessionnelle en milieu de travail

Un site spécialement dédié aux questions de violence au travail, réalisé par les experts canadiens de l'Institut Robert Sauvé pour la Santé et la Sécurité au Travail (IRSST).

Son point fort : considérer que le problème ne peut être résolu en recourant seulement à l'édition de règlements et à la prise de sanctions contre les auteurs de violence parce que leurs comportements sont, dans l'immense majorité des cas, la conséquence de dysfonctionnements managériaux et organisationnels plus profonds qu'il convient de résoudre pour éradiquer le mal à la racine.

Le site propose en ligne une démarche de prévention de la violence en 5 étapes, adaptable à tous types d'organisations.



Source : <http://www.irsst.qc.ca/prevention-violence/>



### Travail & Changement

Revue de l'Anact  
N°351, Septembre – octobre 2013

*Les méthodes d'organisation du travail : le Lean en question*

Formatage efficace ? Effet sur les conditions de travail ? Dépassement du modèle ? Modèle d'organisation du travail très répandu, le *Lean* vise la performance de l'entreprise en prenant en compte les salariés, *via* notamment leur implication dans l'organisation. Mais qu'en est-il concrètement des conditions de travail ? Faut-il en rester à un modèle formaté ?

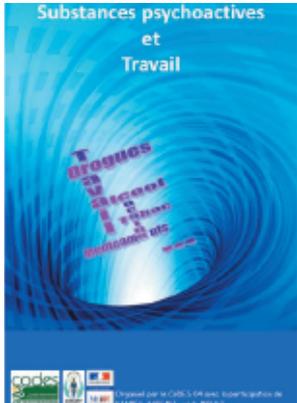
Du taylorisme au *Lean* en passant par le fordisme, les modèles d'organisation du travail ont toujours suscité des questions. Car ils se présentent souvent comme des promesses de jours meilleurs dans les entreprises. Jours meilleurs pour la performance (gains de productivité) mais aussi pour les salariés. Et c'est là l'une des grandes ambitions du *Lean*. Déployé à partir des années 1980 dans l'industrie, puis des années 2000 dans l'ensemble des secteurs, le *Lean* s'est largement propagé en se revendiquant de l'amélioration des conditions de travail.

Principal argument en la matière : la valeur créée dans l'entreprise se trouve sur le terrain, c'est-à-dire dans l'atelier, sur les lignes de production, là où les biens et les services sont produits. En la matière, le *Lean* avance des propositions intéressantes : ergonomie des postes, management de proximité, expression des salariés. Mais réussit-il à aller sans encombre jusqu'au bout de ses promesses ?

Source : <http://www.anact.fr/web/publications/la-revue> »

## Colloque CoDES 04

### « Substances psychoactives et travail »



« Substances Psychoactives et Travail » est le thème retenu par le Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-de-Haute-Provence pour le colloque qui s'est déroulé le 19 octobre 2012 à Digne-les-Bains, ce thème avait été sollicité lors de la précédente édition.

Pour la première fois en 2010, le **Baromètre santé** a publié des données sur cette thématique, il indique notamment qu'il y a une augmentation de consommation

pour des problèmes liés à la situation professionnelle pour : 36% des fumeurs, 9 % des consommateurs d'alcool, 13% des consommateurs de cannabis. De plus, elle précise que certains secteurs sont plus sujets à ce type de consommation comme le bâtiment, l'agriculture, la manutention ou le transport.

Chaque année, dans le cadre des missions régionales du pôle de compétences en Education pour la santé de la région PACA, dont l'objectif est de « développer et structurer l'éducation et la promotion de la santé en région, mais aussi mobiliser et accompagner les acteurs locaux pour le développement d'une **dynamique locale** en éducation et promotion de la santé », les CoDES organisent des colloques financés par l'INPES.

En 2012, le CoDES 04 a collaboré avec l'AIMSMT et notamment le Dr Ibagnes, médecin à l'AIMSMT et M. Dècle, IPRP, qui ont apporté leur expertise sur cette problématique, elle a aussi apporté un soutien financier tout comme la MILDT.

L'**objectif** de ce colloque était d'apporter les informations nécessaires à la mise en place d'actions de prévention en entreprise sur cette thématique en répondant aux questions suivantes :

- Quels sont les risques liés à la consommation de SPA ?
- Quels sont les freins à la prise en charge de cette problématique ?
- Quels sont les structures relais de prévention, d'accompagnement et de soins du département ?
- Quels sont les actions déjà mises en place ?
- Quelle démarche de repérage et de prise en charge face à une conduite inadaptée, liée à la consommation de SPA ?

Pour cela, deux axes ont été abordés :

#### Une partie théorique :

- Un état des lieux des consommations, *Dr Ibagnes, AIMSMT*

- Les substances et usages, *Dr Leloutre, CSAPA/ ANPAA 04*

- Comprendre la consommation : pourquoi consomme-t-on ? *M. Souville, Enseignant chercheur en Psychologie sociale du travail et des organisations Aix-Marseille-Université*

- Les SPA et la loi, *Mme Durand, Directrice adjointe UD 04, DIRECCTE*

#### Une partie plus pratique :

- Théâtre Forum, *M. Moreau, Théâtre Santé Média*, avec la mise en scène de plusieurs situations de consommation de SPA dans le monde professionnel

- 1<sup>ère</sup> Table ronde sur la place et le rôle des acteurs du département par rapport à cette problématique

- 2<sup>ème</sup> Table ronde avec des exemples d'actions, comme le Contrôle aléatoire de masse anonymisé (CAMA) au sein de la *Régie des transports de Marseille*, la sensibilisation des addictions et hygiène de vie par l'Association pour le transport et la présentation de la politique de prévention des Substances Psychoactives chez *Millo Garcin*

Ce colloque a permis un éclairage et la mise en avant d'une démarche de prise en charge de cette problématique, difficile à aborder dans le monde professionnel car l'on touche un sujet privé et tabou.



**Isabelle Bérat**  
Chargée de Projets, CoDES 04

#### 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)**

## Substances psychoactives et travail

(Expérience de la journée du 19 octobre 2012 à Digne-les-Bains)

L'objectif final, outre l'information sur le sujet, étant d'arriver à fournir une conduite à tenir pour la prise en charge de certaines situations. Pour pouvoir tracer ce schéma directeur nous nous sommes appuyés sur l'avis 114 du Comité consultatif national d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, pondéré par l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins donné le 3 septembre 2012 aux médecins du travail secrétaires de la CFE-CGC, rappelant que les obligations du médecin du travail ne peuvent résulter du règlement intérieur d'une entreprise.

Les effets physiologiques de ces substances peuvent être répertoriés en cinq types (3) : euphorie, excitation, sédation, ivresse, hallucinations. Nous avons distingué usage ponctuel et mésusage des SPA car, par exemple seul 20% des consommateurs de cannabis et 40% des consommateurs d'alcool nécessitent une prise en charge médicale (2). L'addiction se caractérise par la dépendance, c'est-à-dire l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives. Il existe des addictions avec produits ou sans produit (*workaholisme*, jeux, etc.).

### Les substances psychoactives (5)

Un rapide rappel de chiffres concernant les principales SPA a permis de mesurer l'impact du sujet sur le plan sanitaire et social.

#### Le tabac

- 30% des adultes de 18-75 ans sont des fumeurs quotidiens (+ 2% par rapport à 2005) ;
- 60 000 décès par an attribuables au tabac (stable par rapport à 2005) ;
- Gain pour le tabagisme passif grâce à la loi Evin de 1991, mais encore responsable de 2 500 à 3 000 décès en 2002 ;
- Tous les secteurs professionnels sont concernés ;

**Risque addictogène = 50%** (une personne sur deux qui expérimente le produit deviendra consommateur régulier).

#### L'alcool

- La France reste l'un des pays les plus consommateurs au monde ;
- 5 millions de consommateurs quotidiens (au moins une fois par jour) ;
- 10% de consommateurs réguliers chez les jeunes de 17 ans, sous forme d'intoxication aiguë ;
- 40 000 décès par an attribuables à l'alcool (37 000 en 2005) ;
- Deuxième cause de décès évitable ;
- 12 litres d'alcool pur consommés en 2010 par habitant âgé de 15 ans et plus (26 litres au début des années 60) ;

**Risque addictogène = 8 à 10%.**

#### Le cannabis

- Substance illicite la plus consommée et la plus disponible ;
- 550 000 usagers quotidiens (au moins une fois par jour) ;
- 5% des actifs consomment du cannabis au cours de l'année ;
- 1,1 % des actifs consomment du cannabis avant d'aller travailler ;

**Risque addictogène = 8%.**

#### La cocaïne

- 3,8% des adultes de 18-64 ans ont expérimenté la cocaïne = 1,5 millions de personnes.
- En 20 ans, le nombre d'expérimentateurs a été multiplié par 3.
- Toutes les catégories professionnelles sont concernées.

- La diffusion de la cocaïne ne cesse de s'élargir, que ce soit dans l'espace festif (clubs, soirée privées...), que dans l'espace urbain (usagers en situation précaires surtout).

**Risque addictogène = 15%**

#### L'ecstasy

- Expérimentée par 2,7% des adultes de 18-64 ans = 1,1 millions de personnes ;
- Depuis 2005 ce taux est en baisse (900 000 personnes) ;
- Usage fréquent en milieu festif, l'usage d'ecstasy concerne surtout une population jeune, bien insérée ;
- En 2011 : 2 jeunes sur 10 (17 ans) déclarent avoir consommé de l'ecstasy au moins une fois dans leur vie ;

**Aucun secteur professionnel n'est épargné.**

#### L'héroïne

- 500 000 expérimentateurs en 2010 ;
- Population consommatrice la plus visible = celle qui fréquente les structures spécialisées de soins ;
- Depuis quelques années, émergence d'une population plus jeune et plus difficile à décrire car échappe au système sanitaire et social ;
- Le mode d'administration le plus utilisé reste l'injection mais plus les usagers sont jeunes plus ils ont recours au « sniff » ;
- Le nombre de décès par surdose a nettement diminué avec l'apparition des produits de substitution (méthadone). Nombre divisé par 10 entre 1993 et 2000.

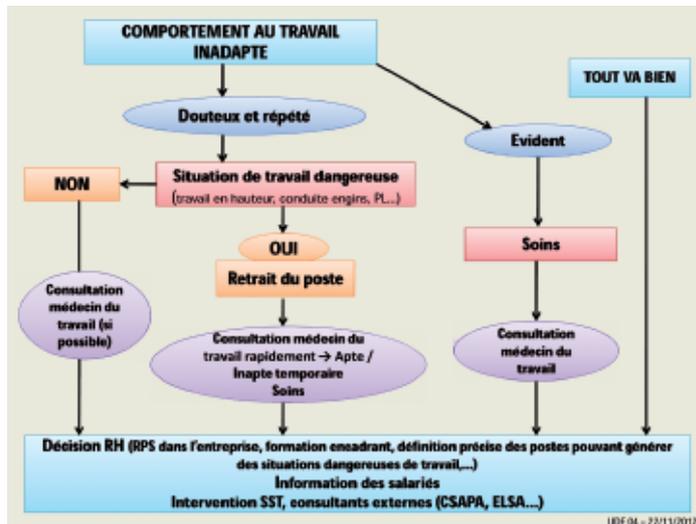
**Risque addictogène = 50 à 60%**

#### Les médicaments psychotropes

- La France est l'un des pays les plus consommateurs au monde chez les adultes comme chez les ados ;
- 3,8 millions d'usagers réguliers chez les 11-75 ans ;
- 2 types principaux de médicaments psychoactifs peuvent donner lieu à une utilisation détournée :
  - les tranquillisants ou anxiolytiques
  - les somnifères ou hypnotiques
- 4 adultes sur 10 disent déjà avoir pris un médicament psychotrope au cours de leur vie ;
- 20% des 14-15 ans déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie.

## Schéma de prise en charge

Face à cette problématique nous avons proposé une approche pragmatique résumée ainsi :



Devant un comportement au travail inadapté (euphorie paradoxale, désinhibition, agressivité, somnolence, ivresse, hallucinations...) il convient de séparer le trouble du comportement, évident pour lequel un soin rapide s'impose dans un premier temps, suivi d'une consultation réglée en médecine du travail, du tableau clinique douteux mais répété.

Pour ce dernier, il faut distinguer la situation de travail dangereuse (travail en hauteur, conduite d'engins et véhicule,...) des autres situations de travail.

Pour les situations dangereuses, le retrait du poste s'impose en attendant de demander l'avis du médecin du travail.

Dans toutes les situations, la demande de rendez-vous auprès du médecin du travail sera organisée par l'employeur en informant à la fois le médecin du travail et le salarié du motif de cette visite. Dans ces différents cas l'employeur doit adresser au médecin du travail un courrier relatant des éléments factuels en relation avec le travail (3). Le respect du secret médical est ainsi préservé, le problème de santé n'étant pas dévoilé car l'origine d'un comportement inadapté au travail peut avoir de nombreuses origines (toxiques ou autres, y compris les conflits de personnes). Cet avis, délivré alors, ne sera qu'un avis d'aptitude ou d'aménagement au poste de travail voire d'aptitude temporaire à certains postes.

## Volet prévention primaire et secondaire

Cette aide ne peut être que pluridisciplinaire, la prise en charge se situant souvent à la frontière entre sphère privée et exigence professionnelle.

Dans cet esprit, nous avons proposé à notre auditoire l'expérience de la Régie des Transports de Marseille dans le cadre de sa procédure Addiction : « le contrôle aléatoire de masse anonymisé ».

Les principaux acteurs ressources dans l'entreprise sont l'employeur, les salariés, les institutions représentatives des salariés (Délégués du personnels, CHSCT) et le service de santé au travail, car c'est le collectif qui aura le plus d'influence dans la prise en charge des addictions (4).

Il faut que l'employeur s'assure de l'absence de facteurs de risque dans son entreprise pouvant conduire à l'usage de substances psychoactives par ses salariés (travail de nuit, horaires postés, travail isolé, forte contrainte de productivité ou l'inverse, trop forte vigilance, perte d'intérêt pour le travail). En effet, l'usage des SPA se fait toujours en réponse à quelque chose (3) :

- pour favoriser la communication
- pour soulager, oublier les souffrances
- pour soutenir son énergie
- pour stimuler ses perceptions
- pour s'adapter à un environnement
- pour se détendre
- pour éviter le syndrome de manque

Il faudra une formation de l'encadrement à cette problématique et l'employeur doit définir précisément les postes de sécurité dans de son entreprise.

Le Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels doit tenir compte de cette évaluation.

Ensuite, l'employeur devra informer les salariés au cours d'une démarche collective au sens de l'article L. 4122-1 du Code du travail, dans laquelle tous les salariés se sentent impliqués face à cette problématique.

Le service de santé au travail doit participer à ces informations et créer des liens avec les services de soins externes spécialisés (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie ANPAA, Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie CSAPA, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie ELSA,...) et le médecin traitant. Car il est plus facile pour l'équipe traitante d'assurer des soins efficaces lorsque ce *triumvirat* fonctionne bien.

Cette démarche a été initialisée dans le 04 après quelques réunions entre équipes préventives et équipes de soins au cours desquelles chacun a appris à se connaître pour une meilleure prise en charge. Actuellement, nous échangeons annuellement afin de conserver une certaine cohérence dans nos pratiques.

Mais n'oublions pas que l'exercice d'une activité professionnelle reste globalement un facteur de protection des conduites addictives, comparé à la situation de recherche d'emploi.



**Thierry Ibagues - Médecin du travail,**



**Coralie Simmony - IDEST,**



**Etienne Dècle - IPRP, AISMT 04**

## Sources bibliographiques

- (1) - Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, IV section I, C. Trav. Art. R. 4624-1
- (2) - Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), Directions Régionales des Entreprises de la Concurrence de la Consommation du travail, et de l'entreprise (DIRECCTE), Organisme Professionnel et Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBT), Mutualité Sociale Agricole (MSA), Association Interprofessionnelle des Services Médicaux du Travail (AISMT 04)
- (3) - Société française d'Alcoologie en partenariat avec la Société française de médecine du travail, « Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel ». Alcoologie et Addictologie 2013, Vol.35 N°1, 61-92
- (4) - GATET.C. Drogues illicites et risques professionnels, Assises Nationales PARIS 25 juin 2010, Doc Med Trav 2010, 124 ; 443-451
- (5) - Baromètre Santé 2005 - 2012- www.inpes.com, ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011 : Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté (OFDT /Direction centrale du service national - DSCN) « Drogues et chiffres clés », site www.ofdt.fr/Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies « Les addictions en région Provence-Alpes-Côte d'Azur » octobre 2008, CIRDD PACA Centre d'information régional sur drogues et les dépendances Site www.ofdt.fr (données, enquêtes et dispositifs /Addictions et thématiques)



Sous la direction de Philippe Zawieja et Franck Guarnieri

ARMAND COLIN / RECHERCHES

Suivez notre actualité et nos débats sur

### Épuisement professionnel

Approches innovantes et pluridisciplinaires

Philippe Zawieja, Franck Guarnieri

272 pages - 26,00€ - Armand Colin / Recherches  
En librairie le 21 août 2013

**Diagnostic, analyse et prévention du burn out**

- Une approche pluridisciplinaire innovante par des chercheurs en psychologie, sociologie et sciences de gestion
- Des propositions en matière de diagnostic, d'analyse et de prévention

L'épuisement professionnel, ou burn out, est généralement défini comme un syndrome associant un état d'épuisement physique et psychique intense, un ensemble d'attitudes relevant du cynisme et de la déshumanisation, et un effondrement du sentiment d'efficacité personnelle. Il concernerait de 5 à 10% des travailleurs et, dans certaines professions, jusqu'à 40% des effectifs. Dans les cas les plus graves, il peut conduire à la dépression, voire à la tentative de suicide. Si elle est particulièrement abondante, la littérature à laquelle il donne lieu repose toutefois sur un nombre finalement assez restreint de travaux théoriques considérés comme classiques. C'est pourquoi cet ouvrage, rédigé par de jeunes chercheurs en psychologie, en sociologie ou en sciences de gestion, entend ouvrir quelques pistes théoriques ou pratiques. Il s'adresse à des professions aussi diverses que les travailleurs sociaux, les aides-soignants, les chefs d'entreprise, les entrepreneurs de travaux forestiers ou les préparateurs de commandes de la grande distribution. À partir de plusieurs expérimentations de terrain, des pistes d'actions sont proposées en matière de diagnostic, d'analyse et de prévention du burn out.

**Auteur(s):**  
**Philippe Zawieja**  
Chercheur associé au Centre de recherche sur les risques et les crises de MINES ParisTech, il anime la cellule Recherche du groupe ORPEA/CLINEA.

**Franck Guarnieri**  
Directeur de recherche au Centre de recherche sur les risques et les crises de MINES ParisTech, et directeur de la publication de la revue Cultures de Sécurité.



www.armand-colin.com

Contact Service de presse :  
Irene Nanni 01 44 39 42 21  
inanni@armand-colin.fr



DOMAINE : Hygiène, Sécurité, Qualité, Environnement, D. Durable  
SOUS DOMAINE : SECURITE

### RISQUES PSYCHO-SOCIAUX : COMPRENDRE POUR EVALUER ET PREVENIR

<p><b>durée</b> 12 jours (6 sessions de 2 j consécutifs soit 72h)</p> <p><b>date</b> 1ère session : 20 et 21 janvier 2014 2ème session : 17 et 18 février 2014 3ème session : 24 et 25 mars 2014 4ème session : 5 et 6 mai 2014 5ème session : 26 et 27 mai 2014 6ème session : 23 et 24 juin 2014</p> <p><b>lieu</b> Université d'Aix-Marseille, Site Schumien, Aix-en-Provence</p> <p><b>coût</b> 1 450 € HT Etablissement non soumis à la TVA</p> <p><b>les + de la formation</b> Méthodologie participative, Étude de cas, Dossier remis aux participants, Pluridisciplinarité.</p>	<p><b>OBJECTIF</b> Permettre aux différents acteurs qui interviennent sur le champ de la santé au travail : - de définir plus précisément ces risques, - d'en comprendre les causes, - de construire des démarches d'évaluation et de prévention à travers un dispositif de formation articulant apport de connaissances pluridisciplinaires et confrontation/capitalisation des expériences d'intervention dans ce domaine.</p> <p><b>PUBLIC</b> Médecins du travail, infirmier(e)s d'entreprise, responsables RH, cadres dirigeants, représentants des salariés DP et CHSCT, inspecteurs et contrôleurs du travail, préventeurs santé/sécurité, travailleurs sociaux, agents d'accueil, etc...</p> <p><b>PROGRAMME</b> - Travail et santé : problèmes et enjeux. - Dimension subjective du travail, reconnaissance et non reconnaissance. - Harcèlement et autres formes de violence au travail. - Évaluation des modes de management et des relations professionnelles. - Individus et collectif dans les situations de travail. - Charge et intensité du travail. - Crise sociale et activités de travail (métiers exposés). - Confrontation de pratiques d'intervention. - Démarches d'évaluation et de prévention des risques à construire.</p> <p><b>ORGANISATION</b> Inter-entreprise</p> <p><b>VALIDATION</b> Attestation de participation à la formation</p>	<p><b>RESPONSABLE DE LA FORMATION</b> M. REMY JEAN, SOCIOLOGUE, PROFESSEUR ASSOCIÉ À L'INSTITUT D'ERGONOMIE, CONSULTANT EN ORGANISATION DU TRAVAIL DANS L'INDUSTRIE</p> <p><b>RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION</b> M. GILLES PROFIZI fpc-formation@univ-amu.fr 04.42.66.43.04</p>
---	--	--



Aix-Marseille Université

Université Aix-Marseille - Service Formations professionnelles continues  
Les Jardins du phare - 58 Bd Charles Lioux - 13207 Marseille  
Tel. 04 91 39 85 95 - Fax. 04 91 31 31 35 - saf@univ-amu.fr

## Substances psychoactives et milieu de travail : point juridique

### Les addictions et l'entreprise : des enjeux de santé publique et de santé au travail

Les addictions en entreprise, la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues sur les lieux de travail, autant de problématiques complexes à gérer pour l'entreprise. Les addictions ont des origines multifactorielles. Elles sont liées à des facteurs psychologiques, à des facteurs sociaux ; elles ont des liens avec l'environnement privé de la personne mais également avec les conditions de travail ou l'organisation du travail. On consomme des drogues pour rechercher du plaisir, pour mieux « supporter la vie » mais aussi pour améliorer ses performances, pour pouvoir « tenir au travail ». Les conséquences des addictions sur le milieu professionnel sont multiples. Si la sécurité des salariés peut être en jeu de manière directe ou indirecte, c'est aussi la « santé » de l'entreprise qui peut être en cause : baisse de productivité, dégradation du climat social, détérioration de l'image de la structure. La problématique des addictions en entreprise se situe donc aux conflits de différents principes : respect de la vie privée mais impératifs de la vie professionnelle, respect des libertés individuelles mais obligation de sécurité de résultat pour l'entreprise.

### Les substances psychoactives en entreprise : quelle réglementation ?

**Tabac et lieu de travail** : depuis le 1er février 2007, a été affirmé le principe d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment dans les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent un lieu de travail (articles R. 3511-1 à 8 du Code de la santé publique). Cela concerne les salles de restauration collective, les salles de réunion, les bureaux collectifs comme les bureaux individuels. Dans les lieux où s'applique l'interdiction, une signalisation apparente doit être mise en place. L'employeur a la possibilité d'installer des emplacements « fumeurs » qui doivent répondre à des exigences techniques en matière notamment de superficie et d'extraction d'air. Cette faculté n'est pas ouverte aux établissements d'enseignement publics ou privés, aux centres de formation d'apprentis, aux établissements d'hébergement de mineurs et aux établissements de santé.

**Alcool sur le lieu de travail** : le Code du travail prévoit l'interdiction d'introduire dans l'entreprise des boissons alcoolisées autres que le vin, la bière, le cidre et le poiré (article R. 4228-20 du Code du travail). Aucune boisson alcoolisée ne peut être placée dans les distributeurs automatiques (article L. 3322-8 du Code de la santé publique). De l'eau potable et fraîche doit être mise à disposition des salariés (article R. 4225-2 du Code du travail). Enfin, il est interdit de laisser entrer ou séjourner des personnes en état d'ivresse dans des lieux de travail (article R. 4228-21 du Code du travail).

**Drogues et travail** : la détention, l'usage et la vente de drogues à l'intérieur comme à l'extérieur de l'entreprise sont illicites et sanctionnés pénalement. Le Code du travail ne prévoit pas de réglementation spécifique en la matière. De manière générale, il faut souligner le renforcement des règles d'interdiction relatives à la consommation de stupéfiants ainsi que le durcissement des peines pour les auteurs d'infractions en état d'ébriété ou sous l'emprise de stupéfiants.

**Médicaments et travail** : on se situe ici sur une problématique qui relève strictement de la vie privée du salarié. C'est le médecin traitant qui va jouer un rôle déterminant en informant le patient sur les effets secondaires des médicaments par rapport à l'activité professionnelle.

De même, il précisera si le traitement prescrit peut avoir des incidences sur la santé ou la sécurité du salarié sur son poste de travail.

Enfin, il faut souligner que les risques peuvent être accrus lorsqu'il y a association d'addictions. La consommation simultanée d'alcool et de médicaments, par exemple, peut interférer et augmenter les risques si la personne est exposée à des risques chimiques.

### Les substances psychoactives : quels acteurs dans l'entreprise ?

Face au traitement du risque « addictions » dans l'entreprise, la tentation peut être forte de stigmatiser l'individu en reportant la responsabilité exclusivement sur ce dernier. Or, la démarche de prévention du risque doit être l'affaire de tous les acteurs présents dans la structure.

L'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés (article L. 4121-1 du Code du travail). En la matière, il a une obligation de sécurité de résultat. Sa responsabilité civile et/ou pénale peut être engagée. Il peut être poursuivi pour faute inexcusable. Tout d'abord consacrée par la jurisprudence en cas de manquement aux obligations de sécurité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les juges affirment également cette obligation de résultat et engagent la responsabilité civile de l'employeur en cas de manquement à l'une des obligations en matière de sécurité en l'absence d'accident du travail.

Pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés, l'employeur doit mettre en œuvre une politique collective de prévention des risques professionnels en se fondant sur les neuf principes généraux de prévention définis par le Code du travail (article L. 4121-2 du Code du travail).

Le premier élément dans la démarche de prévention est l'évaluation des risques. Il s'agit, tout d'abord, d'identifier les facteurs professionnels pouvant favoriser la consommation des substances psychoactives : travail posté, de nuit, isolé ; contraintes fortes de productivité, de forte vigilance ; excès d'autonomie et de pression ; perte d'intérêt pour le travail ou répétitivité. L'identification des postes impactés par le risque lié à des conduites addictives au travail doit être réalisée : postes liés à la sécurité ou à la sûreté, postes comportant l'utilisation de matériels dangereux ou la conduite de véhicules. Le Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels doit ensuite être complété. Depuis 2001, l'évaluation globale et exhaustive des risques professionnels au sein de l'entreprise constitue une obligation qui se matérialise par la rédaction de ce document. L'objectif est de s'engager durablement dans une dynamique de prévention avec tous les acteurs de l'entreprise. Une fois les risques d'addiction identifiés et évalués, des mesures de prévention visant à supprimer ou à réduire les facteurs addictogènes doivent être définies. Cela comprend des actions d'information et de formation des salariés.

En effet, les salariés doivent être également partie prenante dans la démarche collective de prévention et dans la détermination des actions de prévention. Le rôle de l'encadrement est ici primordial. De plus, il faut rappeler qu'une obligation de sécurité de moyens incombe au salarié. L'article L. 4122-1 du Code du travail dispose que « conformément aux instructions qui lui sont données (...), il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail (...) ».

Autres acteurs dans la prévention des addictions, les institutions représentatives du personnel : le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT) dans les entreprises de 50 salariés et plus et les Délégués de Personnel (DP) dans les entreprises de 11 salariés et plus. Leur rôle : contribuer à la protection de la santé et à l'amélioration des conditions de travail des salariés. Ils ont un rôle consultatif sur les actions de prévention menées par l'employeur. Ils donnent un avis sur le programme annuel de prévention ou sur le plan de prévention. Ils peuvent proposer des actions de prévention, telles que la mise en place d'actions de formation des salariés ou de l'encadrement sur des problématiques liées aux substances psychoactives. Ils mènent des enquêtes, en cas d'accident du travail ou d'incident qui aurait pu avoir des conséquences graves. Ils peuvent faire appel à des experts. Ils rendent un avis formalisé avec un vote sur le contenu du règlement intérieur. Relais d'information à l'égard des salariés, les représentants du personnel constituent l'interlocuteur privilégié de l'employeur sur les problématiques des risques professionnels liés à la consommation de drogues sur le lieu de travail.

Le Service de Santé au Travail (SST) est également susceptible d'intervenir sur les addictions en entreprise. Equipe pluridisciplinaire composée d'Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP), d'infirmiers, elle est animée par le médecin du travail. Le SST a un rôle exclusivement préventif : éviter toutes altérations de la santé de la santé du salarié du fait de son travail (article L. 4622-2 du Code du travail). Sa mission est de conseiller l'employeur, les salariés et les représentants du personnel sur tous les aspects de la santé au travail et sur la prévention de la consommation de drogue et d'alcool sur les lieux de travail. Il s'agit là d'une mention explicite de l'article L. 4622-2 du Code du travail. Le SST peut conduire des actions sur le milieu de travail et informer les salariés sur les dangers liés au poste et sur la prévention des addictions en lien avec ces dangers. Soulignons enfin, le rôle spécifique du médecin du travail qui, dans le cadre de l'indépendance professionnelle qui lui est reconnue, procède aux examens médicaux d'embauche ou périodiques, s'assure de l'aptitude du salarié à son poste de travail. Il peut proposer éventuellement des adaptations au poste ou l'affectation du salarié sur un autre poste de travail. En cas d'addiction, il a la possibilité d'orienter l'intéressé vers des structures de soin et de soutien.

Enfin, dernier acteur susceptible d'intervenir sur la problématique des substances psychoactives, l'inspection du travail. Les agents de l'inspection du travail ont pour mission de contrôler la réglementation et de veiller à l'amélioration des conditions de

travail et au respect des règles de santé et de sécurité dans l'entreprise. Ils constatent et relèvent les infractions à cette réglementation. Ils ont également un rôle d'information et de conseil auprès de l'employeur, des salariés et des représentants du personnel en préconisant des mesures d'amélioration. L'inspecteur du travail assiste aux réunions du CHSCT et contrôle le règlement intérieur en demandant des modifications ou des retraits de clauses illicites.

## Les substances psychoactives : quelle prise en compte dans le règlement intérieur ?

Parallèlement à son obligation de prévention des risques, l'employeur dispose, dans le cadre de son pouvoir de direction, de la possibilité de sanctionner des comportements fautifs émanant des salariés. Il exerce son pouvoir disciplinaire notamment par le biais du règlement intérieur.

Document obligatoire dans les entreprises de 20 salariés et plus, le règlement intérieur fixe les mesures d'application de la réglementation dans les domaines de la santé et de la sécurité. Il indique aussi les règles générales et permanentes relatives à la discipline dont la nature et l'échelle des sanctions en cas de violation de ses dispositions (article L. 1321-1 du Code du travail). Il est soumis à l'avis du CHSCT et à l'examen de l'inspecteur du travail. Cependant, le règlement intérieur « ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché. » (article L. 1321-3 du Code du travail).

Le règlement intérieur peut interdire ou limiter l'introduction et la consommation d'alcool dans l'entreprise ou encore préciser les modalités de mise en oeuvre de l'interdiction de fumer dans les lieux de travail. Il peut interdire au salarié de se présenter sur les lieux de travail en état d'ébriété ou sous l'empire d'une drogue.

Concernant l'alcool, une jurisprudence abondante en la matière, rappelle que l'interdiction totale et générale de consommer de l'alcool dans l'entreprise ne peut être justifiée qu'en présence « d'éléments caractérisant l'existence d'une situation particulière de danger ou de risque » (Conseil d'Etat, 12 novembre 2012 – n° 349365). Une interdiction totale ne pourrait être justifiée que pour les salariés occupant des postes à risque (conduite, utilisation de matériels dangereux, manipulation de produits dangereux) ou en raison de l'activité de l'entreprise (exploitation d'une usine SEVESO II comportant des points sensibles pour la défense nationale).

Le règlement intérieur va fixer les sanctions disciplinaires encourues par le salarié en cas de manquements aux obligations qu'il définit. Que la faute soit sanctionnée par le règlement intérieur ou en l'absence de celui-ci, la jurisprudence applique le principe de l'application d'une sanction proportionnée à la faute.

Constituent des circonstances « atténuantes » un fait isolé ou l'ancienneté du salarié. Ainsi, les juges ont estimé que le

licenciement pour faute d'un salarié n'était pas justifié dès lors que l'état d'ivresse ne s'était produit qu'une fois et que le salarié, en quatorze années, n'avait fait l'objet d'aucun avertissement (Cass Soc, 11 mars 1998 – n° 96-40 063). En revanche, représentent des circonstances « aggravantes » l'état d'ébriété d'un salarié ayant un poste à risque, un poste lié à la sécurité ou mettant en cause la sécurité d'autres personnes (cas d'un convoyeur de fonds porteur d'une arme à feu : Cass Soc, 14 juin 1994 – n° 92-43 390).

Enfin, qu'en est-il des moyens de contrôle et de dépistage des substances psychoactives tels que l'alcootest et les tests de dépistage ? Ils sont possibles mais strictement encadrés. Lorsque le règlement intérieur existe, les modalités de recours et d'utilisation peuvent y être précisées.

L'objectif du dépistage est de faire cesser ou de prévenir une situation dangereuse. Il ne peut y avoir la mise en place généralisée et systématique de tests.

Ainsi, le recours à l'alcootest sera possible pour des salariés occupant des postes spécifiques ou en cas d'ébriété apparente du salarié. Cependant, seules les personnes désignées par l'employeur pourront le pratiquer. Le salarié devra être informé de la possibilité de se faire assister ou accompagné par un tiers ainsi que de la possibilité de contre-expertise. Si le salarié refuse de se soumettre à l'alcootest, il ne peut y être contraint mais l'employeur peut l'écartier du poste de travail en application de l'article L. 4122-1 du Code du travail.

Le dépistage de la consommation de drogues obéit aux mêmes principes. Une recommandation du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) indique que le dépistage médical de produits illicites est souhaitable pour les postes de sûreté et de sécurité mais ne doit pas être généralisé à l'ensemble des postes car contraire à la liberté des personnes (CCNE, avis n°114 du 19 mai 2011). Le rôle du médecin du travail serait central en la matière : indépendance du médecin dans la décision de pratiquer le test et dans le choix dudit test ; maintien des règles du secret professionnel, la transcription des résultats se faisant exclusivement en terme d'aptitude au poste de travail ; information préalable du salarié par le médecin sur la nature, l'objet et les conséquences éventuelles du dépistage.

Enjeu de santé publique et de santé au travail, les addictions aux substances psychoactives constituent une problématique difficile à traiter pour les entreprises. Au-delà des obligations et des responsabilités juridiques de chacun, l'efficacité des actions de prévention de ce risque professionnel spécifique va directement dépendre de l'implication et de la volonté collective des différents acteurs intervenant ou œuvrant dans l'entreprise.

## Anne-Marie Durand

Directrice Adjointe du Travail, Unité Territoriale des Alpes-de-Haute-Provence, Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de PACA (DIRECCTE PACA).

## ANACT - la revue des conditions de travail

L'Anact lance une nouvelle revue intitulée « *La revue des conditions de travail* »

**Destinée à un public de chercheurs, de praticiens et de consultants, cette nouvelle revue ambitionne d'approfondir et de renouveler le regard porté sur les évolutions du travail.**

L'Anact lance une nouvelle revue numérique intitulée *La revue des conditions de travail* dont le premier numéro sera publié en juin 2014.

*La revue des conditions de travail* propose de cheminer sur deux voies :

- La première empruntera le très riche matériau issu des expérimentations menées par le réseau Anact (notamment dans les PME) et des consultants en entreprises, comme autant d'expériences originales de conduite concertée du changement.
- La seconde prendra appui sur des contributions scientifiques issues des nombreuses disciplines convoquées par le travail et ses conditions d'exercice.

Le pari de *La revue des conditions de travail* est de faire discuter les intérêts singuliers avec les problématiques générales, les acquis théoriques avec les connaissances issues de la pratique... Face à la dispersion des savoirs, mais aussi devant la nécessité d'en créer de nouveaux, la rencontre de ces deux voies est seule à même de dépasser la déploration des dysfonctionnements et de proposer des pistes d'amélioration légitimes et pertinentes.

*La revue des conditions de travail* s'adressera, deux fois par an, à une large communauté de chercheurs, praticiens et intervenants engagés dans la compréhension des enjeux et des modes d'actions associés à la transformation du travail.

Pour cela, la Revue se veut :

- Un **creuset** alimenté par des travaux de capitalisation issus de l'expérimentation du réseau Anact, les études, mais aussi par des productions – enquêtes, travaux de chercheurs et de consultants – de différents milieux.
- Un **incubateur d'idées** propice à la controverse et à la mise en débat.
- Un espace **pluridisciplinaire** et **interinstitutionnel**, nourri par des apports issus de la psychologie du travail, la sociologie, les sciences de gestion, l'ergonomie, etc.

**Ce que vous trouverez dans *La revue des conditions de travail***

Outre un dossier **thématique**, la Revue s'articule autour des rubriques suivantes :

- **Enquêtes** : analyses et commentaires consacrés aux enquêtes conditions de travail et plus largement au travail.
- **Recherches** : un espace dédié aux travaux de jeunes chercheurs sur des thématiques liées au travail et à ses conditions.
- **Lectures** : recension(s) d'une sélection d'ouvrages portant sur le travail.

## INSTANCES

**Rédacteur en chef** : Thierry Rousseau

**Le comité éditorial** : Florence Chappert, Marion Gilles, Pascale Levet, Olivier Liaroutzos, Michel Parlier, Julien Pelletier, Thierry Rousseau, Sylvie Setier.

**Le comité scientifique et technique** (liste en cours de constitution) : Didier Baptiste (INRS), Rachel Beaujolin-Bellet (Reims Management School), Marie Benedetto-Meyer (Orange Labs), Paul Bouffartigue (LEST-CNRS), Sandrine Caroly (IEP Grenoble), Jean-Lin Chaix (CEREQ), Philippe Davezies (UMRESTTE-Lyon I), Serge Deltó (ARACT Languedoc-Roussillon), Mathieu Detchessahar (IAE Nantes), Nathalie Greenan (CEE), Gérard Lasfargues (ANSES), Alberto Lopez (CEE), Joël Maline (ARCAT Basse-Normandie), Franck Martini (CATEIS-Marseille), Ariel Mendez (LEST-CNRS), Jean-Claude Sardas (Ecole des Mines de Paris), Jean-Michel Schweitzer (ARACT Lorraine), Laurence Théry (ARACT Picardie), Pascal Ughetto (LATT'S-Paris-Est),

**Un comité de lecture** : ce comité sera constitué en fonction des thématiques retenues pour chaque dossier de la revue.

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

## Colloque E-Pairs « La Clinique Médicale du Travail. Contribution de la médecine du travail »

Les textes, ci-après, sont issus du Colloque E-PAIRS & a-SMT « La clinique médicale du travail. Contribution de la médecine du travail », du 14 Juin 2013 (<http://www.e-pairs.org>). Nous les présentons ici, comme un premier volet qui sera complété dans le N° 23 des *Cahiers des rps*.

L'intégralité des textes sera également publiée dans le n°27 des *Cahiers SMT* (<http://www.asmt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>).

### Introduction

Comment la Clinique Médicale du Travail est-elle en train de s'imposer dans la prévention médicale, en pleine période de démedicalisation ? Quelles perspectives s'ouvrent ainsi aux cliniciens de la santé au travail relevant du Code de la santé publique ? Mais d'ailleurs, la Clinique Médicale du Travail, qu'est-ce au juste ? Le colloque du 14 juin 2013 de E-Pairs, organisé par E-Pairs<sup>1</sup>, organisme médical d'amélioration des pratiques professionnelles, et l'association Santé et Médecine du Travail (a-SMT), société professionnelle d'élaboration sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques, a tenté de répondre à cette question.

Le terme de Clinique Médicale du Travail est employé pour la première fois dans les *Cahiers SMT* dans deux articles du n° 18, en juin 2003<sup>2</sup>. La première présentation a lieu en 2006 au Congrès de médecine du travail de Lyon. La Clinique Médicale du Travail considère le travailleur comme un sujet en relation avec son environnement de travail et sa dimension collective. Elle postule que la santé se structure autour du pouvoir d'agir. Elle analyse par conséquent ce qui s'oppose au pouvoir d'agir du sujet. Elle considère que le sujet construit son identité à travers des activités qui participent de son accomplissement de soi en étroite interaction avec les autres. La Clinique Médicale du Travail intègre cette

dimension subjective et vécue de l'activité de travail et explore ses relations. Elle cherche à comprendre ce qui se joue pour le travailleur dans ce cadre et ce qui s'oppose à son projet en identifiant, pour les prendre en compte, les défenses du sujet contre sa souffrance. Le passage à l'écrit comme support d'analyse, de réflexion et de discussion est apparu essentiel pour la construction du métier de médecin du travail entre pairs. C'est ainsi que sont apparues les monographies de Clinique Médicale du Travail<sup>3</sup>. Elles sont le reflet du travail clinique intercompréhensif dans les consultations singulières.

Le développement de la Clinique Médicale du Travail déployé principalement dans la consultation de médecine du travail est aujourd'hui un instrument essentiel pour permettre au sujet de recouvrer son « pouvoir d'agir ». Le médecin du travail y adosse ses préconisations médicales dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié, et en nourrit son action de prévention collective primaire ou de sauvegarde. Ce travail médical peut permettre que se déploie une mise en délibération collective des difficultés de la contribution des sujets au travail. Ainsi, la médecine du travail peut contribuer à les rendre acteurs de la transformation du travail, en remettant le travail réel au centre de la discussion.



E-Pairs et Ass-SMT

### Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle. Partie 1 : pathologies psychiques. Rapport final



#### Descriptif :

Document original : Article de 12 pages,  
publié dans la revue  
*Références en santé au travail*

Référence : TM26

Année : 2013

Diffusion du document original :  
Ce document est uniquement disponible au  
format électronique

Rapport présenté par le groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du COCT (Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail).

Sont présentés ici des éléments destinés à améliorer la reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies psychiques :

- Un taux d'incapacité permanente « prévisible » de 25% au moment de la demande pour faciliter le recours aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) ;
- Une définition des affections dont les liens avec le travail sont documentés : dépression, anxiété généralisée et état de stress post-traumatique ;
- Des recommandations relatives à l'instruction des dossiers de demande de reconnaissance en maladie de ces affections en vue de l'évaluation du lien de causalité par les CRRMP.

Source : [www.inrs.fr](http://www.inrs.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)**

<sup>1</sup><http://www.e-pairs.org/>

<sup>2</sup><http://www.a-smt.org/accueil.html>

<sup>3</sup>En témoigne de façon spécifique l'ouvrage collectif : *Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail*, Syros Paris 1994, 357 pages, qui rassemble de nombreuses monographies de Clinique Médicale du Travail.

## Clinique Médicale du Travail : origines, concepts, définitions, pratiques

En 1946, pour la première fois, fut inscrit dans la Constitution de la République le droit individuel à la protection de la santé. Pour y concourir, en milieu de travail, s'agissant de santé, fut mis en place une institution « la médecine du travail » exercée par un corps de médecins spécialisés, les médecins du travail, exerçant, comme tout médecin, dans le cadre d'une obligation de moyens. S'agissant d'un droit individuel, le principe fondateur postulait que l'exercice serait un exercice de « première ligne », c'est-à-dire d'un exercice de consultation médicale. La tâche confiée à ces praticiens, à l'origine, et qui n'a pas varié depuis, est une action préventive destinée « à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Ce nouvel exercice tranche notablement avec l'exercice de la médecine de soin :

- Elle se déploie dans un cadre légal d'ordre public social qui impose par conséquent un double contrôle de l'autorité publique et des représentants des travailleurs qui en bénéficient, mais aussi des liens avec la santé publique ;
- Cet exercice se situe, contrairement aux autres modes d'exercice médicaux, dans un lieu, l'entreprise, et un contexte, le travail, où la santé n'est pas une valeur « en soi » ;
- C'est enfin une médecine préventive, spécialisée en prévention primaire, puisqu'il s'agit, en premier lieu d'éviter toute altération de la santé et non seulement toute atteinte à la santé. Cela implique une prise en compte de la subjectivité du travailleur dans un champ mal balisé par la sémiologie médicale classique. L'élément pathogène est à identifier dans le travail de chaque travailleur. Il s'agit ici du travail concret de chaque travailleur, c'est-à-dire du travail réel incarné et subjectif du travailleur, en interaction avec les conditions matérielles et humaines qui l'entourent.

Ce contexte d'exercice des médecins du travail leur a imposé de développer une clinique médicale particulière, la Clinique Médicale du Travail, qui complète et transcende la clinique médicale telle qu'on l'enseigne dans les facultés de médecine.

### Une clinique médicale de l'homme au travail

Cette clinique doit, pour remplir la mission liée à cet exercice, avoir pour référence « Un modèle de l'homme qui rend compte du travail du point de vue de l'engagement actif du sujet et de ses enjeux de santé<sup>1</sup> ». Confrontés à cette difficulté académique, à partir des années 70, les médecins du travail, en référence aux sciences humaines, élaborent en commun une nouvelle clinique : « la Clinique Médicale du Travail ». Les bases théoriques de cette clinique font donc de fréquents emprunts à l'ergonomie, à la sociologie, à la psychologie et la psychodynamique du travail.

**La Clinique Médicale du Travail considère le travailleur comme un sujet en relation avec son environnement de travail et sa dimension collective**

Pour sortir de l'approche classique et réglementaire qui s'intéressent à la cause des risques mais ignorent les réponses activement produites par le travailleur considéré comme passif, les médecins du

travail se rapprochent de l'ergonomie qui implique qu'« il n'y a pas de travail d'exécution. Tout travail impliqu(ant) une mobilisation de l'intelligence<sup>2</sup> ».

Le travail n'est pas solitaire. Il se déroule dans un environnement humain collectif. Cela impose de prendre en compte la dimension sociale de l'activité de travail. Ici, « le travail est l'activité coordonnée entre les femmes et les hommes pour faire ce qui n'est pas prévu par l'organisation du travail<sup>3</sup> ». Il y a donc un travail prescrit par l'organisation du travail qui procède par instructions pour atteindre une tâche à accomplir et un travail réel déployé par les travailleurs dans un contexte collectif et qui engendre des échanges sur « comment faire » et « comment faire ensemble » afin de parvenir à un résultat faisant l'objet d'un consensus entre eux.

**La Clinique Médicale du Travail postule que la santé se structure autour du pouvoir d'agir. Elle analyse par conséquent ce qui s'oppose au pouvoir d'agir du sujet**

Dans l'esprit de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, cette clinique considère que « la souffrance est l'amputation du pouvoir d'agir<sup>4</sup> » et « qu'être en bonne santé c'est avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique, mental et social<sup>5</sup> ». « La santé est un pouvoir d'action sur soi et sur le monde gagné auprès des autres. Elle se rattache à l'activité vitale d'un sujet, à ce qu'il réussit ou non à mobiliser de son activité à lui dans l'univers des activités d'autrui et, inversement, à ce qu'il parvient ou pas à engager des activités d'autrui dans son monde à lui<sup>6</sup> ».

**La Clinique Médicale du Travail considère que le sujet construit son identité à travers des activités qui participent de son accomplissement de soi en étroite interaction avec les autres. La Clinique Médicale du Travail intègre cette dimension subjective et vécue de l'activité de travail et explore ses relations**

La réalité mouvante impose de mobiliser d'autres ressources que des savoirs techniques. La relation dynamique aux objets du travail est incorporée. Des savoir-faire acquis d'expériences antérieures sont intégrés dans cette mémoire du corps. Ne pas pouvoir exprimer ces relations indique une résistance au sens de la psychopathologie du travail.

**La Clinique Médicale du Travail cherche à comprendre ce qui se joue pour le travailleur dans ce cadre et ce qui s'oppose à son projet**

Le travailleur agit sous le regard des autres, avec eux, dans un système de valeurs partagées, en espérant être reconnu et en s'affrontant à la réalité pour atteindre un résultat qui fasse référence. C'est la résistance à cette activité qu'oppose l'organisation du travail et l'impossibilité d'accomplir ce qu'on voudrait faire ou d'aboutir au résultat qui pèse sur la santé du salarié. « Le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir - les échecs -, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe fréquent – ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire.<sup>7</sup> »

<sup>1</sup>Philippe Davezies

<sup>2</sup>Alain Wisner

<sup>3</sup>Philippe Davezies

<sup>4</sup>Paul Ricoeur

<sup>5</sup>Christophe Dejourn

<sup>6</sup>Yves Clot

<sup>7</sup>Yves Clot

L'organisation est en désaccord avec le résultat du travail que je cherche à atteindre ou supprime mes marges de manœuvre ou ne me donne pas les moyens nécessaires. Elle isole chaque salarié en l'individualisant ou empêche le travail en commun ou la construction de valeur commune sur le travail et la façon de le faire.

L'organisation est en désaccord avec ce que j'estime être la qualité et le résultat de mon travail, ne reconnaît pas ma valeur ou l'utilité de mon travail. L'isolement ne permet plus la reconnaissance symbolique de mon travail.

### **La Clinique Médicale du Travail identifie et prend en compte les défenses du sujet contre sa souffrance**

La psychodynamique du travail décrit les processus de pensée inconscients qui permettent au sujet de mettre à distance la souffrance.

Elles les nomment : processus de défense, stratégies défensives, idéologies défensives (dénî péjoratif de l'encadrement, faire le « Mal pour le Bien »...).

Ces processus inconscients comprennent les somatisations.

### **L'ouverture de l'espace clinique : du signe au sens**

L'ouverture de l'espace clinique implique un double mouvement qui tranche avec la posture médicale traditionnelle. Il s'agit en effet de « passer d'une situation où le salarié est **en position d'objet d'étude à une perspective dans laquelle il redevient un agent actif de l'analyse**, passer des discours généraux à l'analyse des situations dans leurs singularités concrètes<sup>8</sup> ».

### **La construction des hypothèses : du sens à la signification**

Elle implique le déploiement d'une « écoute compréhensive », écoute particulière qui puisse permettre au médecin du travail d'entendre et donc d'identifier difficultés, souffrances, et défenses. Le terme ne fait pas uniquement référence à la **compréhension des situations** qu'elle permet au médecin. Il désigne, en fait, sa finalité principale qui est de **permettre au patient d'accéder lui-même à la compréhension des situations auxquelles il est confronté**.

Il s'agit par conséquent d'une construction commune. Elle est **personnalisée** et se fait avec le salarié au regard de ce qu'il déclare de la situation, et de ce qu'il en comprend et fait comprendre au médecin. Elle est **conceptualisée**, par rapport à ce que le médecin a observé de la situation des autres travailleurs, de l'état des collectifs, de l'organisation du travail dans l'entreprise. Elle est **raisonnée**, en référence aux corpus théoriques de la clinique médicale du travail.

La mise en place en **recueil formalisé** « au fil de l'eau » des témoignages des salariés sur leur vécu au travail permettra des hypothèses sur le lien Santé-Travail en les analysant.

Parallèlement, le repérage des risques permettra d'identifier les facteurs de risque liés à l'organisation du travail *a priori*, les effets de l'organisation du travail sur le travail réel et les comportements managériaux pathogènes.

### **Le diagnostic du lien santé-travail**

Le diagnostic positif repose sur le recueil **systematique des indicateurs de santé mentale en rapport avec le travail** et peut s'appuyer sur des examens complémentaires de spécialité. Il prendra en compte les altérations « discrètes, paradoxales (démobilisation professionnelle, hyperactivité), mais aussi les atteintes camouflées (TMS et psychosomatiques).

Le diagnostic étiologique permet de relier les atteintes à la santé au repérage des situations de travail pathogènes. C'est le résultat du travail d'élaboration (« **voit-on le salarié travailler ?** »). Toute identification d'une pathologie doit s'accompagner de la description de ce qui l'influence négativement du côté du travail.

**La pathologie est alors en rapport avec le travail et reliée à des caractéristiques de l'organisation du travail.** Le diagnostic étiologique s'élabore en référence avec la situation des autres travailleurs. Il doit être le plus précis possible pour préparer l'intervention.

### **Le diagnostic du lien santé-travail est spécifique à la Clinique Médicale du Travail**

Diagnostic positif et étiologique de la situation de santé du travailleur et de ses rapports au travail sont issus d'une démarche clinique médicale argumentée qui participe de pratiques professionnelles évaluées collectivement et un préalable à toute action individuelle et/ou collective du médecin du travail.



Alain Carré - Ass-SMT,



Nicolas Sandret - Ass-SMT,



Huguette Martinez - E-Pairs

### **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)**

<sup>8</sup>Philippe Davezies

## Une histoire clinique à comprendre ensemble

Deux monographies de Clinique Médicale du Travail seront présentées de façon à comprendre les ressorts du travail clinique qui y a été déployé. La présentation pourra être faite par un intervenant qui n'en sera pas l'auteur. Elle sera suivie de la thématization des points clés : quelle conduite médicale de cette consultation, la spécificité de l'histoire individuelle et collective de l'activité de travail et de l'engagement subjectif dans le travail, la question des défenses, des émotions, des affects, des écrits, etc.

Une monographie de Clinique Médicale du Travail « acte » d'un moment d'une compréhension du côté du travail. Cette compréhension est co-construite au cours de la consultation médicale. D'une part, du point de vue du sujet : qui découvre au travers du conflit qu'il expose, l'importance de son engagement subjectif au travail (ce qu'il y met de lui), ainsi que l'origine du conflit, qui porte sur le travailler ; en même temps que les conflits de règles professionnelles à l'origine de ce qui fait difficulté dans son travail jusqu'à l'émergence d'une souffrance pathologique et des mécanismes délétères qui y naissent. Du point de vue du médecin du travail qui y nourrira un diagnostic médical en situation, lui permettant d'accompagner cliniquement le sujet au travail et soutenir pour préserver ou retrouver son pouvoir d'agir, lui permettant d'émettre éventuellement des préconisations médicales.

Pour donner à voir le travail clinique, une attention sera déployée à « faire transparaître les émotions » qui permettent à chacun, à sa manière, de comprendre de façon avisée. Les monographies retenues donnent de la « chair » à la Clinique Médicale du Travail et visent à permettre d'y repérer « une praxis » de la conduite de la consultation nourrie par la Clinique Médicale du Travail.

Pour rendre compte de la diversité clinique, avant le colloque, des monographies de cliniques médicales du travail pertinentes seront accessibles aux participants du colloque pour illustrer la pluralité des situations instruites par la clinique médicale du travail.

### Monographies de cas cliniques

#### *A propos de la santé d'Arthur B...*

#### *Questions à ceux qui cherchent du côté du travail*

Je rencontre Arthur B... pour la première fois lors de sa visite d'embauche, en mai 2004. Il va bientôt avoir vingt-quatre ans, il est dans le monde du travail depuis l'âge de seize ans. Il est fils unique, son père est ouvrier de maintenance et sa mère aide à domicile. Il a quitté le domicile de ses parents depuis quelques mois pour un appartement dans lequel il vit seul. Il est plutôt bien bâti, costaud, mais il semble être ailleurs et il ne va pas très bien. Depuis plusieurs mois, il se plaint de palpitations, d'essoufflement à l'effort, symptômes pour lesquels son médecin traitant l'a adressé en consultation de cardiologie. Le bilan cardiaque s'est avéré normal. Il se plaint aussi de lombalgies fréquentes. Pas de drogue. Peu d'alcool, moins qu'avant. Pas d'antécédents médicaux.

Il est embauché en CDI depuis un mois dans une entreprise de fermettes industrielles, il travaille au montage des fermettes, c'est-à-dire un travail de montage de pièces de charpente en bois, maintenues ensemble par des connecteurs métalliques qu'il faut

positionner et pré-enfoncer à l'aide d'un maillet avant le passage de la fermette dans une presse. Ce travail est effectué collectivement autour d'une table par quatre ou cinq monteurs en fonction de la taille de la fermette. Arthur B... est satisfait de cette embauche, il ne se plaint pas de ses conditions de travail actuelles mais les palpitations dont il me parle spontanément justifient un travail de questionnement sur son passé professionnel.

Sans vouloir faire la liste des choses qui font battre le cœur, il s'agit là de questionner le travail d'Arthur B... dans l'idée qu'une émotion née de ce qu'il a vécu dans le travail, inscrite dans son corps, non résolue, existe à l'état latent ; une émotion mise en place pour résoudre un problème impossible, pour faire face à une impasse.

Arthur B... a un CAP de boulanger, il a travaillé pendant ses deux ans d'apprentissage, et ensuite pendant un an, comme ouvrier dans une grosse boulangerie pâtisserie, sept à huit salariés, un travail d'équipe sans difficultés. De manière assez habituelle en boulangerie, le contrat n'est pas renouvelé, au bout d'un an, pour permettre l'embauche d'un nouvel apprenti. Arthur a travaillé ensuite dans une autre boulangerie, plus petite, très mal aérée où il était exposé anormalement à la farine, ce qui a déclenché une allergie. Arthur a dû abandonner le métier qu'il aimait. Bien que je sois attentive à ce moment-là de la consultation aux mouvements du corps et à la voix d'Arthur, aucune émotion n'apparaît dans l'évocation de ce métier choisi, désiré, abandonné pour raison de santé, ni dans cette rupture de sa vie professionnelle.

Arthur B... a travaillé ensuite par intérim pendant plus de trois ans, de multiples missions dont il semble très difficile pour lui de faire l'historique et parmi lesquelles une mission de dix-huit mois dans une entreprise de teinture et impression. Arthur B... a-t-il rencontré des conditions de travail particulièrement difficiles ? Est-ce qu'il a dû quitter un travail parce qu'il était trop pénible, trop dangereux, trop stressant ? Est-ce qu'il a été victime d'un accident de travail ? Arthur raconte alors qu'en 2001, pendant sa mission d'intérim dans l'entreprise de teinture et impression, il a été victime d'un accident de travail, son bras droit a été pris entre deux rouleaux d'une essoreuse. Arthur a eu très peur, il a vraiment cru qu'il allait perdre son bras. Son émotion est alors manifeste, il me semble qu'elle traduit à cet instant la présence de cette usine, de cette machine, de ces rouleaux dans son corps. Tout en accusant réception de cette émotion, tout en le soutenant du regard, il faut poursuivre le questionnement. Qui lui a porté secours ? Comment s'est comportée la Direction ? Arthur a-t-il eu le soutien de ses collègues ? Arthur exprime son indignation, un sentiment d'injustice devant les comportements de ses collègues et de son chef qui ont minimisé l'incident comme c'est souvent le cas dans ce type d'accident par compression. En effet, il n'y a pas de plaie, pas de sang, donc pour les témoins, ce n'est pas grave, mais les douleurs sont intenses et persistent longtemps. Pour Arthur, dans cette usine, ce n'était pas vraiment une équipe de travail, pas comme à la boulangerie, c'était chacun pour soi, et il exprime avec émotion un sentiment d'isolement dans le travail, un sentiment qu'il n'avait pas ressenti lorsqu'il était boulanger.

Son bras va guérir sans séquelles, mais apparaissent les palpitations et l'essoufflement à l'effort. Mon questionnement retrouve aussi des

bourdonnements d'oreille, des sensations vertigineuses, le sentiment de n'être plus le même. Tous ces symptômes persistent encore et sont évocateurs d'un syndrome subjectif post-traumatique. Tous les bilans pratiqués ont été négatifs.

A la fin de cet échange, je propose à Arthur l'hypothèse que les symptômes présentés pourraient être en lien avec le traumatisme qu'il a présenté, avec sa peur qui est justifiée, et qui est une réaction normale et saine, avec sa colère légitime devant la non-reconnaissance par l'entreprise du préjudice qu'il a subi. Proposition qu'il ne reprend pas par la parole mais que son attitude et son regard laissent à penser qu'elle pourrait être juste et qu'elle pourrait l'autoriser à penser autrement ce qu'il ressent dans son corps.

Cette visite d'embauche a été relativement longue, un échange sur le retentissement du travail sur sa santé a pu avoir lieu, un lien de confiance a pu se mettre en place. Etant donné ses problèmes de santé actuels, je propose à Arthur B... de le revoir en juillet au moment de la visite annuelle de tous les salariés de l'entreprise.

Je revois Arthur B... fin juillet 2004. Les visites annuelles ont lieu dans un centre médical secondaire. Habituellement, tous les salariés qui travaillent autour de la même table de montage viennent ensemble, et il n'est pas raisonnable de garder un salarié dans le bureau médical beaucoup plus longtemps que les autres. Pourtant Arthur B... ne va pas très bien. Il ne se plaint plus de tachycardie, ni de vertiges, mais il a eu un arrêt de travail de huit jours fin juin pour des lombalgies, il est fatigué et il souffre toujours de son dos. Les lombalgies sont atypiques, tenaces, accentuées par la toux, sans signe de sciatique. Se pose pour moi la question de savoir si ces lombalgies sont le signe d'un conflit entre l'engagement d'Arthur dans le travail et le collectif ?

Je connais le poste de travail d'Arthur. Le travail de montage impose de monter sur la table pour taper au maillet sur les connecteurs les plus éloignés des bords de la table. Ce sont les plus jeunes qui montent et qui descendent, à tour de rôle. Les fermettes sont ensuite évacuées à plusieurs. C'est un travail répétitif, soumis à un certain rendement, et qui demande beaucoup de coordination entre les différents équipiers et le chef d'équipe. Il s'agit donc pour chaque monteur de participer aux stratégies défensives collectives : s'économiser quant au nombre de coups de maillet et aux montées sur la table, maintenir une ambiance détendue autour de la table pour que le travail collectif soit possible. Dès qu'un monteur entend se singulariser, ne pas participer aux blagues et aux discours, il risque rapidement de devenir le bouc émissaire et peut rapidement être exclu. Autour de ces tables de montage, le *turn-over* est important, seul le chef d'équipe est un professionnel du bois ; beaucoup de jeunes non qualifiés, quelques anciens du textile ou des transports reclassés là.

Mais Arthur B... ne reconnaît aucune difficulté par rapport au collectif de travail ou à l'organisation du travail, il souhaite continuer dans ce métier et dans quelques jours l'atelier ferme pour quatre semaines de vacances d'été et il sera en vacances. L'examen audiométrique est difficile à réaliser, les réponses sont variables, surprenantes, je ne sais plus si Arthur B... est préoccupé,

« ailleurs » ou s'il présente un véritable déficit auditif. Je l'adresse donc en consultation ORL pour avoir un avis spécialisé et à son médecin traitant pour un bilan radiologique de ses lombalgies. Dans cette consultation, j'aurais aimé revenir sur le passé professionnel, sur les conditions d'apparition de l'allergie, sur le rapport au collectif, mais la situation ne me le permet pas. Je vais donc simplement dire à Arthur B... que je reste à sa disposition si sa santé ne lui permet pas de continuer ce travail et qu'il peut venir en consultation à sa demande.

Trois mois plus tard, fin octobre, Arthur B... téléphone dans le service pour me dire qu'il n'en peut plus, qu'il ne veut plus y retourner, qu'il va démissionner. Il est en arrêt maladie depuis dix jours. Je lui propose de venir en consultation pendant son arrêt maladie.

Je le rencontre donc trois jours plus tard. Il a toujours l'air « un peu ailleurs », il commence à parler comme s'il était extérieur à tout ce qui lui arrive. Il me dit qu'il est sous Lysanxia depuis quelques jours car il était trop énervé, il n'arrivait plus à dormir. L'examen ORL était normal. Le bilan radiologique de la colonne également. Des séances de kinésithérapie sont en cours et elles lui sont bénéfiques. Les lombalgies persistent mais elles sont calmées par l'arrêt de travail.

Mais le problème, c'est le travail. Depuis les vacances, il se sent harcelé par le chef d'équipe qui s'acharne contre lui. « Tu n'es qu'un bon à rien, tu ne tapes pas assez fort, pas correctement, tu ne mets pas les bois dans le bon sens. ». Il n'est pas soutenu par l'équipe, tout le monde est contre lui, il se retrouve tout seul pour porter les fermettes les plus lourdes. Quand il s'est arrêté en maladie pour son dos, toute l'équipe s'est « foutue de sa gueule » : « On ne s'arrête pas en maladie pour un simple mal de dos. ».

Il semble que l'arrêt maladie soit l'événement à partir duquel la situation est devenue conflictuelle et le travail vécu comme une situation de harcèlement. Mais qu'est-ce qu'Arthur soutient ou défend et qui le place hors du collectif, hors des stratégies défensives collectives ? Sur quelles règles a-t-il construit son rapport au travail ? Mon questionnement portera de nouveau sur le passé professionnel.

Arthur a fait son apprentissage dans une vieille boulangerie, avec un vieux patron. C'est lui qui lui a tout appris, avant tout la précision. Là, ce qui comptait c'était le produit, le pain.

Pour le patron, la règle c'était que tout ce qui était fabriqué devait être « plus que parfait ».

Du beau et du bon pain. Tout le monde était en accord avec cette exigence de précision et de qualité. Pas de problème avec le collectif. Le patron lui faisait totalement confiance. Au bout de six mois, alors que « les apprentis n'ont pas le droit d'être seuls » (précise Arthur), il lui laissait la clé, il lui disait : « C'est toi qui mets en route ». La contrainte de temps était très forte, il fallait être très rapide, mais Arthur aimait cette hyperactivité, il ne voyait pas le temps passer.

Dans la deuxième boulangerie, c'était bien différent. Le patron buvait. Pour lui, tout ce qui pouvait être vendu, c'était bien, quel que soit l'aspect. Là, Arthur faisait trois postes à lui tout seul : le boulanger à la place du patron qui ne faisait plus rien, le pâtissier et

le vendeur ; régulièrement seize à dix-huit heures de travail par jour pour essayer quand même de faire du bon boulot. L'allergie est arrivée en quinze jours, Arthur s'est mis alors à saigner du nez et des gencives. Impossible de continuer le travail. Arthur a fait un autre essai dans une autre boulangerie, les mêmes symptômes sont réapparus et il a dû abandonner le métier de boulanger.

A ma proposition : « Il est possible que le stress, lié au surmenage, aux difficultés d'organisation du travail et au désaccord avec le deuxième patron, ait favorisé l'apparition de cette allergie à la farine », Arthur dit : « Non, l'allergie est liée au changement de farine d'une année à l'autre, car les symptômes étaient toujours là pendant l'essai dans une troisième boulangerie. ».

Sur son poste de monteur, Arthur reste très exigeant, pour lui, l'objectif est de mettre les connecteurs bien en place, et que la fermette soit bien montée. Objectif difficile à tenir quand on est cinq ou six autour d'une table, pour ne pas dire impossible dans ce travail collectif où : « il y en a un qui tape d'un côté, l'autre tape de l'autre côté, ça défait ce que tu viens de faire », et dans lequel c'est la presse qui termine le travail et qui rend l'objet conforme. « C'est carrément ennuyeux, on attend, on s'ennuie. ». Je fais avec lui l'hypothèse qu'il est contrarié dans son engagement dans le travail, et que son mal de dos témoigne peut-être de ce conflit entre l'« à peu près » inhérent à ce travail de montage et « le plus que parfait » de l'objet qu'il voudrait faire.

Il s'agit de savoir si cette situation de travail, ce vécu de harcèlement peut mettre en jeu la vie d'Arthur. Est-ce qu'il a pu en parler autour de lui ? Arthur se sent isolé dans son travail, mais il a le soutien de sa famille. Son médecin traitant lui conseille de démissionner. Je lui propose, avant de prendre une telle décision, d'écrire à son employeur pour demander un changement de poste, où il soit plus autonome. Suite à cette lettre, le responsable du site me contacte, envisage la possibilité d'un changement de poste.

Mais quelques jours plus tard, je reçois par courrier le double de la lettre de démission qu'Arthur B... a adressé à son patron. Je lui propose de le recevoir en consultation, la semaine suivante. Arthur est de nouveau intérimaire, il travaille dans une entreprise de plasturgie, il est seul sur une presse. Il est de nouveau dans la précarité, mais il va mieux, il dort bien et n'a plus mal au dos. En fait, il me raconte que son employeur a refusé de le recevoir, de lui parler, il lui a raccroché au nez, et Arthur B... a préféré démissionner. Sur sa demande, je lui remets un certificat médical confirmant pour les ASSEDIC qu'il a quitté son travail pour des raisons de santé : certificat médical remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

## Discussion

Évidemment dans cette observation, il manque beaucoup d'éléments : on ne sait rien de la vie affective d'Arthur, peu de choses sur ses relations familiales, et sur sa vie sociale. Pas assez de choses sur son activité dans l'entreprise de teinture et sur son retour au travail après l'accident, ni sur les rapports avec le deuxième patron boulanger, ni sur le bilan allergique. Sans doute il y aurait là

des éléments importants pour la compréhension de cette observation.

Mais cette observation m'intéresse parce qu'elle pose la question du premier rapport au travail dans la vie d'un sujet et de ce qui est mis en place en termes de stratégies défensives, d'émotions et de règles pour corriger ces émotions. Elle me semble aussi caractéristique de ce que le monde du travail impose de mutilations, de renoncements aux plus jeunes et aux plus précaires.

J'ai eu l'occasion de discuter cette observation dans un groupe de médecins. Pour eux, ce qui les a frappés c'est la violence des décisions d'Arthur et sa grande solitude. Est-ce que c'est le renoncement à être affecté par les choses qui conduit Arthur à des réactions violentes ? Comment les émotions d'Arthur pourraient-elles devenir ressources, préparation à agir et guider ses décisions ?

L'hyperactivité est présente dès le début de l'apprentissage d'Arthur mais on ne sait pas si elle existe depuis l'enfance et l'école. Elle est source de plaisir dans le travail. Elle est partagée avec d'autres. Dans la deuxième boulangerie l'hyperactivité devient stratégie défensive pour essayer de tenir la question de la qualité. C'est une hyperactivité qui ne laisse pas le temps à l'hésitation et à la délibération, et qui ampute Arthur de sa perception sensible des objets qui le mettaient en relation avec l'environnement.

Cette hyperactivité ne se retrouve pas dans le poste monteur où Arthur trouve le travail carrément ennuyeux, « on attend, on s'ennuie ». Il ne peut plus donner le rythme, il est obligé d'adopter celui du groupe. Peut-on parler là d'hyperactivité contrariée ? Cette impression « d'être ailleurs », absent, préoccupé, que je remarque chez Arthur mais aussi chez d'autres jeunes salariés hyperactifs, contrariés par le rythme imposé, correspond-elle à une incapacité à se concentrer quand on ne peut plus anticiper dans le travail, une difficulté à penser et à délibérer ?

L'apprentissage aura été pour Arthur, le temps d'une activité subjectivante, créatrice d'un espace de vie et de travail et qui lui permet d'adopter des règles de métier et de les intérioriser. Un engagement corporel dans le travail de boulanger, comme si Arthur faisait corps avec la farine, le pain, les vieux murs. Peut-on dire : « un corps qui prolonge l'environnement et un environnement qui prolonge le corps » ?

Un corps qui a la boulangerie en main, qui a établi un commerce sympathique avec les objets et les personnes, fondé sur l'empathie au sens de s'engager dans le travail. On peut faire l'hypothèse que c'est avec ce corps-là qu'Arthur commence à travailler.

Dans la deuxième boulangerie, Arthur renonce à son pouvoir d'être affecté par ce qui l'entoure. Si la perception est essentiellement une décision, l'allergie comme « phénomène de non-reconnaissance » de la farine, relève-t-elle d'une « décision » d'Arthur ? Cette allergie est la première atteinte du corps sensible d'Arthur.

A propos de l'accident, Arthur manifeste des émotions différentes : la peur, l'indignation, la colère, des émotions en réaction à la

situation vécue, mais l'émotion qui l'envahit c'est la tristesse, tristesse qu'il rattache à la perte du collectif, sentiment qui s'installe avec l'isolement. Les processus émotionnels n'ont pas de place fixe, on en sait pas quand ils peuvent réapparaître, les émotions sont nomades. Comment circulent-elles, quel est le chemin des émotions dans le corps ? En donnant à Arthur le moyen de revivre ses anciennes émotions, celles-ci peuvent-elles devenir ressources pour soutenir son engagement singulier dans le travail ?

Dans l'entreprise de fermettes, on peut penser que c'est l'attachement à ce qui fait collectif qui le conduit dans un premier temps à accepter les conditions de travail et à partager les stratégies collectives autour de la table de montage. Mais l'amputation du rapport au bel objet interdit le rapport subjectif au travail qui s'est construit pendant l'apprentissage sur une règle de travail aujourd'hui intériorisée. Les lombalgies ne sont-elles pas le témoin de la tension qui s'installe progressivement entre cet attachement au collectif et ce qui singularise Arthur ?

La démission d'Arthur du poste de monteur est-elle la simple répétition des autres ruptures de la vie professionnelle ou le travail de la consultation a-t-il autorisé Arthur à penser autrement et à découvrir ce qui fait conflit ou tension entre son histoire singulière et les contraintes de l'organisation du travail ? La consultation d'Arthur avant sa démission correspond-elle à un temps de délibération qu'il s'accorde ? Rien ne m'autorise à penser qu'Arthur pourra reconstruire un rapport subjectif au travail, ni qu'il pourrait aller mieux dans les mois à venir. Rien ne m'autorise non plus à penser que le travail d'élaboration de la consultation a été inutile.

Cette observation repose sur un processus d'échanges réciproques entre le salarié et le médecin fondé sur l'empathie, sur l'implication subjective, au sens de s'engager. Se mettre à la place de l'autre, c'est adopter le regard de l'autre, changer de point de vue. Changer de point de vue tout en restant soi. Il s'agit d'être complètement à la fois moi et un autre. Il faut que je me dédouble en restant moi-même. L'empathie exige cette capacité de changer de point de vue tout en gardant le sentiment de soi. Ceci implique aussi un changement de point de sentir, d'éprouver.

Alain Berthoz<sup>1</sup>, dans son esquisse d'une théorie de l'empathie, nous dit « *que l'empathie suppose trois processus simultanés et entrelacés :*

- *Un vécu égocentré de la situation dans toutes ses dimensions cognitives et affectives ?*
- *Un changement de point de vue égocentré qui permet de se mettre à la place de l'autre tout en maintenant le flux du vécu à la première personne ?*
- *Un changement de référentiel (égocentré vers allocentré) »*

Son ouvrage se termine sur la question du regard : « *Il naît de l'échange du regard un lien qui n'est plus ni à moi ni à vous mais « entre nous » (allocentré). Je perçois tout d'un coup ce lien qui nous lie dans le monde comme si je survolais la scène, je nous perçois ensemble comme un objet dans le monde.* ».

Il me semble qu'Alain Berthoz, à partir de la notion de « point de vue », apporte un éclairage sur ce que nous expérimentons depuis

plusieurs années et que nous avons beaucoup de mal à mettre en mots. Il me semble néanmoins que ce que nous expérimentons dans la consultation passe autant par la voix que par le regard. En effet, il ne s'agit pas dans la consultation de tenir celui qui est en face de nous par le regard, de le regarder droit dans les yeux, de le conduire là où il ne voudrait pas aller, de chercher à le faire parler, à manipuler son émotion.

C'est la voix qui est le premier indicateur de l'émotion, la voix change immédiatement.

C'est la matière sonore, « le son » au sens d'Yves Bonnefoy ou des musiciens cubains, qui parle aux corps et aux visages qui se font face. Mais c'est le regard qui soutient l'autre, c'est le regard qui crée le lien.

La question de l'empathie comme changement de points de vue contient en elle-même la question de ses propres limites. En reprenant les paroles de Françoise Sironi, est-ce que nous pourrions faire de l'empathie une proposition politique, proposition qui énoncerait du possible et du désirable pour les professionnels de santé et qui pourrait permettre de rejouer la question du lien social à partir des points de vue et des singularités que les salariés expriment dans leur rapport sensible au travail.

### *Une entreprise familiale*

Je fais la connaissance de Christian en juillet 2009, en reprenant un nouveau secteur. Né en 1958, il est entré dans la vie professionnelle en intégrant la scierie familiale en juin 1977. Il a quitté l'école en 4<sup>ème</sup>, et a préparé un CAP d'ajusteur. La scierie a été créée par le père décédé à 50 ans, en 1973.

Le même jour, je fais la connaissance de ses 2 frères aînés qui travaillent aussi dans la scierie et des 2 autres salariés manutentionnaires.

Depuis 1980, l'entreprise est suivie par notre service et sera suivie par le même médecin du travail de 1980 à 2008.

Scieur, cariste, ouvrier polyvalent puis chauffeur les 9/10<sup>ème</sup> du temps, Christian a souffert précocement de lombalgies avec, mentionné dès l'âge de 23 ans, le port d'un lombostat pour travailler et la question posée d'un changement de poste de travail. A l'âge de 24 ans, il sera hospitalisé 6 semaines pour dépression. Pendant 2 ans, il continue à porter périodiquement un lombostat ; les lombalgies étant aussi fréquentes que les insomnies, il continue à travailler avec son lombostat.

A partir de 1984 et pendant 5 ans, les notes du dossier sont plus optimistes : moins d'insomnies, moins de lombalgies, le lombostat n'est porté que pour les travaux de maçonnerie liés à la construction de sa maison.

En 1989, des lombalgies plus fréquentes font à nouveau envisager un reclassement professionnel.

A partir de 1991 et 1992, apparaissent des douleurs de l'épaule droite nécessitant des infiltrations ; Christian travaille alors à mi-temps comme conducteur de grumier et à mi-temps en préparation de commandes, c'est-à-dire beaucoup de manutentions manuelles de pièces de charpente.

<sup>1</sup>L'empathie, sous la direction de Berthoz A. et Jorland G., Editions Odile Jacob

Pendant les quinze années suivantes, chaque année sont mentionnés des troubles musculosquelettiques liés aux manutentions, aux vibrations de la tronçonneuse (sciatique, hygroma des genoux, douleurs des épaules, des coudes, des mains, maladie de Dupuytren, gonalgies). La tendinopathie de l'épaule a été prise en charge en maladie professionnelle.

L'utilisation de la tronçonneuse thermique représente de 2 à 4 heures de travail par jour. En 1998, l'achat d'un nouveau camion est mentionné (le travail y est moins pénible).

En 2007, pour la première fois, le dossier médical fait mention de désaccord de gestion entre les frères, Christian souhaitant des investissements pour faciliter les manutentions. Il travaille alors à mi-temps comme chauffeur (avec utilisation de la tronçonneuse thermique dans les bois pour mettre les grumes à longueur lors des chargements) et à mi-temps en préparation de commandes.

10 juillet 2009. C'est la première fois que je rencontre Christian. Comme chaque fois que je le verrai (mais ma collègue me confirmera que c'était ainsi avec elle), il a les yeux pleins de larmes. Pendant l'hiver il a présenté 2 épisodes de lombalgies et les radiographies ont confirmé une discartrorse. Il est actuellement sous traitement pour des douleurs des deux épaules, des deux coudes et des deux poignets.

Son poste de travail actuel est le même; préparateur de commandes à la main ou au FENWICK, chauffeur pour livraison des charpentes chez les clients et chargement des grumes en forêt. Une lettre lui est remise pour son médecin traitant avec demande des résultats des examens pratiqués à la recherche de lésions liées aux vibrations ainsi qu'un certificat médical initial attestant des tendinites des épaules et des coudes, s'il souhaite déclarer ces pathologies comme professionnelles. Il lui est également précisé qu'il peut reprendre rendez-vous si besoin pour tout problème de santé lié au travail. Christian reparle alors des désaccords sur les investissements pour réduire les manutentions manuelles. Je prévois d'aller visiter l'entreprise, car ce secteur d'activité est nouveau pour moi et j'ai besoin de rencontrer les salariés sur leur lieu de travail pour mieux comprendre l'organisation.

11 décembre 2009 : Christian a pris rendez-vous, il est en arrêt de travail et a fait une déclaration de maladie professionnelle. Un rendez-vous de consultation chirurgicale est prévu ; Christian appréhende beaucoup le transport du bois en raison surtout des douleurs occasionnées par l'utilisation de la tronçonneuse.

Les situations handicapantes pour lui sont : le tri en sortie de scie, le travail à la tronçonneuse lors des chargements de grumes qui pourrait peut-être être supprimé par l'installation d'un grappin découpeur. Il imagine l'installation d'un portique avec ventouse pour les manutentions. Ce qu'il préfère, c'est conduire, il avait même envisagé de s'installer comme travailleur indépendant.

Il appréhende de travailler seul avec Raymond, son deuxième frère ; « il est dur » dit-il, et la retraite de Jean-Pierre, l'aîné, est prévue pour l'année suivante. Je lui propose de constituer un dossier

« travailleur handicapé » à la MDPH, de rencontrer l'intervenant SAMETH du secteur et lui demande de réfléchir à des solutions techniques qui pourraient limiter ses difficultés. Il a déjà envisagé l'installation d'un « grappin découpeur » sur le camion pour ne plus avoir à utiliser la tronçonneuse, mais c'est un investissement lourd (15 000 euros).

5 mars 2010 : Christian a pris rendez-vous : il est toujours en arrêt, a fait une déclaration de pathologie professionnelle complémentaire pour ses gonalgies (?) et ses douleurs de poignets. Il signale une période d'amélioration de son état de santé en janvier mais une récurrence douloureuse récente : « c'est le stress » dit-il. Il ne dort pas bien car il est inquiet pour l'avenir. Il a chiffré l'aménagement de son camion à 16 000 euros : le grappin découpeur à côté de la grue et un aménagement des échelles d'accès au plateau puis à la grue qui sont verticales (il tire beaucoup sur les bras pour monter et descendre et ceci réveille des douleurs). Il doit rencontrer la semaine suivante l'intervenant du SAMETH.

Dans l'aménagement de son poste, nous avons ciblé l'aménagement du camion, car c'est la partie de son travail qu'il préfère et sans doute celle où il trouve le mieux sa place, car aucun de ses frères n'est titulaire du permis PL.

Entre-temps, j'étais allée visiter l'entreprise : accueil poli mais froid, et étudier dans une autre entreprise le poste de conducteur de grumier.

Fin mars, le rendez-vous avec le SAMETH et le cabinet d'ergonomie, pour le prédiagnostic a lieu sur le site. Christian est présent, mais la tension est perceptible : tension entre les frères, ou tension parce que Christian introduit dans l'entreprise des intervenants extérieurs ?

26 mars 2010 : nouveau rendez-vous sollicité par Christian. La CPAM a rejeté les demandes de prise en charge en pathologie professionnelle des gonalgies et des lombalgies (le certificat médical initial avait été rédigé par le médecin traitant). Il reconnaît se sentir mieux (avec un traitement antalgique), conduit sa voiture, mais il n'est pas retourné à la scierie voir ses frères. « Ils ne veulent pas accepter mes propositions, je ne suis pas d'accord pour me faire insulter, je ne peux pas travailler avec eux, je préfère être licencié ». Pour aménager le camion, il propose maintenant un grappin découpeur et une cabine mobile ascendante.

Je lui propose d'attendre l'étude ergonomique avant toute décision définitive. Christian insiste : « je ne peux plus faire de manutention, je ne peux que conduire et je ne veux pas aller au chariot de tronçonnage, parce que là, avec eux, ça n'ira jamais ». Le poste de conducteur de chariot de tronçonnage est tenu par Jean-Pierre, l'aîné, qui doit partir en retraite et c'est un poste clef, pour la rentabilité de la scierie : à l'œil, il faut apprécier le meilleur profit que l'on pourra tirer de la grume, compte tenu des commandes à honorer et de l'aspect de la grume, et si on l'a débitée en billons de 3 mètres, on ne pourra, à la scie, ensuite tirer des planches de 4 mètres. A ce poste se joue la rentabilité de la scierie, et Christian appréhende d'avoir à prendre ce poste, qui supprimerait pourtant pour lui les problèmes de manutention qu'il rencontre en préparation de commandes.

En juin, juillet, septembre 2010, j'ai plusieurs fois des nouvelles de Christian (rendez-vous ou appel téléphonique), qui multiplie les consultations spécialisées (neurologie, chirurgie, réadaptation fonctionnelle) : des lésions importantes de la coiffe des rotateurs sont constatées mais ne justifient pas un traitement chirurgical. Le dossier MP 57 pour ténosynovite bilatérale des poignets est transmis au CRRMP, qui se soldera par un refus au motif qu'à son poste, il n'y a pas de manutention manuelle, que nous avons pourtant chiffrées à 8 tonnes/jour ! Il va un peu mieux, s'investit beaucoup dans les exercices de kinésithérapie prescrits. Une hypertension artérielle est apparue en août. Le médecin conseil, à qui j'ai transmis un courrier, accepte la prolongation de l'arrêt de travail.

En décembre 2010, nouveau rendez-vous sollicité par Christian qui a rencontré ses frères, 3 semaines plus tôt : il va mieux, mais il ne veut pas y retourner. Il voudrait trouver un travail de chauffeur poids lourd pour travailler à l'approvisionnement de chantiers dans le BTP. J'argumente sur le fait que pour retrouver un travail ailleurs, alors qu'il est en arrêt de travail depuis un an, il faut d'abord reconduire dans l'entreprise familiale, quitte à la quitter ensuite, si ça ne va pas.

La restitution de l'étude ergonomique aura lieu début janvier 2011 dans une ambiance glaciale. Les propositions vont dans 2 sens :

- système d'échelles légères amovibles inclinées pour atténuer la pénibilité de l'accès à la cabine et au siège de la grue ;
- télécommande de la grue à partir du sol pour éviter dans certains cas d'avoir à monter sur le siège de la grue.

Pendant la restitution, apparaît une précision non négligeable compte tenu du gabarit de Christian : la position de la télécommande, sur les côtés du siège, qui peut être plus ou moins avancée, ce qui peut intervenir plus ou moins défavorablement sur la position des épaules, lors du chargement.

Début Juillet 2011 : un nouveau rendez-vous est sollicité par Christian. Un diabète est apparu à la suite des nombreuses infiltrations subies.

Il est maintenant suivi par un psychiatre depuis juin 2011 et a un traitement antidépresseur.

Il se met à pleurer franchement, dit appréhender la reprise dans cette ambiance. Il doit repasser une visite médicale pour le permis poids lourd et semble souhaiter être récusé définitivement à la conduite. Il veut être déclaré inapte. Il a d'ailleurs sollicité l'expert-comptable de l'entreprise pour faire calculer ses indemnités de licenciement !

J'insiste sur la nécessité d'attendre les effets du traitement prescrit par le psychiatre. Nous devons nous revoir fin août avant toute reprise. Un des rhumatologues consulté a prescrit une reprise à temps partiel début septembre : l'échéance se rapproche et c'est la panique pour Christian !!

**Je réalise à ce moment-là que si pendant la première année d'arrêt, Christian s'est beaucoup investi dans la recherche de solutions techniques pour reprendre ce qu'il aimait dans son métier, conduire, la peur de reprendre et surtout la peur de se confronter à ses frères, l'amène maintenant à envisager de ne**

**plus conduire par le biais d'une intervention extérieure, celle du médecin du permis de conduire. Je commence à appréhender la visite de reprise de fin août d'autant que rien n'a avancé du côté des aménagements, que le frère aîné Jean-Pierre (qui fait la gestion et le poste de chariot de tronçonnage) va peut-être partir en retraite d'ici la fin de l'année en cours. Mais en même temps si Christian ne conduit plus je ne vois pas bien vers quelle profession il va pouvoir s'orienter.**

13 juillet 2011 : surprise, c'est Jean-Pierre, le frère aîné qui souhaite me rencontrer en dehors de la scierie : un rendez-vous est prévu à 18 heures dans le centre médical le plus proche. Il va durer jusqu'à 20 heures. En arrivant, Jean-Pierre sort une feuille dactylographiée de sa poche en disant : « Voilà, j'ai essayé de réfléchir à la situation de mon frère et j'ai écrit l'histoire de la scierie X, je l'ai fait lire à mon frère Raymond et il est d'accord avec ce que j'ai écrit et d'accord pour que je vienne en parler avec vous ». Il me tend la feuille dactylographiée. Je lui demande de la lire, « La scierie a été créée par mon père. Je suis l'aîné (né en 1949). Mon père est mort brutalement à 50 ans en 1973 (là sa voix se brise). Moi, j'avais fait des études de comptabilité, je travaillais à Lyon, Raymond finissait son BTS dans les métiers du bois, Christian avait 14 ans et était à l'école. Je suis revenu. Il a fallu salarier ma mère. Raymond, (né en 1954), a fini ses études et m'a rejoint.

Ca n'a pas toujours été facile avec Christian, peu intéressé par les études : il a commencé un CAP d'ajusteur mais ce qu'il voulait c'était conduire. Il nous a rejoints en 1977. Il y avait déjà un chauffeur. Petit à petit Christian a pris ce poste. Avec Raymond, on a travaillé beaucoup de dimanches pour reconstruire la scierie. Christian était plus jeune, il fallait le cadrer.

Mes 2 frères n'ont jamais travaillé dans une autre entreprise, ils ne sont pas souples. On n'est pas toujours d'accord pour les investissements, Christian est plus dépensier. Mais il ne s'intéresse pas à la gestion. Il n'a jamais été capable de faire une facture. Il n'a pas d'enfants, c'est peut-être ça. Sa femme ne travaille pas ou pas beaucoup, donc il n'a pas la même situation que nous.

Et surtout il passe son temps à se plaindre auprès de notre mère (la maison de la mère est contiguë au bureau de la scierie). Il lui téléphone tous les soirs pour lui raconter tous ses problèmes de santé ou c'est elle qui l'appelle. Elle se fait du souci et moi je la trouve souvent en train de pleurer. Mais il a toujours été comme ça : quand nous ne sommes pas d'accord sur la gestion de la scierie, il ne discute pas avec nous, il va se plaindre à notre mère.

Là il est passé, j'ai l'impression qu'il ne veut plus conduire. C'est comme s'il faisait une crise d'adolescence, qu'il n'a pas faite avant. Moi je suis fatigué, je voudrais arrêter à la fin de cette année ».

Je lui confirme que je suis d'accord avec lui pour reconnaître que le problème est d'abord familial avant d'être un problème de travail, mais que son frère a de réels problèmes de santé et qu'il faut s'occuper des conditions de sa reprise de travail à son poste de conduite, d'organiser avec lui partie prenante, la remise en état du camion (révision au garage, contrôle des Mines, puis aménagements prévus et que c'est Christian qui doit prendre en charge physiquement la conduite avant de faire revalider sa FIMO,

tout cela dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique à partir de la rentrée. Il n'y a aucune raison objective pour que Christian soit privé de son permis de conduire les camions.

Je lui recommande de planifier les rendez-vous nécessaires de formation et d'entretien du véhicule et d'en informer Christian ; Jean-Pierre me demande alors d'informer Christian de ces rendez-vous de travail : je refuse en lui disant qu'il s'agit de son travail de responsable de l'entreprise. Quant à moi, je dois revoir Christian fin août, pour sa reprise à temps partiel.

Quand il s'en va, il s'excuse du temps pris et surtout dit regretter de ne pas avoir pris ce contact plus tôt : « on se méfiait de vous ». Il est convenu que notre rencontre doit rester ignorée de Christian.

Cette demande et cet entretien apportaient une confirmation à ce qui était perceptible depuis le début : une histoire familiale difficile qui continuait à se jouer sur le terrain du travail et qui m'impliquait donc comme médecin du travail.

En prévision de la visite de pré-reprise prévue fin août, je fais une lettre que j'adresse (ouverte comme d'habitude) à Christian à l'intention du psychiatre.

*« Vous suivez depuis quelques mois M. Christian, 53 ans, dont la situation professionnelle me préoccupe beaucoup.*

*J'ai fait sa connaissance en juillet 2009. Il travaille et a toujours travaillé dans la scierie familiale comme chauffeur et préparateur de commandes.*

*Il souffre de pathologies de l'appareil locomoteur reconnues en maladies professionnelles (tendinite des membres supérieurs) pour lesquelles les mesures de maintien ont été faites : étude de poste, proposition d'aménagement de poste, aide au financement, etc. Au début de son arrêt de travail il a beaucoup contribué à la recherche de solutions techniques pour améliorer ses conditions de travail. Nous avons plus travaillé sur la partie de son poste de travail qui concerne la conduite du grumier, car il aime conduire et dans la scierie : « c'est son domaine », ses frères n'ayant pas les permis nécessaires.*

*Il a suivi de nombreux traitements, vu de nombreux spécialistes et poursuit la kinésithérapie.*

*Nous en sommes maintenant à bientôt 2 ans d'arrêt de travail et j'ai tout lieu de penser qu'il va être prochainement consolidé par le médecin conseil (2 ans, constituant le délai habituel maximum dans ce type de pathologie).*

*Je pense pouvoir négocier facilement 3 mois de temps partiel thérapeutique avec le médecin conseil, mais le moment de la reprise se rapproche et je constate que le « conflit familial » qui a toujours été sous-jacent constitue le problème majeur et l'obstacle à la reprise de travail : au point que M. Christian semble souhaiter ne plus conduire, alors que c'est ce qu'il aimait jusque-là.*

*M. Christian vous en parlera plus, mais la situation n'est pas simple et tient plus, sans doute, à l'histoire familiale totalement intriquée à l'histoire professionnelle.*

*Si je reprends les dossiers, je constate :*

- décès du père qui avait créé la scierie (je pense), en 1973, à l'âge de 50 ans

- embauche en 1973, la même année donc, de :

1. Jean-Pierre, né en 1949 (24 ans alors,) qui travaillait jusque-là dans une autre entreprise en comptabilité, et qui, de fait, reprend la direction de l'entreprise comme fils aîné

2. Raymond, né en 1954 (19 ans alors), qui termine ou est en cours d'obtention d'un bac technique en exploitation forestière

- Christian a alors 15 ans et va préparer un CAP d'ajusteur. Il sera embauché dans l'entreprise familiale en 1977

*A noter que la maison des parents où vit toujours la mère jouxte la scierie.*

*Il m'apparaît que M. Christian « craint » beaucoup ses frères, surtout Raymond et qu'il appréhende le départ en retraite prochain (date encore imprécise) de Jean-Pierre, qui a maintenant 62 ans.*

*Par ailleurs, à la différence de ses frères, s'il est aussi marié, M. Christian, n'a pas pu avoir d'enfant.*

*Compte tenu de son âge, de ses problèmes de santé, il bénéficiera sans doute d'un taux d'IPP compris entre 10 et 20%, taux qui interviendra pour un départ en retraite à 60 ans, mais il lui reste 7 ans à travailler. Il avait envisagé de rechercher un travail en dehors de l'entreprise, en conduite de camion pour livrer des chantiers, mais de mon point de vue, il n'a aucune chance d'être embauché, s'il n'a pas refait valider dans son entreprise les formations associés au permis PL.*

*Il faut donc bien qu'il reprenne, au moins quelque temps, dans la scierie familiale. Si les choses se passent mal, je pourrai toujours faire une inaptitude, compte tenu de son handicap physique lié aux maladies professionnelles (donc avec préservation de tous ses droits).*

*Il me paraît très important que le problème familial puisse être discuté avec vous, car je ne vois pas de solution satisfaisante à court et à long terme pour Monsieur, qui puisse se construire, sans un retour même temporaire dans l'entreprise familiale. ».*

26 août 2011 : visite de pré-reprise. Christian est venu avec son épouse. Je le rassure sur la possibilité d'une inaptitude si la situation n'est pas tenable, mais il reconnaît n'avoir aucune chance de trouver un travail de chauffeur ailleurs, s'il n'a pas refait valider ses permis et reconduit dans l'entreprise familiale. Je lui conseille de « travailler » à comment monter et descendre du véhicule sans trop tirer sur les bras. Nous prévoyons qu'il n'y aura plus d'utilisation de la tronçonneuse. Le frère aîné reprenant le travail début septembre, il est convenu que j'adresserai un mail collectif pour prévoir un rendez-vous à la scierie pour discuter des modalités de la reprise à temps partiel thérapeutique.

6 septembre 2011 : la rencontre avec les 3 frères est plus conviviale. Christian a toujours les larmes aux yeux, mais Raymond lui propose de l'accompagner dans les bois pour charger à la grue car lui n'a pas son permis de conduire « on ne peut pas tout savoir faire, à chacun son métier ». Christian propose d'apprendre « le chariot de tronçonnage » et il n'y a pas de refus, des frères : Jean-Pierre dit même que lui aussi a eu du mal au début à ce poste. Je saisis cette piste pour préciser qu'il y a des aides financières à cet apprentissage si besoin, mais qu'il faut accepter que cet apprentissage prenne du temps.

J'aurai quelques jours plus tard un appel du psychiatre, assez d'accord, « sur la crise d'adolescence différée » et sur le suivi à poursuivre.

Depuis, Christian, toujours à temps partiel thérapeutique, a repris la conduite de son véhicule et fait parfois de grandes journées quand il s'agit de livrer loin ou de charger en forêt : les petits aménagements par échelles d'accès inclinées l'aident. Il anticipe sur l'organisation future : le camion vieillit, un nouveau camion avec boîte de vitesse automatisée le soulagerait, mais c'est un investissement lourd. Peut-être pour faire durer le camion, faudrait-il ne faire que les transports de proximité, mais il perdrait alors les liens professionnels en dehors de l'entreprise auxquels il tient beaucoup. Il n'utilise plus la tronçonneuse. Il commence à se former au chariot de tronçonnage. Des investissements pour soulager les manutentions en sortie de sciage seraient à l'étude.

J'ai revu depuis Jean-Pierre et Raymond : les rapports semblent plus apaisés entre les frères et ils acceptent de reconnaître, que bien plus jeune qu'eux, Christian soit en moins bonne santé, et qu'il doit donc être ménagé.

Jean-Pierre a pris sa retraite mais continue à s'occuper du travail administratif.

Après quelques mois de travail à temps partiel, Christian reprendra rendez-vous pour me parler de son projet de racheter un grumier d'occasion avec lequel la conduite serait plus souple (problème du levier de vitesses) car le sien vieillit. Il a repéré une bonne occasion,

mais n'ose pas en parler à ses frères pour qui le camion n'est peut-être pas l'investissement prioritaire. Il voudrait que ce soit le médecin du travail qui en parle !!!

Refus catégorique du médecin du travail : il doit être capable de défendre son point de vue même si ses frères ne sont pas d'accord. Il m'apprendra quelque temps plus tard que le principe du changement de camion est acquis, même « s'il a fallu discuter et menacer d'aller travailler ailleurs ». Depuis ce jour-là, il n'a plus les yeux pleins de larmes quand je le rencontre. Il s'est familiarisé avec le chariot de tronçonnage.

Beaucoup de petites entreprises sont des entreprises familiales et le médecin du travail, même s'il essaie toujours de travailler exclusivement avec « le travail » des uns et des autres, est toujours amené à interroger l'histoire familiale à travers l'histoire de l'entreprise, pour permettre aux différents protagonistes de trouver leur place. Intervenir dans les entreprises familiales exige beaucoup de prudence, tant dans l'intervention en entreprise, espace doublement privé dans ce cas, que lors des entretiens cliniques, où les collègues de travail et la hiérarchie évoquée sont des membres de la famille et où la présence des absents (la mère dans ce cas) continue à peser.



Annie Deveaux - E-Pairs,

Alain Grossetête - E-Pairs,

## Le ministère des Affaires sociale et de la Santé a créé, par le décret n°2013-809 du 9 septembre dernier, l'Observatoire national du suicide

Ce décret, en vigueur depuis le lendemain de sa publication, porte sur la création d'« un Observatoire national du suicide auprès du Ministre chargé de la santé. Il définit ses missions et sa composition. L'observatoire national du suicide est indépendant et pluridisciplinaire. Il a pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide, de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est notamment composé de parlementaires, de directeurs des principales administrations centrales et opérateurs concernés, d'experts, de chercheurs, de professionnels de santé et de représentants des associations. L'observatoire élaborera chaque année un rapport qu'il rendra public. ».

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

**Si vous souhaitez recevoir les cahiers des RPS, merci d'en faire la demande à la DIRECCTE auprès de : [valerie.giorgi@directcte.gouv.fr](mailto:valerie.giorgi@directcte.gouv.fr)**

## Outil INRS : Faire le point sur les risques psychosociaux pour le secteur sanitaire et social

Cet outil a été développé pour aider les petites structures (moins de 50 salariés) du secteur sanitaire et social à évaluer les risques psychosociaux (RPS) et à intégrer ces risques dans leur Document Unique.

Il est composé :

- d'une grille, sous forme Excel, comprenant une quarantaine de questions, à renseigner collectivement (responsable de la structure et salariés). Elle permet de s'interroger et d'identifier la présence ou non d'éventuels RPS dans la structure.
- D'un tableau de résultats qui est généré lorsque l'ensemble des réponses aux questions a été reporté dans l'outil. Celui-ci permet de se situer par rapport aux principaux facteurs de RPS.
- D'une synthèse qui fournit des clés de compréhension et donne les pistes d'actions pour planifier des mesures de prévention des RPS.

Ce document fait partie d'une démarche d'accompagnement des petites entreprises, démarche exposée de manière complète sur le site [www.travailler-mieux.gouv.fr/Petitesentreprises.html](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Petitesentreprises.html).

Cet outil est une déclinaison sectorielle de l'outil générique destiné aux entreprises de moins de 50 salariés : « Faire le point. Une aide pour évaluer les risques psychosociaux dans les petites entreprises ».

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

## Recherche sur le lien entre stress professionnel et santé mentale

« La première condition au bonheur est que l'homme puisse trouver joie au travail. Il n'y a vraie joie dans le repos, le loisir, que si le travail joyeux le précède. », André Gide.

### *Le travail un élément central de la vie, source potentielle du meilleur comme du pire*

« Le travail » est une des réponses les plus fréquemment données à la question « Qu'est-ce qui pour vous est le plus important pour être heureux ? » dans toutes les catégories sociales (Enquête « Travail et modes de vie » de l'INSEE, la DARES et l'ENS, 1997). D'une part le travail est une question économique, une source de gains extrinsèques matériels (salaire par exemple), d'autre part, il constitue un moyen au service de l'intégration sociale et de la réalisation de soi, une source de profits psychologiques (reconnaissance notamment).

La santé mentale ne se définit pas plus que la santé physique par l'absence de maladie, mais au contraire par le bien-être, l'épanouissement personnel, la satisfaction vis-à-vis de sa vie, la réalisation de soi, en bref tout ce qui relève du pôle positif des états psychologiques. En accomplissant un travail productif, en prenant part aux activités de la cité, l'individu acquiert des rôles sociaux valorisés, exerce ses compétences, développe un réseau social, prend place dans un collectif, renforce son estime de soi et son sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, le travail contribue largement à la promotion de la santé mentale. Il constitue un vecteur de santé mentale.

Mais nul ne peut nier que les situations de travail peuvent paradoxalement constituer une source majeure d'altération de la santé mentale. En effet, ces dernières années, de nombreux cas de souffrance extrême, attribuables au stress dans les milieux de travail, ont défrayé la chronique. Evidemment, les états de souffrance psychologique en lien avec le travail sont multidéterminés et leur analyse est complexe. Toutefois, le stress professionnel a été identifié comme facteur causal récurrent des états de souffrance, de faible comme de forte intensité.

Au-delà de ses répercussions sur la santé mentale des travailleurs qui en font l'expérience, le stress professionnel représente une menace économique majeure pour les organisations de travail (*turn-over*, absentéisme, baisse de productivité, etc.) et a un coût très élevé pour la collectivité. Le coût des pathologies liées au stress équivaut à environ 10 à 20 % des dépenses de la branche accident de travail-maladie professionnelle (INRS, 2000). Chacun est tôt ou tard concerné, plus ou moins directement, par ce problème de santé publique.

Rien d'étonnant donc à ce que le nombre de publications sur le stress professionnel et ses effets délétères sur la santé mentale ne cesse de croître. Pour illustration, le nombre d'études annuelles sur le stress au travail à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle était 8 fois plus important que ce que l'on recensait dans les années 1970 (Spielberger et Reheiser, 1994).

Dans ce contexte il apparaît intéressant de pointer la situation des salariés de la hiérarchie intermédiaire de l'industrie, les agents (de bureaux) d'études, car, contrairement à ce que beaucoup présupposent, ils ne font pas plus l'économie du stress professionnel, que les salariés ayant plus de responsabilités (les cadres, les managers). Et dans le même temps de souligner l'existence, dans l'organisation de travail, de ressources - malheureusement sous-mobilisées - protégeant les salariés stressés d'un effet néfaste

mécaniste et systématique du stress sur leur bien-être psychologique.

### Démarche d'intervention et éléments de méthode

Nous sommes intervenus auprès de 68 agents d'études issus des 7 bureaux d'études constitutifs d'un des pôles régionaux ingénierie d'une grande entreprise industrielle, ainsi que des 7 responsables de bureaux et du responsable de pôle. L'action n'avait pas pour vocation d'apporter une réponse face à une situation de risque avéré, de prendre en charge des salariés en souffrance, ou encore de les adapter, de renforcer leur résistance individuelle face au stress.

Les contours de l'intervention étaient clairement définis : l'objectif était de réaliser un diagnostic du stress professionnel et de son impact sur le bien-être psychologique des agents d'études du pôle régional ingénierie au premier semestre 2011, afin d'identifier d'éventuelles sources de stress ainsi que leurs conséquences pour ces salariés. La réflexion sur l'élaboration d'un plan d'action ainsi qu'une éventuelle mise en œuvre de celui-ci n'étaient pas à l'ordre du jour. La Direction déclarait ne pas avoir connaissance de problématiques de souffrance psychique avérée, n'était pas en demande de mesures concrètes de prévention. Toutefois, elle avait répondu favorablement à la requête de son CHSCT de dresser un état des lieux du stress professionnel au sein du pôle régional ingénierie. La préoccupation de la Direction eu égard aux risques psychosociaux encourus par ses agents était réactive à une sollicitation environnementale, était probablement renforcée par la motivation juridique de se conformer aux obligations légales, et s'inscrivait dans un contexte de médiatisation des risques psychosociaux dans les entreprises.

Le phasage de l'action s'est réalisé en 3 temps, satisfaisant aux exigences de chacune des parties :

- 1 - Entretien avec le responsable de pôle afin d'analyser sa perception de la situation de travail des agents d'études. ;
- 2 - Entretien collectif avec le responsable de pôle et les 7 responsables de bureaux d'études afin d'analyser leur perception de la situation de travail des agents d'études
- 3 - Passation d'un questionnaire individuel anonyme, sur la base du volontariat, à chacun des 68 agents afin de recueillir leur perception de leur situation de travail.

Nous avons également pris en compte l'attente de la Direction d'un discours de dédramatisation dans les bureaux d'études autour de la passation d'un questionnaire « de stress », susceptible de susciter des émois (et potentiellement autant de réactions qu'il y a d'individualités chez les agents d'études), en nous engageant à nous présenter et à exposer les objectifs de notre intervention durant une dizaine de minutes dans chaque bureau ainsi qu'en restant présents, tout au long du remplissage, pour répondre aux interpellations et interrogations sur le questionnaire. Cependant, nous n'avons pas consenti, comme le souhaitaient certains responsables de bureaux d'études, à analyser les données pour chaque bureau d'études séparément, car, en raison du faible effectif de certains d'entre eux, un tel traitement des données aurait pu nuire à l'anonymat des salariés.

Certaines informations essentielles recueillies en entretien (temps 1 et 2) ont servi de base pour l'élaboration du questionnaire. Selon le responsable de pôle, les salariés déplorant souffrir de stress

professionnel étaient très majoritairement ceux présents dans les deux bureaux d'études où il y a un mauvais relationnel, des difficultés de communication entre agents d'études et responsables de bureaux, où les agents se plaignent de ne pas se sentir considérés et épaulés par leur hiérarchie. Par ailleurs, les responsables de bureaux d'études ont évoqué le fait que certains agents d'études étaient sous-investis dans leur travail tandis que d'autres compensaient ce déficit en se surinvestissant, sans recevoir pour autant plus de reconnaissance ou de récompenses monétaires, et que ces derniers ressentaient certainement du stress.

### Le questionnaire a été construit en trois parties :

La partie 1, le stress professionnel, était constituée de l'échelle de Siegrist évaluant la mise en balance perçue des efforts et des récompenses, c'est-à-dire le ratio perçu entre les coûts et les gains du travail, et l'intensité de l'engagement dans le travail. Les propos recueillis en entretien avec le responsable de pôle, et en entretien collectif avec le responsable de pôle et les responsables de bureaux d'études nous ont amenés à retenir la modélisation du stress professionnel de Siegrist sous ses deux formes possibles : premièrement, un déséquilibre perçu par le salarié entre les efforts qu'il consent dans son travail et les récompenses qu'il obtient en retour, deuxièmement un engagement excessif dans le travail.

La partie 2 du questionnaire était relative à l'évaluation par les salariés de la présence perçue d'une ressource sociale dans l'entreprise - le soutien social - soit la perception par un individu de la disponibilité de son entourage professionnel par rapport aux difficultés rencontrées et la satisfaction qu'il peut anticiper de ce soutien (Cohen, Syme, 1985). Partant de l'hypothèse du responsable de pôle, selon laquelle les salariés les plus affectés par le stress étaient les moins soutenus par leur hiérarchie directe, nous en avons déduit le corollaire : le soutien social du n+1 aurait un effet salutogène sur la santé mentale des salariés exposés à du stress. Ainsi nous voulions, par le biais de l'échelle de soutien de Pinneau, mesurer le soutien professionnel perçu par les agents d'études en vue de tester l'effet modérateur de celui-ci sur la relation entre stress professionnel et santé mentale.

La partie 3 du questionnaire évaluait le bien-être psychologique, ou santé mentale, et se composait de 4 échelles sélectionnées selon divers critères d'ordre théorique et/ou méthodologique :

- L'échelle d'estime de soi de Rosenberg, pour sa commodité et sa rapidité de passation, mais aussi car l'estime de soi a été caractérisée comme dimension fondamentale du bien-être psychologique ;
- Le General Health Questionnaire 12, mesurant la détresse psychologique, pour sa commodité, sa rapidité de passation et son utilisation massive dans les études sur le bien-être psychologique ;
- L'échelle d'anxiété, le Questionnaire sur les Inquiétudes du Penn State, puisque la présence d'affects négatifs tels que l'anxiété est l'un des critères majeurs de définition d'un bien-être psychologique altéré ;
- L'échelle de satisfaction professionnelle, le Minnesota Satisfaction Questionnaire, en raison de sa conception de la santé mentale

comme satisfaction vis-à-vis des différents domaines de la vie évoquée plus en amont.

### Les résultats du questionnaire

En réalisant des analyses de variances à un facteur, et à deux facteurs, nous avons saisi la nature des liens respectivement entre stress professionnel (selon les deux modalités envisagées : déséquilibre et surinvestissement) et bien-être psychologique des agents d'études, et entre stress professionnel, bien-être psychologique des agents d'études et soutien perçu en provenance du n+1.

Un pourcentage important d'agents d'études se trouvait dans des situations pathogènes pour leur santé mentale imputables au stress professionnel :

- 23 des 68 agents d'études étaient en situation de surinvestissement professionnel affectant leur bien-être psychologique (anxiété et détresse psychologique).
- 24 des 68 agents d'études ne se sentaient pas récompensés à la hauteur de leurs efforts dans le travail, ce qui générerait une altération de leur bien-être psychologique (anxiété, détresse psychologique et altération de l'estime de soi).

Notons également un autre résultat important : les salariés stressés bénéficiant d'un soutien social de leur n+1 présentaient un bien-être psychologique plus important que les salariés stressés qui ne s'estimaient pas soutenus. Le soutien du supérieur hiérarchique atténuait la détresse psychologique, et protégeait l'estime de soi et la satisfaction professionnelle, à la fois des salariés en situation de déséquilibre et des salariés en situation de surinvestissement.

Ainsi, le soutien social du supérieur hiérarchique direct modérait l'effet néfaste exercé par le stress professionnel sur la santé mentale. La santé mentale des salariés estimant bénéficier de soutien social était préservée malgré le stress expérimenté. Le soutien social présentait un effet modérateur, encore dit « effet tampon ».

Plus surprenant, le soutien social améliorait significativement le bien-être psychologique des salariés non stressés (salariés estimant être dans une situation d'équilibre où leurs récompenses étaient à la mesure de leurs efforts, et salariés ne souffrant pas de surinvestissement professionnel). Alors même qu'ils étaient en bonne santé mentale, leur satisfaction professionnelle était maximisée et leurs inquiétudes et accès de détresse étaient minimisés du fait qu'ils se sentaient soutenus par leur supérieur hiérarchique direct.

Pourtant, le soutien perçu de la part du n+1 renforçait le bien-être psychologique des agents d'études, qu'ils soient ou non placés dans des situations aversives.

### Conclusion

Le soutien du supérieur se révèle être modérateur de la souffrance et, au-delà, catalyseur, exhausteur de bien-être. Néanmoins le soutien social est un levier encore trop rarement actionné dans les organisations de travail, et souvent déclenché exclusivement dans les situations délétères, que son bien-être est détérioré et que la performance individuelle et collective est en voie de dégradation.

Nous déplorons donc la sous-mobilisation de cette ressource dans la prévention secondaire et sa relative absence d'utilisation en amont, dans la prévention primaire.

Au regard des résultats, le soutien social aurait pourtant toute légitimité à devenir une des clés de voûte de la prévention primaire. Le manager de proximité, (au cœur de tous les débats depuis quelques temps) a la possibilité, en donnant à ses salariés du soutien informationnel (suggestions, conseils pour résoudre un problème), du soutien matériel (prêt de matériel, aide pour utiliser du matériel), du soutien émotionnel (discours rassurant, encourageant), ou encore tout simplement du soutien d'estime (prendre le temps de saluer ses subordonnés tous les jours et de leur demander s'ils vont bien), de créer une spirale vertueuse pour l'organisation où le salarié heureux performe individuellement, accroît la performance collective en stimulant ses collègues,

optimise le fonctionnement de son service, qui lui-même retentit sur le fonctionnement global et le chiffre d'affaires de l'entreprise. En prenant le temps d'interagir oralement et régulièrement avec leurs subordonnés, en étant réactifs à leurs besoins quotidiens de manifestations de considération et de reconnaissance, en leur fournissant du soutien face aux difficultés lorsqu'elles ne sont encore que banales ou ponctuelles, les managers de proximité ont la possibilité de faire des choix managériaux congruents avec la santé des salariés qu'ils supervisent.

|| ▶▶▶  
**Lucie Larnaudie**  
 Psychologue du Travail,  
 Master PSTO Aix-en-Provence

## XX<sup>E</sup> CONGRÈS MONDIAL SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL



### L'Assurance sociale allemande des accidents du travail et maladies professionnelles

Chères nationalités du 20<sup>e</sup> Congrès mondial sur la Sécurité et la Santé au Travail 2014 : Forum mondial pour la prévention 2014. Assurance sociale allemande des accidents de travail et maladies professionnelles (DGUV). La DGUV est l'organisme fédérateur des institutions allemandes d'assurance sociale des accidents de travail et maladies professionnelles.

Depuis 100 ans, ces institutions se consacrent ensemble à la prévention, à la réadaptation et à l'indemnisation. En Allemagne, l'assurance accidents sociale protège chaque salarié contre les autres accidents de travail ou de trajet, les risques de santé liés au travail et les maladies professionnelles. La protection de l'assurance accidents sociale s'étend aussi aux écoliers, aux étudiants, aux enfants en orbite et structures d'accueil et aux bénévoles. Au total, quelque 70 millions de personnes et 4 millions d'entreprises bénéficient de cette assurance.

**Contact**  
 Assurance sociale allemande des accidents de travail et maladies professionnelles (DGUV)  
 • 20<sup>e</sup> Congrès Mondial sur la Sécurité et la Santé au Travail 2014 : Forum mondial pour la prévention  
 Alle-Info@osha.eu  
 52072 Sankt Augustin - Allemagne  
 Tél : +49 2241 231-4104  
 Fax : +49 2241 231-1470  
 Email : sa@soa.dguv.de  
 inscription et renseignements :  
 www.safetycongress2014.com




### Une vision à partager pour une prévention durable

Sharing a Vision for Sustainable Prevention



**XX<sup>e</sup> Congrès Mondial sur la Sécurité et la Santé au Travail 2014**  
 Forum mondial pour la prévention  
 24-27 août 2014 - Francfort - Allemagne  
 www.safetycongress2014.com

### Bienvenue

au XX<sup>e</sup> Congrès Mondial sur la Sécurité et la Santé au Travail 2014 ; Forum mondial pour la prévention à Francfort-sur-le-Main.

Nous avons une vision : la Vision Zéro. Un monde où le travail est sûr et sain, un monde sans accidents du travail graves, voire mortels : tel est l'objectif auquel nous consacrons toute notre énergie et notre engagement. Mais ce n'est qu'en agissant tous ensemble, et à l'échelle mondiale, que nous pourrions faire de cette vision une réalité, et le Congrès mondial 2014 pourrait être le cadre de l'aboutissement de nos efforts.

Discussions - débats - action  
 sont au cœur du Congrès Mondial sur la Sécurité et la Santé au Travail. Ce congrès a lieu tous les trois ans.

Le congrès mondial 2014 offre une plateforme d'échange d'informations et de points de vue aux experts de la sécurité et de la santé, aux représentants des entreprises et des salariés, aux décideurs politiques, des gouvernements et des autorités publiques, aux partenaires sociaux, et à quiconque s'intéresse de près ou de loin à la sécurité et à la santé au travail. Forums politiques, sessions académiques et ateliers de travail offrent l'occasion de partager des expériences, de travailler ensemble sur des enjeux spécifiques et de présenter des exemples de bonnes pratiques.

**Les organisateurs**  
 Organisation Internationale du Travail (OIT)  
 Association internationale de la sécurité sociale (AISS)  
 Assurance sociale allemande des accidents du travail et maladies professionnelles (DGUV)

### Slogan et principaux thèmes

Une vision à partager pour une prévention durable  
 Sharing a Vision for Sustainable Prevention

Culture de prévention - Stratégies de prévention - Vision Zéro  
 Prevention Culture - Prevention Strategies - Vision Zero

Défis de la santé au travail  
 Challenges in Occupational Health

Diversité dans le monde du travail  
 Diversity in the World of Work

**Le lieu du congrès**  
 Centre international de la Broesse et des salons professionnels, Francfort-sur-le-Main offre le paysage urbain le plus impressionnant d'Allemagne, ce qui le rend le centre de l'Allemagne, situé au cœur à la fois de l'Allemagne et de l'Europe, cette métropole est facile d'accès, grâce à son grand aéroport qui offre de nombreux vols internationaux directs. Mais Francfort et ses alentours ont beaucoup d'autres atouts, tant culturels que culinaires - depuis les fameuses saucisses de Francfort et le café local (appelé «Appelweil») jusqu'aux innombrables historiens de la ville, notamment l'église Saint-Paul, berceau de la démocratie allemande.

Le Congrès Mondial 2014 se tiendra au centre des congrès Messe Frankfurt.

**Les langues**  
 Les langues du congrès sont l'anglais, le français, l'espagnol et l'allemand.

### Le programme

Le programme du Congrès Mondial 2014 inclut l'ouverture officielle, des sessions plénières, des sessions spécialisées et des séminaires. Des présentations posters, des ateliers et des ateliers, un salon professionnel avant lieu de parole et le Festival International des médias de la prévention complètent le programme.

**Festival international des médias de la prévention**  
 A Francfort, le Festival International des médias de la prévention fera de nouveaux partenariats du XX<sup>e</sup> Congrès Mondial sur la Sécurité et la Santé au Travail 2014 : Forum mondial pour la prévention. Ce festival donne aux participants la possibilité de visiter, de voir, de lire et de produire des médias consacrés à la sécurité et à la santé au travail. Pendant le congrès, des jurys internationaux composés d'experts évalueront des prix aux meilleures contributions.

**Visites d'entreprises et programme culturel**  
 Des visites d'entreprises et d'installations, ainsi que des visites de Francfort seront organisées pour les groupes intéressés. Un programme culturel et social sera également prévu pendant le Congrès Mondial 2014.

**Salon professionnel**  
 Un salon professionnel dédié à la sécurité et santé au travail se tiendra parallèlement au Congrès Mondial 2014. Quelque 250 exposants sont attendus sur une surface d'exposition totale de plus de 30 000 mètres-carrés.

Les cahiers des rps

## Les malentendus intergénérationnels en entreprise ne sont pas réductibles à des questions de relations interpersonnelles

Depuis quelques années, nous assistons à un intérêt grandissant concernant la variable générationnelle afin de comprendre les transformations des rapports au travail, le dernier avatar étant celui de « génération Y », ce « nouveau gadget pour DRH » comme le dit le titre un article d'*Alternatives économiques* de novembre 2012... Dans le milieu du travail, l'identification des nouvelles segmentations générationnelles présente toujours le risque de prendre l'effet pour la cause. Afin de le réduire ? Il faut donc chercher à comprendre les conditions d'émergence et de production de ces catégorisations sociales dans leurs contextes de production. Face aux dérives naturalisantes conduisant à faire des « jeunes » des entités en apesanteur sociale, il est important de rappeler que le contexte socio-économique, qui précède les volontés individuelles, contribue à définir leur appartenance générationnelle et limite leur marge de manœuvre.

Aujourd'hui, les tensions intergénérationnelles au travail vont au-delà de l'habituelle rivalité des âges. Elles relèvent de configurations sociales imbriquées telles que les socialisations de chacune des générations concernées, les contraintes d'accès à l'emploi dans une société de « plein chômage »<sup>1</sup> ainsi que les façons dont les politiques managériales peuvent jouer de cette division entre les âges afin de mobiliser de la main d'œuvre et d'organiser le travail<sup>2</sup>.

Il s'agira ici, à partir d'un exemple d'externalisation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de l'industrie métallurgique, de présenter comment ces tensions intergénérationnelles peuvent être, en bonne partie, engendrées par des politiques managériales d'entreprises<sup>3</sup>.

### Un exemple d'externalisation de la gestion des ressources humaines

Métalec est une entreprise métallurgique d'assemblage de pièces fabriquées par des sous-traitants.

L'organisation du travail y fonctionne en « juste-à-temps » avec alternance d'équipes en « 2 x 8 ». « De plus en plus subordonnée à la gestion financière »<sup>4</sup>, la gestion des ressources humaines est ici aussi en partie externalisée. Comme dans la filière automobile, l'intérim y est devenu le « canal exclusif de recrutement pour tout emploi d'opérateur »<sup>5</sup>.

L'entreprise fonctionne de façon pérenne avec un volant important d'intérimaires -de l'ordre de 30 à 50% de l'effectif total de production<sup>6</sup>- et les ouvriers embauchés depuis une vingtaine d'années ont quasiment tous commencé leur activité dans l'entreprise comme intérimaires<sup>7</sup>.

Le développement de l'emploi intérimaire, au-delà de répondre à la fluctuation de la demande, répond à des évolutions de l'organisation du travail<sup>8</sup> et permet de redéfinir les frontières stratégiques de l'entreprise afin de répondre aux injonctions du capitalisme financier<sup>9</sup>. Il « permet de répondre aux impératifs, de plus en plus affirmés, de rentabilité financière, en présentant des ratios de productivité satisfaisants, calculés à partir des seuls effectifs inscrits, alors que les intérimaires, « mains invisibles », y contribuent fortement »<sup>10</sup>.

Il renvoie aussi à des logiques managériales de report de responsabilité de l'employeur ; l'externalisation de la gestion des

ressources humaines permettant de « substituer au contrôle hiérarchique un contrôle de type marchand »<sup>11</sup>, reléguant en bout de chaîne sur les ouvriers eux-mêmes « une partie des contradictions non résolues du système de production »<sup>12</sup>.

### Une formation sur le tas dévoyée

Chez Métalec, un des points de tensions et de malentendus importants au sein du personnel s'est cristallisé autour de la question de la formation des nouveaux intérimaires. Une première semaine de travail en binôme est organisée par l'entreprise pour tout nouvel ouvrier intérimaire, afin qu'il se familiarise avec le travail à accomplir et apprenne à tenir son poste.

Or, contrairement aux attentes implicites des nouveaux (« *Ce sont les anciens qui expliquent en fait* »<sup>13</sup>), les ouvriers titulaires rechignent, voire refusent de les former, déléguant par défaut cette responsabilité à des intérimaires à peine moins nouveaux parfois : « *maintenant c'est ça qui est malheureux, c'est que tous les titulaires, on refuse de former. C'est malheureux pour l'intérimaire, pour les nouveaux intérimaires. Et maintenant ce sont les intérimaires qui forment les intérimaires (...). L'intérimaire qui est arrivé depuis trois semaines, ça fait quinze jours qu'il est seul et il y a d'autres intérimaires qui arrivent et on donne un nouvel intérimaire à cette personne-là qui ne connaît même pas son boulot ! Ça fait que trois semaines qu'il est dans l'entreprise, il a tout à apprendre et il doit former ! Alors, des fois, on arrive à des... En tant que contrôleur, il y a des trucs qui sont presque à refaire, ils sont faits n'importe comment !* »<sup>14</sup>.

Si c'est « *malheureux* » pour cet ouvrier permanent de 34 ans, c'est que renoncer à former n'est pas une décision facile à prendre. Ce refus adressé d'abord à la direction de l'entreprise place les « anciens » en porte-à-faux par rapport à leur *ethos* professionnel. Et chaque arrivée de nouveaux intérimaires ravive ce malaise du renoncement au rôle de tuteur : « *Quand on voit les gens qui arrivent le lundi matin, nous on est là : « oh ! Merde ! ». Pour nous c'est vraiment usant. Normalement, on devrait être content de former des gens, ça serait logique, mais quand on sait que certains, ils vont rester une*

<sup>1</sup>Le concept de « société de plein chômage », construit par analogie à celui de « plein-emploi », ne désigne pas une société où tout le monde est au chômage, mais une situation où le chômage pèse sur l'ensemble de la société ; Maruani M., « L'emploi dans une société de plein chômage », in Pouchet A. (coord.) *Sociologies du travail : quarante ans après*, Elsevier, 2001, p. 191-200.

<sup>2</sup>Flamant N., « Conflit de générations ou conflit d'organisation ? Un train peut en cacher un autre... », in *Sociologie du travail*, n°47-2, 2005, p. 223-244.

<sup>3</sup>Cette analyse repose sur une enquête menée auprès d'une soixantaine d'ouvriers (à parité intérimaires et permanents) d'une entreprise métallurgique, appelée ici Métalec. Elle n'aurait pas été possible sans l'implication importante du délégué syndical CGT de l'entreprise que je tiens à remercier ici.

<sup>4</sup>Coutrot T., *Critique de l'organisation du travail*, Paris, La Découverte, 1999 : 52

<sup>5</sup>Gorgeu A. et Mathieu R., « La place des diplômés dans la carrière des ouvriers de la filière automobile », in *Formation Emploi*, n° 105, 2009, p. 37-51.

<sup>6</sup>250 intérimaires environ pour 700 ouvriers permanents au moment de l'enquête.

<sup>7</sup>Tous les ouvriers permanents interrogés sauf un (entré dans l'entreprise il y a 20 ans) ont commencé par plusieurs missions de six mois d'intérim dans l'entreprise (pendant 5 ans pour certains).

<sup>8</sup>Lefèvre G., Michon F. et Viprey M., *Les stratégies des entreprises de travail temporaire*, rapport DARES/Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002, <http://matisse.univ-paris1.fr/interim/>.

<sup>9</sup>Plihon D., « Précarité et flexibilité du travail, avatars de la mondialisation du capital », Husson M. (dir), *Travail flexible, salariés jetables. Fausses questions et vrais enjeux de la lutte contre le chômage*, Paris, La Découverte, 2006.

<sup>10</sup>Gorgeu A. et Mathieu R., « Compétence et sélectivité du recrutement : l'exemple des usines de la filière automobile », in *Travail et Emploi* n° 84, 2000, p.82.

<sup>11</sup>Boltanski L. et Chiapello E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999, p. 128

<sup>12</sup>Beaud S. et Pialoux M., *Retour sur la condition ouvrière*, Paris, Fayard, 1999, p. 419.

<sup>13</sup>Ouvrier intérimaire depuis 4 mois, 22 ans, BEP.

<sup>14</sup>Ouvrier permanent depuis 7 ans, 34 ans, bac technique, 3 ans et demi en intérim avant titularisation.

*semaine, 15 jours et ils vont se barrer. Là, on a formé des mecs la semaine dernière, il y en a trois qui sont partis. Y en a trois sur quatre qui sont partis*<sup>15</sup>. Si « normalement (ils) devrai(ent) être content(s) de former des gens », si « *c'était la logique* », c'est que l'accès au rôle de tuteur s'inscrit « *normalement* » dans une logique de reconnaissance professionnelle, voire dans une perspective de promotion interne.

La transmission intergénérationnelle des savoir-faire est en effet au cœur de la reproduction des cultures de métier ouvrier qui se construisent traditionnellement dans des configurations d'apprentissage mimétique, sur le tas, ritualisées, progressives et selon un processus d'identification mimétique des plus anciens par les plus jeunes<sup>16</sup>.

Tout d'abord, ces réticences à transmettre les savoir-faire et les modes opératoires, peuvent être expliquées par un contexte de concurrence entre égaux<sup>17</sup>. Mais aussi, par le souhait peu avouable de maintenir sa place dans l'entreprise, tout comme une position favorable dans la division du travail. En effet, si la présence d'intérimaires constitue autant de « fusibles » face aux risques de licenciement ou de baisse de commandes, elle épargne les ouvriers permanents des tâches les plus ingrates, des postes les moins qualifiés et/ou les plus difficiles à tenir, ce qui instaure une division sociale du travail par le statut d'emploi.

Il y a lieu cependant d'approfondir l'analyse de ces configurations sociales dans lesquelles prend place et sens ce tutorat.

Dans ce contexte, en effet, quel est le sens de cette semaine de tutorat des nouveaux intérimaires ? Un des attendus implicites dans une logique professionnelle repose sur l'idée de transmettre des savoirs et savoir-faire à un débutant afin qu'il devienne un pair et intègre le groupe de travail. Il s'agit *a priori* d'une première étape d'un processus d'intégration et la formation vise à renouveler et consolider les forces productives de l'entreprise. S'y jouent de manière indissociable des enjeux de transmission de savoirs et savoir-faire techniques nécessaires à la pérennité du métier mais aussi de coopération productive et de cohésion sociale.

Se trouve-t-on véritablement dans de telles configurations de socialisation professionnelle chez Métalec ? Au-delà des apparences immédiates, rien n'est moins sûr. La vocation initiale de ces formations sur le tas se trouve en effet en bonne partie dévoyée par le contexte organisationnel qui contribue à en pervertir le sens. Non seulement le nouvel intérimaire à former n'est pas forcément un futur permanent, mais il peut tout à fait n'y faire qu'un passage très bref. Il est présent dans l'entreprise comme salarié de l'agence de travail temporaire pour une mission à durée limitée sans aucune garantie d'embauche par l'entreprise utilisatrice.

La séparation entre la relation d'emploi et la relation de travail renforce donc le désengagement moral du chef d'entreprise utilisateur du travail temporaire. Cela remet en cause également le compromis social implicite qui régule d'ordinaire l'échange contribution/rétribution d'une relation salariale<sup>18</sup>. Le salarié intérimaire qui travaille dans ses locaux sous les ordres du chef d'atelier n'est tout simplement pas « son » salarié.

Non seulement le rôle de tuteur n'est pas reconnu par Métalec, mais, lorsque l'ouvrier l'accepte, il se trouve dans des injonctions contradictoires entre les contraintes de tenues de son poste et celles

de formateur. En effet, le seul aménagement prévu permet au formateur, lors de sa semaine de tutorat, de réduire sa cadence de production, cependant les objectifs de production n'en sont pas réduits pour autant. Or, dans le même temps qu'il est soumis aux normes productives de tenue de son poste, le tuteur engage sa responsabilité sur la qualité des savoirs et savoir-faire transmis. Il signe une reconnaissance de formation du nouveau et peut donc être conduit à rendre des comptes en cas de problème : « *on forme les gars et on est son tuteur. On doit remplir une feuille. Donc le mec, s'il fait une grosse connerie on regarde qui était son tuteur* »<sup>19</sup>.

Cependant les résistances ou refus de former se comprennent surtout par rapport à ce qui est largement qualifié de « *travail inutile* ». L'absence de perspective d'embauche vide en effet la formation de sa raison d'être principale : « *Souvent une fois qu'ils sont bien formés, et bien ils partent. Après on ne les revoit plus ou alors on ne les embauche pas. Pour nous, les former c'est du travail. En plus et il est souvent inutile* »<sup>20</sup>.

Le dilemme dans lequel se trouvent les ouvriers permanents qui acceptent ce tutorat équivaut à une acceptation tacite du *turn-over* généré par la politique managériale. Ils valident en quelque sorte la politique de flexibilité externe de l'entreprise.

## Le désenchantement des débutants

Aussi, dès leurs premiers jours chez Métalec, les nouveaux intérimaires découvrent la réalité désenchantée de ce monde professionnel. Entre le modèle idéal attendu (« *Ce sont les anciens qui expliquent en fait* ») et les configurations effectives dans lesquelles le tutorat se déroule (« *Mais la plupart du temps, en fait, c'est un intérim qui te montre plus que les anciens* »<sup>21</sup>), il y a un décalage notable, source de déconvenues et d'ajustements pragmatiques. Se faire expliquer le travail par un autre (jeune) intérimaire compose un motif d'étonnement et de déstabilisation, bousculant les représentations de l'ordre des choses.

Les nouveaux intérimaires vont donc essayer de comprendre ce décalage entre la configuration de tutorat attendu et celle qui est effectuée réellement. Bien que des éléments contextuels expliquent cette situation, dédouanant ainsi la responsabilité des ouvriers permanents, certains vont inférer cette situation aux dispositions individuelles ou traits de caractère des « anciens », qui sont déconnectées du contexte organisationnel dans lequel ils adviennent.

Les réticences ou refus de former des titulaires vont alors être imputés au caractère ou encore au degré de sociabilité de ceux-ci : « *Ce n'est même pas une question de titulaire ou d'intérimaire, c'est une question de personne tout simplement. Tu as des personnes qui quand elles bossent n'ont pas envie d'être emmerdées et il y en a d'autres qui se*

<sup>15</sup> Ouvrier permanent depuis 3 ans, 41 ans, CAP, 5 années d'intérim avant d'être embauché.  
<sup>16</sup> Zarca, « Identité de métier et identité artisanale », in *Revue Française de Sociologie*, n° XXIX, 1988, p. 247-273

<sup>17</sup> Beaud S. et Pialoux M., op. cit. ; Papinot C., « Jeunes intérimaires et ouvriers permanents en France : quelle solidarité au travail ? », in *Relations Industrielles/Industrial Relations* n° 64-3, 2009, p. 509-526.

<sup>18</sup> Papinot C., « La motivation, nouvelle inflexion rhétorique dans la mobilisation de la main-d'œuvre ? L'exemple du marché du travail intérimaire en France », in *International Review of Sociology*, Vol. 21, n°2, July 2011, p. 301-314.

<sup>19</sup> Ouvrier permanent depuis 3 ans, 41 ans, CAP, 5 années d'intérim avant d'être embauché.

<sup>20</sup> Ouvrier permanent depuis 9 ans (un an d'intérim dans l'entreprise), 55 ans, BEP.

<sup>21</sup> Ouvrier intérimaire depuis 4 mois, 22 ans, BEP.

disent : « oh tiens, bon il faut que les petits jeunes apprennent ! » et donc ils sont contents de transmettre leurs savoirs. Ça dépend si la personne est sociable ou pas et c'est aussi à l'intérimaire de montrer qu'il s'intéresse aussi »<sup>22</sup>. En effet, pour ceux qui « subissent » ces conditions d'accueil, il n'est pas facile de s'en distancier et de se penser comme « objets » d'une politique de flexibilité externe, impactant également les ouvriers permanents qui essaient de s'en prémunir comme ils peuvent.

De manière symétrique, les ouvriers permanents justifient leur refus de formation en prétextant des dispositions individuelles peu conformes de « jeunes ». Il apparaît alors dans le discours des « anciens », parfois à peine plus âgés, des stéréotypes exposant une soi-disant plus faible appétence pour le travail des plus jeunes générations : « - Toi tu en formes des intérimaires ? - Non, non, plus maintenant. Je le faisais quand j'étais à X mais il y en a qui sont vraiment trop limites... - Trop limites ? - Ça rentre par une oreille, ça sort par l'autre quoi ! Et moi, quand ça ne marche pas, eh bien, je m'énerve assez vite. Du coup, je n'en forme plus... Parce que la plupart, on les forme et après ils partent. Même si on leur proposait un poste, je suis sûr qu'ils ne resteraient pas... parce qu'il y en a beaucoup qui profitent du système, ils bossent six mois juste pour toucher le chômage après »<sup>23</sup>. On voit clairement les glissements à l'œuvre dans ce type de dénonciation morale, lorsque le passage rapide dans l'entreprise est imputé à la volonté de ne pas rester des intérimaires, conséquence elle-même d'une soi-disant moindre envie de travailler...

Dans ce contexte, si certains vont malgré tout inférer ce refus de formation des intérimaires à une politique managériale spécifique, les discours les plus fréquents sont empreints d'explications de type « naturalisantes ». D'un côté, les ouvriers permanents jugent les intérimaires « trop limites » ou qui « n'en ont rien à foutre », de l'autre, ces derniers estiment que certains ouvriers permanents « n'aiment pas les intérimaires ». Les intérimaires vont ainsi matérialiser cette politique managériale par leur entrée massive dans l'entreprise. La nécessité de cette formation initiale vise une simple adaptation ponctuelle à un poste de travail et non une réelle intégration professionnelle, obligeant les ouvriers permanents à prendre position vis-à-vis de cette pratique dont le sens initial a été perverti.

Toutes les conditions sont alors réunies pour produire des situations de malentendus réciproques, sources de dysfonctionnements professionnels, tout comme de situations d'évitement, voire de sociabilité clivée. Cette politique managériale peut donc engendrer des situations de rétention d'informations sur les « trucs et astuces » du métier et gripper les coopérations productives tout comme les processus de reproduction professionnelle tant cette dernière passe nécessairement par un mécanisme de socialisation anticipatrice par « projection personnelle dans une carrière future par identification aux membres d'un « groupe de référence » »<sup>24</sup>. Elle crée les conditions d'une méfiance réciproque, jamais évidente et de désamorcer quand l'objectif est de créer un esprit d'équipe et de coopération qui dépasse la barrière des âges et/ou des statuts d'emploi : « on a un savoir-faire, c'est sûr, qu'on acquiert au fil des années, et puis tu ne vas pas tout expliquer à un gars qui vient d'arriver. Il y a des trucs que tu gardes pour toi »<sup>25</sup>.

## Conclusion

L'analyse des tensions autour du tutorat des nouveaux permet de comprendre, au-delà des conditions objectives de « concurrence entre égaux », comment peuvent naître et se développer des dysfonctionnements professionnels. La transmission intergénérationnelle des savoir-faire se trouve affectée par le contexte organisationnel de Métalec. Les ouvriers permanents sont pris dans des injonctions contradictoires, entre leur *ethos* professionnel et leur positionnement envers une politique de flexibilité externe réprouvée. En effet, une des formes de reconnaissance du professionnalisme des salariés se situe dans la responsabilité de former de nouveaux arrivants dans l'entreprise. Les ouvriers permanents sont donc pris dans des conflits de rôles entre la reconnaissance de leur professionnalisme et leur résistance face à cette politique managériale. On assiste alors à des effets négatifs sur les dynamiques professionnelles causés par les différences objectives des situations d'emploi des uns et des autres et les malentendus qui en découlent.

Toutes les explications endogènes de type individualisantes qui justifieraient le refus des ouvriers permanents de former par leur caractère ou attitude personnelle, rendent plus difficile la coopération dans le processus de production, ainsi que la transmission du métier qui « n'est pas uniquement un transfert d'informations, de procédures d'utilisation d'instruments, de recettes, de techniques, de modes opératoires, (mais) tout à la fois une mise en forme du corps et de l'esprit qui s'opère par identification » (note bas de page <sup>26</sup>).

Aussi, en ayant recours de manière importante à une main-d'œuvre intérimaire, les entreprises comme Métalec ne font pas que déléguer la gestion des intérimaires. Elles transforment de manière importante les conditions de production, en générant des dysfonctionnements dans la coopération lors du processus de production. De plus, l'impact sur les dynamiques professionnelles engendre, à moyen terme, un coût sur la production, mésestimé par les directions d'entreprise.

Comment comprendre les rapports intergénérationnels au travail aujourd'hui ? Il paraît plus que jamais nécessaire d'analyser la situation des jeunes dans leur contexte de travail. Sur la question de l'articulation du genre et du statut d'emploi, Margaret Maruani a bien montré que si le statut d'emploi (dans son exemple, temps partiel contre temps plein) contribuait à définir les statuts de travail<sup>26</sup>, cette proposition s'avérerait insuffisante -et à la limite erronée- si l'on ne la complétait par une deuxième soulignant en quoi « le statut social induit le mode d'emploi »<sup>27</sup>.

<sup>22</sup>Ouvrier intérimaire (deuxième mission), 24 ans, bac pro.

<sup>23</sup>Ouvrier permanent depuis un an, 27 ans, bac pro, 18 mois de missions d'intérim avant titularisation.

<sup>24</sup>Dubar, *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, A. Colin, 1991, p. 146.

<sup>25</sup>Ouvrier permanent depuis 6 ans, 27 ans, Bac Pro, 18 mois de missions d'intérim avant titularisation.

<sup>26</sup>Moindre reconnaissance de qualification professionnelle des salariés employés à temps partiel.

<sup>27</sup>Le temps partiel est principalement une forme de sous-emploi féminin. Cf. Maruani M., « Statut social et modes d'emplois », in *Revue Française de Sociologie* vol XXX n° 1, 1989, p. 34.

Ainsi, à un premier rapport de détermination s'en combine un deuxième qui participe de sa définition sociale : les variables apparentes ainsi mobilisées ne sont pas simplement emboîtées les unes dans les autres ; elles sont aussi armées, infléchies ou accentuées par leur mode d'encastrement. Si l'on peut dire, suite aux travaux de Margaret Maruani, que le temps partiel s'est construit comme emploi typiquement féminin, on peut dire que l'intérim s'est construit comme « emploi de jeune »<sup>28</sup> et les

rapports sociaux que les intérimaires peuvent vivre dans l'emploi et au travail contribuent donc aussi à spécifier ce que les « jeunes au travail » veulent dire.


**Christian Papinot**  
 Sociologue du travail,  
 Professeur à l'université de Poitiers



**BAROMETRE ABSENTEISME 2012**

### LE TAUX D'ABSENTEISME DANS LES ENTREPRISES AU PLUS BAS DEPUIS 5 ANS, SELON LE BAROMETRE DE L'ABSENTEISME D'ALMA CONSULTING GROUP

3,84% soit 14 jours d'absence par an et par salarié, c'est le taux d'absentéisme qu'ont connu les entreprises françaises l'année dernière, record depuis 2010 et il était à 4% soit 14,5 jours et au plus bas depuis 2007. Globalement, l'absentéisme baisse dans le secteur privé. Mais des records sont soit de même enregistrés dans les secteurs de la santé (5,81% soit 24 jours) et des transports (5,13% soit 18,7 jours). La situation est meilleure dans les grands groupes qui connaissent un absentéisme plus faible que dans les PME. Les cadres, quant à eux, obtiennent cette année encore, le palme de l'absentéisme (1,83%, soit 6,6 jours).

« Parmi les indicateurs du coût de travail, l'absentéisme est de plus en plus observé et suivi. Il est considéré comme un indicateur de climat social et un sujet déterminant dans l'évaluation de la bonne santé d'une organisation », indique Vincent Tauzin, Président d'Alma Consulting Group.

#### LES DONNEES DE L'ABSENTEISME EN FRANCE

Le taux national s'élève à 3,84% soit 14 jours d'absence en moyenne par salarié. Il est en baisse d'un point (soit 30 jours de moins) depuis 3 ans. (4,02% - 17 à peine en 2009). Il faut cependant noter que l'indicateur du taux est pondéré par 37% d'entreprises dont le taux baisse plus fortement que pour 63% des entreprises dont le taux augmente.

« La principale raison de la baisse de l'absentéisme tient à la crise. Il faut cependant nuancer en analysant les facteurs comme les secteurs d'activité, l'organisation de travail ou la taille de l'entreprise qui constituent des critères d'évaluation importants pour l'analyse du phénomène », prévient Olivier Gignoux, directeur du pôle social d'Alma Consulting Group.



La carte de France de l'absentéisme enregistre un renversement des tendances : le Nord et la région Rhône Alpes dépassent le Sud, pourtant habituellement sa tête. Plus tard, cette année, la région Nord dépasse le Sud, à la première place depuis 5 ans. Les records sont principalement dus aux Economies comportant essentiellement de PME qui enregistrent cette année des taux en forte hausse. Le bassin parisien avec un contexte d'emploi plus dynamique et plus mobile s'enregistre, enregistre cette année encore un des taux les plus faibles. Le Grand Ouest rapporte le palme de la présence au travail.

#### Explosion de l'absentéisme dans le secteur de la santé

Le secteur de la santé enregistre un taux record cette année, avec 5,81% (soit 24 jours) et connaît une forte dégradation depuis 5 ans. La dégradation des équipes, le management, l'organisation de travail, ainsi que les contraintes économiques et budgétaires qui contraignent le secteur, participent de manière significative à cette hausse.

À l'autre bout du spectre, le BTP affiche encore un taux à 2,07% (19,8 j), l'industrie à 3,50% (13,1 j) et pour la première fois, le secteur des services à 3,32% (12,1 j), rejoint le trio de tête de l'absentéisme.

Le secteur d'activité connaît un des facteurs prédominants de l'absentéisme. Cette année, ce secteur a une accumulation des tendances : les meilleurs élèves à améliorer et les moins bons se dégradent. La maturité de BTP et de l'industrie par rapport à l'absentéisme explique le ralentissement du phénomène dans ces deux secteurs, pourtant fortement exposés aux accidents de travail.

### COMBIEN COUTE L'ABSENTEISME ?

#### COUTS DIRECTS : DE 39 800€ À 550 000€ PAR AN POUR UNE ENTREPRISE DE 320 SALARIES.

Certaines firmes réalisent un event que 1% d'absentéisme équivaut à 1% de la masse salariale. Or, ce ratio apparaît « simplifié » dans la mesure où chaque établissement, selon son organisation et sa gestion de l'absence, aura un coût de l'absentéisme spécifique, allant de 0,2% à plus de 4% de la masse salariale.

Pour la première fois cette année, Alma a mesuré les coûts directs liés à l'absentéisme composés du préjudice des jours de carence, du complément employeur et de la privatisation.

« Nous constatons que les frais directs du coût de l'absence selon les pratiques d'indemnisation des entreprises (maintien de salaire, complément employeur...) »

À titre d'exemple : pour une entreprise de 320 salariés dans la moyenne des absences en France, le nombre de jours d'absence en 2011 aura été de 4 078 jours. Sur cette base et en fonction de nos pratiques d'indemnisation, l'absentéisme lui coûte entre 39 800 € et 550 000 € par an », indique Olivier Gignoux. Le secteur d'activité a également un fort impact sur ce coût : l'absentéisme est en moyenne plus cher pour la santé ou le commerce que pour le transport.

Coût moyen de médiane de salaire par jour de l'absence et 30% de complément par les entreprises	Montant ALMACO	Coût moyen de médiane de salaire par jour de l'absence et 30% de complément par les entreprises
Moins de 200 salariés	3,6	37 €
De 200 à 500 salariés	3,6	37 €
De 500 à 1 000 salariés	3,6	37 €
Plus de 1 000 salariés	3,6	37 €

Coût moyen de médiane de salaire par jour de l'absence et 30% de complément par les entreprises	Montant ALMACO	Coût moyen de médiane de salaire par jour de l'absence et 30% de complément par les entreprises
Industrie	3,6	37 €
Commerce	3,6	37 €
Santé	3,6	37 €
Transport	3,6	37 €

### LA LUTTE CONTRE L'ABSENTEISME S'ORGANISE

68% des répondants ont mis en place un projet global sur l'absentéisme tel qu'un impact positif pour 70 % des DRH.

« Les actions de lutte contre l'absentéisme sont d'autant plus efficaces qu'elles combinent plusieurs paramètres : l'articulation et la prévention des conditions de travail, le management, la communication et le développement du « bien être » des collaborateurs », explique Olivier Gignoux.

Parmi les actions les plus mises en place par les DRH pour lutter contre l'absentéisme : la prévention des accidents de travail (52%), les contre visites médicales (54%), l'amélioration des conditions de travail (28%), l'aménagement des postes de travail (27%).

Ces actions ne sont pas toujours celles qui sont jugées les plus efficaces par les DRH (réseau à l'aménagement des postes de travail (52%), la prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail, sont celles les plus mises en place et donc effectivement le plus de résultats, le futur janvier, nouvelles embauches) utilisé à 20%, l'absence à 20% efficace selon que les coûts directs médicaux soient en place pour 94% soit à 90% efficaces.



« Dans toutes les démarches de prévention de l'absentéisme, il s'agit de bien connaître la forme et les causes des absences afin de concevoir des plans d'actions globaux qui intègrent la qualité de vie au travail et le développement des compétences. Il n'y a pas de formule, c'est grâce à cette approche systémique des indicateurs sociaux que l'efficacité de l'action se confirme », indique Olivier Gignoux.

### COMBIEN COUTE L'ABSENTEISME ?

#### COUTS DIRECTS : DE 39 800€ À 550 000€ PAR AN POUR UNE ENTREPRISE DE 320 SALARIES.

Certaines firmes réalisent un event que 1% d'absentéisme équivaut à 1% de la masse salariale. Or, ce ratio apparaît « simplifié » dans la mesure où chaque établissement, selon son organisation et sa gestion de l'absence, aura un coût de l'absentéisme spécifique, allant de 0,2% à plus de 4% de la masse salariale.

Pour la première fois cette année, Alma a mesuré les coûts directs liés à l'absentéisme composés du préjudice des jours de carence, du complément employeur et de la privatisation.

« Nous constatons que les frais directs du coût de l'absence selon les pratiques d'indemnisation des entreprises (maintien de salaire, complément employeur...) »

À titre d'exemple : pour une entreprise de 320 salariés dans la moyenne des absences en France, le nombre de jours d'absence en 2011 aura été de 4 078 jours. Sur cette base et en fonction de nos pratiques d'indemnisation, l'absentéisme lui coûte entre 39 800 € et 550 000 € par an », indique Olivier Gignoux. Le secteur d'activité a également un fort impact sur ce coût : l'absentéisme est en moyenne plus cher pour la santé ou le commerce que pour le transport.

Coût moyen de médiane de salaire par jour de l'absence et 30% de complément par les entreprises	Montant ALMACO	Coût moyen de médiane de salaire par jour de l'absence et 30% de complément par les entreprises
Moins de 200 salariés	3,6	37 €
De 200 à 500 salariés	3,6	37 €
De 500 à 1 000 salariés	3,6	37 €
Plus de 1 000 salariés	3,6	37 €

Coût moyen de médiane de salaire par jour de l'absence et 30% de complément par les entreprises	Montant ALMACO	Coût moyen de médiane de salaire par jour de l'absence et 30% de complément par les entreprises
Industrie	3,6	37 €
Commerce	3,6	37 €
Santé	3,6	37 €
Transport	3,6	37 €

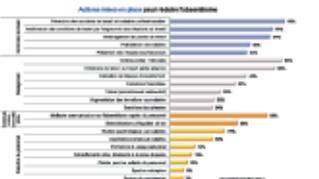
#### LA LUTTE CONTRE L'ABSENTEISME S'ORGANISE

68% des répondants ont mis en place un projet global sur l'absentéisme tel qu'un impact positif pour 70 % des DRH.

« Les actions de lutte contre l'absentéisme sont d'autant plus efficaces qu'elles combinent plusieurs paramètres : l'articulation et la prévention des conditions de travail, le management, la communication et le développement du « bien être » des collaborateurs », explique Olivier Gignoux.

Parmi les actions les plus mises en place par les DRH pour lutter contre l'absentéisme : la prévention des accidents de travail (52%), les contre visites médicales (54%), l'amélioration des conditions de travail (28%), l'aménagement des postes de travail (27%).

Ces actions ne sont pas toujours celles qui sont jugées les plus efficaces par les DRH (réseau à l'aménagement des postes de travail (52%), la prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail, sont celles les plus mises en place et donc effectivement le plus de résultats, le futur janvier, nouvelles embauches) utilisé à 20%, l'absence à 20% efficace selon que les coûts directs médicaux soient en place pour 94% soit à 90% efficaces.



« Dans toutes les démarches de prévention de l'absentéisme, il s'agit de bien connaître la forme et les causes des absences afin de concevoir des plans d'actions globaux qui intègrent la qualité de vie au travail et le développement des compétences. Il n'y a pas de formule, c'est grâce à cette approche systémique des indicateurs sociaux que l'efficacité de l'action se confirme », indique Olivier Gignoux.

Contact presse :  
 Sylvie MERRAN-IFRAH  
 Alma Consulting Group  
 Tél. 01 41 49 12 09  
 Port. 06 29 73 30 33  
 smerranifrah@almacq.com

Les cahiers des rps

<sup>28</sup>Papinot C., « L'épreuve du « chômage-intérim » en début de vie active en France : quelle socialisation salariale ? » in Papinot C. et Vultur M. (dir.), *Jeunes au travail. Regards croisés France-Québec*, Presses de l'Université Laval, Québec, 2010, p. 281-301.

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

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

- « Le deuil au cœur de Renault », S. Lauer, in *Le Monde*, 2 février 2007

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

- « Risque suicidaire du fait du travail. Les médecins du travail doivent veiller pour alerter », D. Huez, Médecin du travail

### Les Cahiers des fps, n°9, avril 2008

- « Suicide et accident du travail », A. Chirez, Professeur agrégé des Universités, Avocat au Barreau de Grasse et C. Expert, Médecin du travail, Juriste en droit social

### Les Cahiers des fps, n°12, mai 2009

- « Colloque travail, précarité, risques suicidaires », A. Douiller, Directeur et A. Michel, Chargée de mission, CoDES 84
- La Mutualité Sociale Agricole (MSA) expérimente un dispositif de prévention suicide », *Les Cahiers des fps*

### Les Cahiers des fps, n°13, septembre 2009

- « Compte-rendu du colloque *Travail, précarité : comment prévenir la souffrance et le suicide ?* », D. Lhuillier, Professeur de psychologie du travail, CNAM

### Les Cahiers des rps, n°14, décembre 2009

- « Du suicide : à qui la faute ? », A. Bilheran, Psychologue clinicienne, Docteur en psychopathologie, Consultante

### Les Cahiers des rps, n°20, novembre 2012

- « Note de synthèse : *Démarche d'enquête paritaire du CHSCT concernant les suicides ou les tentatives de suicide - Document INRS* », *Les Cahiers des rps*
- « L'humiliation au cœur du suicide d'un guichetier de La Poste », J.L. Bally, Membre de l'Observatoire du stress et des mobilités de France Télécom, in [www.miroirsocial.com](http://www.miroirsocial.com), 5 novembre 2012

### Les Cahiers des rps, n°21, juin 2013

- « 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



### Travail & Sécurité

Edition de l'INRS, septembre 2013

La une du nouveau numéro du magazine *Travail & Sécurité* est consacrée au chantier de construction du Stade de Nice. Une œuvre d'envergure qui a impliqué une organisation du travail particulière. Egalement ce mois-ci : **un dossier sur les risques psychosociaux et le Document Unique**, un état de la qualité de l'air au travail et l'**interview de Muriel Pénicaut, la DRH de Danone, sur le sujet de la Qualité de Vie au Travail.**

Au menu de cette nouvelle édition :

- Un reportage en image sur le chantier de construction du stade de Nice. Une parfaite coordination des tâches et une organisation du travail pensée en amont ont permis de faire face à ce défi particulier. Le travail en poste pour le gros œuvre a été instauré, la coactivité était limitée, le travail en hauteur s'effectuait de jour et le travail au sol de nuit, supervision par un coordonnateur sécurité et protection de la santé (SPS), le ferrailage était réalisé à hauteur d'homme...
- Un dossier sur le thème des risques psychosociaux et leur prise en compte dans le Document Unique. Cet enjeu répond à une obligation réglementaire. Afin d'accompagner les entreprises dans leur démarche d'évaluation des risques, plusieurs méthodologies sont disponibles.
- Un article pour faire le point sur la qualité de l'air au travail. Quels effets sur la santé ? Quels polluants sont présents ? Comment mettre en place des actions de prévention ? Quel système de ventilation faut-il installer ?
- Une interview de Muriel Pénicaut, Directrice générale des ressources humaines de Danone et co-auteur du rapport 2010, remis au Premier ministre sur le bien-être au travail. Un livre qui traite du lien entre qualité de vie au travail et performance. Elle livre, dans cet entretien, sa vision d'un management responsable, de l'évolution des risques psychosociaux en entreprise aux indicateurs de suivi du bien-être au travail...

Source : [www.travail-et-securite.fr](http://www.travail-et-securite.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)**

## 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

