



Prévenir ensemble

Les risques d'atteinte psychologique au travail

Méthodologie

- Face à la violence : encourager l'échange
- Un aspect important de la santé au travail pour les ambulanciers : trouver un sens à son activité professionnelle

Pratiques

- Souffrance et Travail
Réseau régional d'accueil et de prévention
- Agir dès maintenant pour faire face aux risques psychosociaux
De la « consultation souffrance et travail » à la « cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux »

Point de vue d'acteurs

- Le syndicalisme et les risques liés aux FPS : enjeux et bousculement pour les syndicats
- Les vols à main armée : une violence faite aux salariés les plus fragilisés
- Un cas et quelques questions...

Approches croisées

- Harcèlement, système, organisation
- Organisation et harcèlement moral
Les enjeux de la prévention

Point sur les savoirs

- Devenir des salariés licenciés à la suite d'une inaptitude au poste, de 2002 à 2004, en Vaucluse
- Les facteurs psychosociaux au travail
Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003

Les cahiers des fps

Le Vénitien
27 bd Charles Moretti
13014 Marseille
Tél. : 04 91 62 74 09
Fax : 04 91 62 72 45
e-mail : accueil@cateis.fr

Publication tri-annuelle

Directeur de la publication
Franck Martini

COMITÉ ÉDITORIAL

Isabelle Michel
Muriel Gautier
Anne-Marie Gautier
Géraldine Catsivelas
Marie Héléne Cervantes

Conception graphique



ÉDITEUR

CATEIS
www.cateis.fr
S.A.R.L. au capital
de 24 000 euros
Siège social : Le Vénitien
27 bd Charles Moretti
13014 Marseille
RCS Marseille B 419 867 551

Agréé expert CHSCT
Habilitation IPRP

FINANCEUR

**Direction régionale du travail de
l'emploi et de la formation
professionnelle**

Provence-Alpes-Côte d'Azur
180 avenue du Prado
13285 Marseille Cedex 08
Tél. : 04 91 15 12 12

IMPRIMEUR

Imprimerie Audry & Schaffner - Marseille

Dépôt légal : février 2005
ISSN : 1772-7642

www.sante-securite-paca.org

Sommaire

N° 10
août 2008

4 Éditorial

Méthodologie

- 6 Face à la violence : encourager l'échange
- 7 Un aspect important de la santé au travail pour les ambulanciers : trouver un sens à son activité professionnelle

Pratiques

- 10 Souffrance et travail, réseau régional d'accueil et de prévention
- 13 Agir dès maintenant pour faire face aux risques psychosociaux
De la « consultation souffrance et travail » à la « cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux »

Points de vue d'acteurs

- 17 Le syndicalisme et les risques liés aux FPS : enjeux et bousculement pour les syndicats
- 18 Les vols à main armée : une violence faite aux salariés les plus fragilisés
- 22 Un cas et quelques questions...

Approches croisées

- 23 Harcèlement, système, organisation
- 28 Organisation et harcèlement moral
Les enjeux de la prévention

Point sur les savoirs

- 34 Devenir des salariés licenciés à la suite d'une inaptitude au poste, de 2002 à 2004, en Vaucluse.
- 38 Les facteurs psychosociaux au travail
Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003



L'approche des risques psychosociaux trouve des développements actuels importants à la fois du côté des études et des enquêtes mais aussi du point de vue de la méthodologie d'action et de prévention. Nous ne reviendrons pas sur les publications et l'importante littérature grise qui va permettre, du moins espérons-le, d'atteindre un seuil critique dans la somme des connaissances théoriques et pratiques. Cela revêt un réel intérêt pour mieux comprendre et appréhender les phénomènes liés aux causes, multifactorielles, et aux effets divers sur la santé des risques psychosociaux. Cependant, l'enjeu se situe aussi dans la légitimation de la thématique. En effet, dans de nombreuses entreprises mais aussi dans l'esprit de bon nombre d'acteurs de la prévention, ces derniers restent une nébuleuse inspirant plus méfiance et réticences que réelle envie de s'atteler à un problème reconnu comme réel. Le déni, nous l'avons déjà souligné, est encore prégnant dans un domaine qui vient interroger le cœur du fonctionnement de l'entreprise, soulever des questions relatives à l'organisation du travail et qui est aussi, reconnaissons-le, parfois très loin de la culture des acteurs concernés. Pour toutes ces raisons, tout ce qui vient démontrer, une fois de plus, l'ampleur et la réalité de l'impact de ces risques est utile et bienvenu.

On peut même imaginer qu'il sera de plus en plus difficile de s'inscrire dans le déni dès lors que de nombreuses entreprises se seront engagées dans des démarches de prévention, que les méthodologies seront mûries et largement communiquées, que le discours général viendra soutenir la nécessaire prise en compte de ces questions. C'est là que la notion de seuil critique a toute son importance. Il ne faut en aucun cas la sous-estimer. Il est arrivé, très souvent et notamment dans les entreprises d'une certaine taille, que les acteurs décisionnaires au niveau des établissements hésitent à mettre en place une démarche de prévention des risques psychosociaux pour des raisons relatives à leur propre positionnement. En effet, ils ont pu penser – et pensent encore pour certains – que cela aurait été le signe, adressé à leur direction générale et à l'extérieur, de leur difficulté au niveau managérial. Dans l'esprit de nombre de managers de haut niveau – mais le même type de raisonnement peut s'appliquer à des strates intermédiaires –, reconnaître l'existence de troubles psychosociaux, non seulement marque un échec de leur part mais, de surcroît, va les amener à faire un certain nombre de concessions aux représentants du personnel. De ce fait, ils ne veulent ouvrir la boîte de Pandore : ne sachant pas où cela les mènerait et considérant implicitement que ce serait avouer être en défaut. C'est bien souvent inacceptable dans un monde où la concurrence relative aux trajectoires professionnelles impose de ne pas se distinguer pour un motif de ce genre. À un niveau hiérarchique moindre, on trouve assez fréquemment un phénomène comparable : faire remonter des tensions, des prémisses de situations violentes, des dérèglements collectifs serait signifier à sa ligne managérial son incapacité à maintenir un cadre de travail satisfaisant pour l'entreprise ou, dans une autre vocabulaire, que l'on ne sait pas « tenir ses troupes ». C'est une part de l'appréhension de la réalité qui, dès lors, se perd.

Aller au-delà des a priori et des évitements faciles, évitements dont les mobiles sont bien connus, exige une maturation. Mais le constat que, à l'extérieur de l'entreprise, des choses sont faites, que des organismes habilités prennent des positions claires et proposent des outils dont la validité est reconnue va être un facteur pour partie décisif. Ce sera un point d'appui parfois primordial pour tous ceux qui ont la volonté de faire avancer la prévention au sein des organisations. Si l'on veut rêver (un peu), on peut imaginer que, prochainement, les questions sur l'origine professionnelle ou privée d'une souffrance individuelle constatée au travail deviendront caduques. À les considérer pour ce qu'elles sont, on ne peut que constater qu'elles posent d'emblée l'enjeu de responsabilité, ce qui ne peut être en aucune manière une entrée valable pour la prévention. On ne le répètera jamais assez : peu importe que tel ou tel salarié soit en fragilité dans sa sphère personnelle, la seule vraie interrogation que l'entreprise doit porter est celle du degré et de la nature de l'exposition des salariés aux risques psychosociaux dans leurs situations de travail. Leur identification et leur évaluation ne sont certes pas choses aisées : elles ne s'imposent pas toujours d'emblée et méritent à la fois une instruction convenable du problème et un débat entre les acteurs et les partenaires sociaux. Mais ce type de positionnement est le seul garant d'une position recevable dont on ne puisse mettre en doute la pertinence.

Face à ces freins, la communication reste plus que jamais un facteur clé : rendre la prévention des risques psychosociaux légitime dans l'esprit des décideurs, les convaincre que des modes de prévention aboutis sont d'ores et déjà élaborés et mis en œuvre sur de nombreux terrains doit être considéré comme un objectif fort. Le but est, dans le temps, d'arriver au seuil critique mentionné plus haut : lorsqu'un certain nombre d'entreprises auront investi la prévention des risques psychosociaux, la majorité d'entre elles y viendra plus facilement. C'est au fond ce que nous nous employons à faire dans les *Cahiers* : notre effort étant de rendre visibles, à la fois, les actions concrètes, les innovations méthodologiques et les apports de connaissance. Le présent numéro contient de ce point de vue des éléments notables. On peut citer, en particulier, l'étude menée par un collectif de médecins du travail du Vaucluse sur les inaptitudes. Sans être un champ nouveau, c'est du moins un terrain qui mérite d'être encore investi. Les apports de ce travail d'enquête sont précieux : ils indiquent notamment (mais parmi un ensemble dense et fourni de renseignements), la part prise par le syndrome anxio-dépressif dans les décisions d'inaptitude. Leur niveau est plus que significatif. Il convient de souligner à sa juste valeur l'apport de ce collectif de médecins du travail, démontrant la qualité des initiatives prises au niveau local et l'importance de faire connaître les multiples avancées produites grâce aux acteurs de la prévention.

Nous complétons ce volet relatif aux études par la reproduction d'un texte issu de la DARES, publié en mai 2008 dans « Premières Synthèses », et qui reprend l'évaluation de l'impact des facteurs psychosociaux, selon le modèle de Karasek, réalisée dans le cadre de SUMER 2003.

Il nous semblait également important de mettre en lumière une pratique qui n'avait pas été, jusque-là, traitée dans les

Cahiers, celle des consultations de pathologies professionnelles. Deux contributions y sont consacrées relatant, des expériences inscrites dans la durée, à Paris et à Lyon. Il est, en effet, essentiel de pouvoir saisir le mode de fonctionnement de ces consultations, leur finalité et leur intérêt intrinsèque, mais aussi leurs modalités d'organisation. Nous reviendrons probablement sur cette thématique, lors de prochains numéros, car elle est au cœur de l'articulation des problématiques individuelles et collectives, un des points clés des risques psychosociaux. On a tendance à opposer l'individuel et le collectif, ce qui est juste et légitime lorsque l'on veut promouvoir une réelle prévention, mais, in fine, force est de reconnaître que l'opposition est factice. La réflexion induite par les objets travaillés dans les consultations de pathologies professionnelles doit pouvoir permettre de dépasser cette opposition pour exposer clairement les chaînages entre individuel et collectif. Ce sera probablement un des axes de développement de la prévention dans les années à venir.

Nous ne sommes pas très loin de ce qui se joue dans le renouvellement de la question du harcèlement moral. Cette dernière a une antériorité certaine mais pourrait parfois sembler épuisée, historiquement marquée et, en quelque sorte, dépassée par les dernières avancées, moins psychologisantes et moins orientées vers les enjeux juridiques. La lecture attentive du texte d'A. Bilheran montre, sans conteste, qu'il n'en est rien et que le champ du harcèlement moral rencontre des inflexions qui l'amènent à se rapprocher des questionnements relatifs à l'impact des modes de fonctionnement organisationnels sur la santé mentale au travail. L'article de D. Patureau et I. Champion (paru dans *Préventique*, avril 2008) va dans le même sens, comme son intitulé « Organisation et Harcèlement moral » le signifie par lui-même.

Sans vouloir reprendre ici l'ensemble des contributions, qui pourtant le mériteraient chacune, il convient de mettre enfin l'accent sur le texte d'I. Michel qui examine les effets de l'émergence de la thématique du risque psychosocial sur la pratique syndicale. Comme nous possédons peu de témoignages sur ce sujet, celui-ci est d'autant plus intéressant. Il montre avec clarté que ce ne sont pas les seules directions qui sont interrogées par le phénomène qui nous occupe.

Nous convions le lecteur à la visite, certes brève et partielle, d'un vaste chantier où se construisent patiemment les pratiques de demain.

F. Martini

Si vous souhaitez recevoir les cahiers des FPS, merci d'en faire la demande à la DRTEFP Paca auprès de :
valerie.giorgi@dr-paca.travail.gouv.fr

Face à la violence : encourager l'échange

Article paru dans *Travail et changement*, n° 318

Confronté à une montée de la violence de ses usagers, l'Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (Itep) de Bellesagne (50 salariés, secteur médico-social) décide de mettre en place un plan d'action pour l'enrayer et réduire ainsi la souffrance des salariés.

Violence verbale, psychique, entre jeunes mais aussi à l'égard des adultes et de l'institution, portes cassées, pression, chantage... Depuis 2003, ces agressions se multiplient, moyen d'expression quotidien des enfants et adolescents en difficultés psychologiques accueillis dans l'ensemble thérapeutique de Bellesagne. Conséquences sur la santé des professionnels de l'établissement : usure professionnelle, épisodes dépressifs... La prévention de la violence est pourtant une préoccupation majeure de l'institution. Un diagnostic est effectué en 2004 et un plan de formation, « Faire face à la violence », est mis en place. Mais le malaise persiste. La direction et les délégués du personnel de l'Itep font alors appel à l'Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) Languedoc-Roussillon. Objectif : analyser l'existant pour éviter et mieux gérer les situations de violences.

Plusieurs lieux d'échange sont mis en place : un comité de pilotage (direction, délégués du personnel, médecine du travail) suit le projet ; un groupe de travail (éducateurs, agents d'entretien...) analyse les dysfonctionnements et construit des pistes de solutions. Enfin, un groupe « projet » (direction, cadres, « préventeurs » externes) traduit en actions concrètes les propositions du groupe de travail.

Identifier les violences

Différentes formes de violence sont identifiées ainsi que des moments et des lieux potentiels. L'accent est mis sur les difficultés organisationnelles. Parmi celles-ci, une application incohérente du règlement intérieur et des difficultés pour établir des sanctions adaptées. L'organisation matérielle est ensuite passée au crible : les conditions sont bonnes mais les foyers pas toujours suffisamment adaptés pour les jeunes ; la salle des éducateurs, lieu d'échange et de « repli », n'est pas investie. En abordant les problèmes d'organisation, une insuffisante intégration des stagiaires et un manque de communication interne ressortent fortement. Enfin, une cohésion d'équipe doit être trouvée avec l'ensemble du personnel.

Une réorganisation avant tout

Pour pallier ces dysfonctionnements, différentes mesures de prévention et de gestion des situations de violence peuvent être prises : renforcement de la cohésion des équipes, actualisation et appropriation du règlement intérieur, adaptation des lieux de vie et de travail. Une organisation facilitant l'entraide et la présence de tiers est prévue pendant et après les moments de violence. Entre autres, pour répondre à la violence des jeunes, des partenariats avec des services de pédopsychiatrie, juges, etc., sont mis en place. Sur la clarification des rôles et missions des professionnels, des fiches de poste seront élaborées, une réflexion collective sur la fonction d'éducateur « relais » et sa collaboration avec la direction sera menée. Différentes possibilités permettant aux fonctions isolées d'être mieux intégrées dans les équipes et mieux connues des jeunes seront également proposées.

Des solutions collectives

Ce diagnostic a permis de recréer du lien dans l'établissement. Personnel et direction ont cherché collectivement des solutions. Chacun a pu s'exprimer librement. D'ores et déjà, nous avons décidé de redonner de la place à des réunions générales pour échanger. Nous allons rénover la salle des éducateurs pour en faire un lieu de convivialité. Autre point sur lequel nous travaillons : la mise en place d'un dispositif de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) pour avoir une vision claire de la pyramide des âges, des cursus professionnels et anticiper l'usure professionnelle des éducateurs. Des collaborateurs vont ainsi partir en formation de tuteur pour apprendre à former les nouveaux professionnels.



Thierry PRADÈRE,
t.pradere@anact.fr,
Aract Languedoc-Roussillon

Alcool, Tabac, Cannabis + travail = Risques et conséquences pour tous

Plaquette d'information d'une action menée depuis 2006 par le Collectif partenarial *Conduite de consommation à risque en milieu de travail* (ANPAA59, CRAMNP, ISTNF, ECLAT). Elle est destinée aux acteurs des TPE/PME notamment aux chefs d'entreprises, responsables du personnel, représentants syndicaux et du personnel. Elle propose des solutions et un accompagnement pour leurs mises en place, lorsqu'une crise survient au sein de l'entreprise : engager un plan de prévention, gérer des situations à risques, faire face aux risques de santé et de sécurité des personnes.

Source : www.istnf.fr (28 mars 2008)

Un aspect important de la santé au travail pour les ambulanciers : trouver un sens à son activité professionnelle

Article paru dans *Turbulances*, n° 42, mars 2008, p. 26-31.

Le thème de la santé mentale des intervenants de l'Aide médicale urgente est particulièrement important. Le sens que revêt le travail pour ces professionnels semble central pour comprendre les motivations qui permettent aux personnes de gérer des situations à forte composante relationnelle. Comment faire pour éviter la perte de sens au travail ou la retrouver ? Une étude réalisée en Suisse auprès de « paramédics » apporte quelques pistes de réflexion. Il convient de rappeler que les ambulanciers français ne disposent pas de la même formation que les ambulanciers suisses.

Le sens que revêt le travail pour les ambulanciers est central pour expliquer ce choix de carrière et de vie. Il permet aussi en partie de compenser les différents risques [1-3] pour la santé que comporte cette profession. C'est du moins ce que suggèrent certaines théories récentes en santé au travail. Selon ces théories, le fait d'accorder une certaine importance à son travail, de se sentir utile et engagé dans un projet qui a du sens contribuerait à préserver la santé et l'implication du travailleur. Toutefois, un travail qui demanderait un engagement trop important (en terme de temps, de compétences ou autre) de la part du travailleur pourrait mener à la sur-implication de ce dernier et dans certains cas porter atteinte à sa santé. Un certain équilibre doit alors être trouvé.

Ce qui est porteur de sens chez les ambulanciers

Sirènes et feux bleus, l'ambulance traverse la nuit. À peine l'ambulance est-elle arrivée sur les lieux d'un accident que les ambulanciers bondissent hors du véhicule d'urgence et accourent auprès des blessés pour leur prodiguer les soins nécessaires. Une personne en arrêt cardio-respiratoire pourra conserver ses chances de survie grâce à la rapidité d'exécution des ambulanciers. La personne, consciente et reconnaissante (!), est transportée à l'hôpital le plus proche où les ambulanciers sont accueillis en héros par le personnel hospitalier. Bien sûr, tout le monde est sain, sauf et souriant. Cette description, vous l'avez probablement comprise, tient davantage d'un scénario de film que de la réalité concrète du travail des ambulanciers. Ainsi, une partie seulement des interventions nécessite les feux bleus et la sirène ; le « happy end » n'est malheureusement pas toujours possible ; les relations entre les différents intervenants des situations d'urgence ne sont pas toujours bonnes et des tensions sont fréquentes ; les remerciements et la reconnaissance des patients, des proches et du public en général ne sont pas toujours au rendez-vous, etc. Cette description relève donc davantage de la fantaisie et les ambulanciers trouvent le sens du travail ailleurs, dans des aspects moins spectaculaires. C'est du moins ce que nous avons constaté par l'analyse de l'activité réelle du travail effectué dans un service d'intervention d'urgences préhospitalières et par des entretiens avec des ambulanciers de différents services.

Le sens du travail : quelques repères théoriques

Un travail qui a du sens est une activité qui possède « une raison d'être » pour l'individu et qui justifie l'énergie, le temps et l'implication qu'il va y investir. Le sens du travail influence la motivation, l'implication et la santé psychique du travailleur. L'activité professionnelle peut prendre une pluralité de significations et plusieurs d'entre elles peuvent co-exister ou même se contredire simultanément chez une même personne. Les significations associées au travail peuvent être regroupées en trois catégories : les significations matérielles (salaire, avantages financiers), sociales (statut et appartenance à des groupes sociaux valorisés) et individuelles (affirmation de sa liberté, fondement de l'identité, développement personnel). En plus de permettre la survie et la satisfaction des besoins, le travail joue un rôle dans la valorisation et le développement de l'image de soi [4] (c'est-à-dire la représentation que chacun a construit de sa personnalité, de son identité et de son rôle social).

L'image de soi possède deux facettes, une partie interne (comment on se voit soi-même) et une partie externe (face que l'on présente à autrui). Un certain équilibre entre ces deux parties est important pour le bien-être psychologique. L'image que les individus présentent à autrui et à eux-mêmes est cruciale pour leur santé mentale. Ainsi, les individus cherchent à préserver et/ou à rehausser leur « image de soi » en agissant en accord avec celle-ci. Pour favoriser cette image, le travail devrait être en mesure d'offrir au travailleur des occasions de réussite, des moyens d'accomplir le travail et d'atteindre les objectifs fixés et de procurer de la reconnaissance. Il paraît également primordial de permettre au travailleur d'agir en fonction de son éthique et de son système de valeurs pour assurer sa propre cohérence interne. Ces éléments permettent l'implication du professionnel dans une activité qui a un sens et qui est cohérente avec son identité.

Certaines situations de travail mettent aujourd'hui le travailleur dans des situations pour lesquelles ce qui fait du sens dans le travail entre en contradiction avec les exigences et les demandes. Par exemple, si l'on exige d'un travailleur de produire davantage de quantité malgré une diminution de la qualité des prestations, le travailleur peut avoir l'impression qu'on lui demande de faire du « mauvais travail ». Le travailleur ne comprend pas les objectifs qu'il est censé atteindre et ce qu'on attend de lui. S'il se sent responsable de cette « perte de sens », il s'attribuera les échecs et les impossibilités de faire face aux exigences, ce qui peut déboucher sur un processus de dévalorisation de soi. Le travailleur risque alors de se sur-impliquer dans son activité pour faire face aux difficultés et pour « pouvoir tenir » [5]. Pour reprendre notre exemple, il tentera de produire à la fois la quantité demandée mais avec

la qualité qu'il juge satisfaisante en regard de ses valeurs et de sa vision du travail. À terme, la sur-implication pourrait conduire à de l'« usure mentale ». Ce n'est pas tant le type de travail réalisé qui paraît avoir une incidence sur le bien-être de l'individu, celui-ci pouvant trouver un sens à une activité même « anodine pour une majorité d'individus » mais c'est l'absurdité d'une tâche, la disparition du « sens du métier » qui peut engendrer de la souffrance. Pour certains chercheurs [6], le burn out pourrait trouver sa source principale « dans une vie où le sens du métier a disparu ou a été perdu de vue et où l'on ne sait plus pourquoi on travaille ».

Rassurer et reconforter : des contacts privilégiés avec les personnes

Pour plusieurs ambulanciers que nous avons interviewés, l'intervention gratifiante, celle qui donne son sens au travail, est bien différente de notre description fantaisiste et concerne davantage le fait de rassurer le patient ou ses proches. Le fait de pouvoir discuter avec les personnes, de rassurer, de reconforter procure de la satisfaction et est source de fierté professionnelle. La détresse des personnes ne se limite pas aux seuls symptômes ressentis. Les patients qui ont recours aux ambulanciers vivent souvent des moments pénibles d'insécurité et de souffrance. La présence de l'ambulancier procure une forme de réconfort et rassure le patient. Pour les ambulanciers rencontrés, cet aspect procure une part importante de la signification qu'ils associent à leur travail. Selon l'un des professionnels rencontrés, il s'agit même là de la seule véritable source de sens qui persiste pour ce travail à mesure que s'accumulent les années d'expérience.

Sauver des vies / aider autrui

Le rôle de sauveteur est l'un des aspects importants du métier d'ambulancier. L'accomplissement des procédures adéquates, des gestes appropriés permettant de sauver la vie des patients est porteur de sens. Cependant, selon les ambulanciers que nous avons accompagnés, le sens du travail ne peut pas se résumer à cet aspect. D'ailleurs, les personnes qui y accordent une trop grande place ont de la difficulté à « tenir le coup » et même, dans certains cas, abandonnent la profession. La réalité des situations d'interventions ambulancières est différente de notre « scénario de film ». Elle se caractérise relativement rarement par une mise en œuvre d'actions permettant directement et sans équivoque de sauver la vie du patient et les ambulanciers sont davantage amenés à s'assurer de la stabilité de l'état du patient et à préserver cet état pour une période de temps relativement courte.

Cependant, selon une enseignante d'une école de soins ambulanciers, cet élément fait partie de la personnalité de ces professionnels des interventions préhospitalières et représente un aspect incontournable de la « fibre » ambulancière. Cet aspect peut contribuer à donner un sens au travail tant par le puissant symbole qu'il procure à la profession au niveau de la société

qu'au niveau du ressenti subjectif des personnes qui effectuent ce métier. Qu'en est-il de la satisfaction procurée par le fait d'aider autrui ? Il nous semble que cet aspect, plus général et moins spectaculaire – presque banal –, est par son caractère quotidien davantage porteur de sens que le fait pourtant beaucoup plus impressionnant de sauver des vies. Par exemple, le travail effectué par les ambulanciers comporte de très nombreuses opportunités pour améliorer le confort du patient, rassurer ce dernier ou ses proches. Le travail en équipe est aussi de mise, ce qui suggère de nombreuses opportunités d'entraide.

Accomplir des gestes techniques complexes

Les ambulanciers sont amenés à accomplir des gestes techniques pouvant être complexes et délicats telles que la ventilation assistée ou la défibrillation automatisée. Malgré le stress ressenti sur le moment et le caractère tragique de ce type de situation, la mise en œuvre de ces gestes permet l'expression de compétences et contribue à la valorisation de l'ambulancier. Encore une fois, de telles situations sont rares et, quoiqu'elles y contribuent, ne suffisent pas pour donner un sens au travail. Selon les ambulanciers rencontrés, l'expression de la compétence par la mise en œuvre de gestes délicats ou techniquement complexes peut même être source de frustration pour les personnes qui y accordent une trop grande importance.

Ainsi, ces gestes sont souvent accomplis par d'autres intervenants qui en ont la responsabilité et ne sont délégués qu'exceptionnellement aux ambulanciers. Pour la majorité des personnes rencontrées, cet aspect n'était tout simplement pas important.

Comment le travail perd son sens ?

Les ambulanciers rencontrés accordaient davantage d'importance aux aspects relatifs au contact avec le patient et ses proches pour donner un sens à leur travail. Nous allons donc concentrer la présente discussion sur cet aspect et sur les contraintes qui contribuent à faire en sorte que le travail perde son sens.

La durée de l'intervention peut parfois être très courte ce qui limite les possibilités d'interaction avec le patient. De plus, la relation avec le patient ne s'inscrit pas dans la durée.

Un élément qui a été mentionné souvent par les ambulanciers rencontrés concerne le fait d'être confronté à la misère et la solitude d'autrui, notamment de patients âgés laissés à eux-mêmes. Plusieurs intervenants ont mentionné ressentir une grande tristesse et un sentiment d'impuissance face à ce type de situation. Pour les ambulanciers, c'est « lourd à porter » et cela devient à la longue très pénible à vivre. Cet aspect touche le côté sauveteur de l'ambulancier et met en évidence la futilité des soins prodigués en comparaison des besoins réels des patients.

Cela met aussi en évidence l'importance du sentiment d'être utile et d'aider autrui et permet de constater à quel point la perte de sens conséquente à l'insatisfaction de ce besoin peut être source de souffrance.

Comment faire pour éviter la perte de sens et comment redonner un sens au travail lorsque ce dernier a disparu ?

Au niveau individuel, il convient sans doute d'identifier les motivations qui ont amené à choisir ce métier et les différents aspects qui y sont porteurs de sens pour soi. Le métier, ou le contexte d'emploi, permet-il de répondre à ces attentes ? Ces dernières sont-elles compatibles avec la réalité de l'emploi ou du métier ? Certaines attentes sont-elles contradictoires avec les moyens à disposition pour répondre aux exigences du métier ? Si c'est le cas, il est important de s'en rendre compte avant de se rendre responsable des échecs, de la perte de sens du travail et d'entrer dans un processus de sur-implication et de dévalorisation de soi.

La façon de réagir dépendra alors des spécificités de la situation. Il n'existe malheureusement pas de solution miracle permettant de développer, de modifier ou de raviver le sens du travail chez un individu. En effet, un travail qui est porteur de sens résultera d'une adéquation entre d'une part, les aspirations et les valeurs de l'individu et d'autre part, les caractéristiques et les implications de ce travail. La recherche en santé au travail permettra peut-être au cours des prochaines années de développer des stratégies individuelles et organisationnelles adéquates permettant d'intervenir efficacement sur ces aspects en agissant plus particulièrement sur l'interface étroite entre l'être humain (son système de valeur) et l'activité professionnelle. La quête de la qualité de la profession est sans aucun doute la meilleure (ou la seule) façon de conforter le sens du travail et de pérenniser la place de l'acteur.

Remerciements

Merci à toute l'équipe du CSU Riviera pour l'accueil et la grande disponibilité. Merci aussi à M. François et F. Valceschini pour la relecture et les judicieux commentaires. Nous remercions aussi l'École d'ambulanciers Bois-Cerf-CESU pour avoir rendue possible cette étude.

Références

- [1] Rodgers L. M., « A five year study comparing early retirements on medical grounds in ambulance personnel with those in other groups of health service staff. Part II : Causes of retirements », *Occupational Medicine*, Oxford, feb. 1998, n° 48 (2), p. 119-132.
- [2] Rodgers L. M., « A five-year study comparing early retirements on medical grounds in ambulance personnel with

those in other groups of health service staff. Part I : Incidences of retirements », *Occupational Medicine*, Oxford, jan. 1998, n° 48(1), p. 7-16.

[3] Sterud T., Ekeberg O., Hem E., « Health status in the ambulance services : a systematic review ». *BMC Health Services Research*, 2006, n° 6, p. 82.

[4] Levy-Leboyer C., *Re-motiver au travail ; Développer l'implication de ses collaborateurs*, Eyrolles, Éditions d'Organisation, 2007.

[5] Sahy F., *Souffrance au travail, motivation et implication : quelle corrélation ?*, Groupe École supérieure de commerce de Saint-Étienne, 2007.

[6] Peters S., Mesters P., *Vaincre l'épuisement professionnel ; Toutes les clefs pour comprendre le burn out*, Robert Laffont, 2007.

Note des auteurs

Les auteurs ont publié un article dans la revue *Psychoscope* (vol. 28, novembre 2007) sur le thème de l'importance du sens du travail pour la santé. Le texte qui suit reprend certaines parties de cet article avec l'aimable accord de la revue *Psychoscope*.

Deux philosophies : *Scoop and run / Stay and Play* – Avec ou sans régulation médicale...

Les Anglo-saxons ont opté pour le « *scoop and run* » alors que les Européens choisissaient le « *stay and play* ». Dans le système du « *scoop and run* », les secours, des « paramédics », prennent en charge le plus rapidement possible les victimes en appliquant des protocoles prédéfinis et les orientent toutes vers le *trauma center* du secteur. L'absence de régulation médicale en amont explique ce choix. Dans la conception européenne, le « *stay and play* », les secours, pouvant comprendre un médecin contrairement aux équipes anglo-saxonnes, sont parfois amenés à passer beaucoup plus de temps aux côtés de la victime. En effet, la médicalisation peut commencer sur les lieux de l'intervention. Grâce à une régulation médicale assurée par les SAMU, chaque victime est ensuite orientée vers un établissement adapté à sa pathologie et disposant de place.



Marc ARIAL,
Dr. sc., ergonome,
marc.arial@hospsvd.ch

Sandrine CORBAZ-KURTH,
Psychologue du travail
Institut universitaire romand de
Santé au Travail, Lausanne, Suisse.

Souffrance et Travail Réseau régional d'accueil et de prévention

L'ancrage historique en entreprise des Mutuelles de France nous a de tout temps naturellement engagé sur le thème de la santé au travail, particulièrement en régions PACA et Rhône-Alpes. Notre contribution est constante, aujourd'hui encore, sur les questions d'amiante ou d'éthers de glycol. Il y a 6 ans, lors d'un séminaire national des principaux acteurs mutualistes concernés, auquel étaient invités des médecins du travail, des sociologues et des médecins de santé publique, nous avons redéfini nos engagements, très orientés à l'époque sur les produits cancérigènes et/ou mutagènes. Nous avons, alors, décidé d'aborder la souffrance mentale des salariés.

Pour parfaire notre réflexion et projet, nous nous sommes rapprochés du dispositif porté à l'époque par la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH) à Paris, un accueil pluridisciplinaire formé de médecins du travail, sociologues et psychologues spécialisés travail, qui recevaient, en binôme, les salariés. Ce dispositif relève maintenant des Mutuelles de France d'Île-de-France. Les Mutuelles de France de Rhône-Alpes ont décidé de la création, à Lyon, d'un réseau régional mutualiste. Nous avons conduit simultanément la recherche de financements publics incontournables (voir paragraphe construction financière) et le recrutement des intervenants. L'habitude de travailler en réseau et en partenariat nous a permis de construire une équipe s'appuyant sur des professionnels intéressés à notre projet (qu'ils ont d'ailleurs affiné), concordant avec la vision de leur propre activité professionnelle. Un partenariat était conclu avec la FNATH du Rhône pour la partie juridique. Le soutien politique et financier du Conseil régional nous permettait d'ouvrir le dispositif à Lyon, au printemps 2006, après l'agrément donné par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), aussi surprise que d'autres que l'on puisse construire une mutuelle de ce genre.

Les caractéristiques du dispositif

- Extériorité de l'entreprise : ceci permet parfois une expression plus libérée, tout en veillant à ne pas remplacer ou amoindrir les organisations sociales en place mais en identifiant qu'en Rhône-Alpes, à l'instar de la France, 65 % des salariés relèvent d'entreprises de moins de 50 emplois, souvent dépourvues de dispositions sociales internes.
- Une écoute basée sur la vie professionnelle.
- Il n'y a ni examen ni prescription ni médicament ni rémunération à l'acte des professionnels (le contrat de travail des médecins a été approuvé par le Conseil de l'ordre).
- Les salariés consultants s'acquittent d'une adhésion au dispositif pour accéder aux prestations d'accueil.
- Il vise à ce que le salarié consultant agisse sur sa situation. Nous n'intervenons pas à sa place, même en accompagnement, dans l'entreprise.

L'équipe pluridisciplinaire est formée de trois médecins du travail, un psychologue spécialisé travail, une psychodynamicienne, un juriste de la FNATH, chacun en temps « disponible » au-delà de sa propre activité professionnelle. Cumulé, le temps d'accueil est de 1,2 salariés équivalent temps plein. C'est aussi la résultante du financement possible car l'équipe est rémunérée. L'activité est coordonnée par la secrétaire générale de la mutuelle. Une assistante à temps partiel s'affaire au domaine administratif et financier.

Fonctionnement

Le premier accueil est exclusivement téléphonique

Après réflexions et expériences, nous avons opté pour une professionnalisation de l'accueil téléphonique, tenu par un médecin.

3 types d'accueil sont identifiés :

- le salarié est au travail, l'entretien est bref, le fonctionnement du dispositif décrit et un rendez-vous physique est fixé ;
- le salarié est en arrêt, l'entretien est plus long avant que ne soit fixé un rendez-vous physique ;
- une réponse experte téléphonique suffit.

Accueil clinique

Le premier entretien consiste en une mise en récit, ininterrompue et en détail, de la situation vécue (2 à 3 heures). Ce cadre « généreux » offre la possibilité d'être, de penser, d'exprimer ses valeurs à partir de l'analyse de l'activité et d'entrevoir des possibilités, ce qui souvent paraissait impossible. Au besoin d'autres rendez-vous sont fixés avec ou sans réorientation (clinique ou juridique).

Accueil juridique

Il permet d'informer le consultant de ses droits et de lui délivrer des éléments qualitatifs sur les durées de procédures et les engagements psychologiques qu'elles peuvent sous-tendre. Il permet aussi d'informer des interlocuteurs existants (DP, DS, CE, CHSCT, inspection du travail, médecin du travail). En fait, l'avis juridique accompagne vers une prise de décision. Si le consultant souhaite engager une procédure, nous l'orientons alors vers la FNATH.

Le temps moyen par consultant s'établit ainsi :

● accueil téléphonique	0h45
● avis juridique	1h30
● accueil médical ou psychologique	5h00
Total	7h15

Après de nombreux échanges et expertises de dispositifs, nous avons opté pour des accueils par un seul professionnel, alors que, en d'autres endroits, il est organisé à 2 voire 3

intervenants. Cette décision résulte du mode de conduite et des temps importants d'entretiens, notamment à l'occasion du premier rendez-vous. Autant que faire se peut, c'est l'orientation téléphonique qui dirige vers tel ou tel professionnel. Mais les contraintes de présence ou de temps influent aussi sur le choix de l'intervenant. Il est aussi possible d'opérer un changement, en cours de parcours, au regard de la situation. Il faut noter que le parcours complet peut prendre plusieurs mois, voire déborder d'une année sur l'autre, au regard d'événements professionnels influant sur le consultant. Un temps d'assimilation peut être alors nécessaire avant un autre rendez-vous.

Si l'activité apparaît a priori individuelle, l'échange est permanent entre les professionnels qui se connaissent. Certains ont d'ailleurs fait évoluer leur pratique ou appréciation, par exemple, entre la partie professionnelle et personnelle.

3 à 4 fois par an, l'équipe et des administrateurs se réunissent pour commenter une situation présentée à tour de rôle. Il y a alors débat et échange sur les pratiques et les considérations de tel ou tel aspect. C'est aussi dans ces moments que se posent des questions comme l'ouverture du dispositif aux non-salariés (un avocat nous avait sollicité), l'organisation de la restitution des acquis aux partenaires sociaux. Cela fait bouger les concepts et postures vis-à-vis des composantes du mouvement social ou des entrepreneurs.

Caractéristiques des consultants

Bien souvent les salariés bénéficiaient d'un accompagnement ou d'une prise en charge (médecin, psychiatre, psychologue), mais elle ne prenait pas en compte le travail. Le médecin du travail représente davantage une aide au plan médico-administratif (inaptitude, aménagement, déclaration de maladie professionnelle...) qu'une aide à penser la situation dans laquelle se trouve le consultant. Ce qui est aisément compréhensible au regard des conditions d'exercice de la médecine du travail et de l'organisation des services de santé au travail. Le soutien social (assistante sociale, syndicaliste, juriste) propose souvent une démarche de conflit et rarement une tentative de compréhension

de la situation. La nature des demandes recouvre ce que l'on connaît déjà des raisons de mal être au travail. Mais on vérifie que la notion de harcèlement revient régulièrement pour découvrir souvent qu'une désorganisation en est la cause (sans exclure la réalité de certaines situations).

Pour moitié environ, les salariés sont en arrêt de travail. Mais on assiste, après deux ans d'ouverture, à l'accueil de consultants en souffrance depuis moins longtemps que les premiers. Ce qui donne à voir une meilleure intervention préventive même si elle relève encore parfois plus du tertiaire que du secondaire. Mais nous recevons beaucoup moins de salariés en arrêt depuis des années ou ayant déjà pensé à se donner la mort.

Sources d'entrée dans le réseau

Après plusieurs adresses et relances auprès des groupements mutualistes et des organisations syndicales, nous avons acté l'insuffisance de ces circuits. C'est l'adresse écrite aux 1 200 médecins généralistes de la place lyonnaise, ainsi qu'aux assistants sociaux et permanences, qui a permis le décollage de l'activité. Aujourd'hui encore, les médecins généralistes sont les premiers pourvoyeurs du dispositif. Viennent ensuite les médecins du travail, la FNATH, les syndicats, les mutuelles et, pêle-mêle, les avocats, les mairies, les relations, la presse, etc. Le développement des articles et les sollicitations d'interventions que nous connaissons actuellement devrait aussi permettre une meilleure diffusion de la connaissance du dispositif auprès des salariés démunis d'organisation sociale ou isolés.

Évaluation de l'action

À la demande conjointe du Conseil régional et du mouvement mutualiste (également financeur), mais aussi dans un souci de retour d'activité, nous avons procédé à une première enquête d'évaluation. Elle consistait en un questionnaire en 6 parties, adressé à des salariés consultants ayant terminé leurs entretiens en juin 2007.

63 % des accueillis sont issus du privé, 27 % du secteur public et près de 8 % de l'économie sociale. Le reste n'ayant pas répondu.

63 % sont ouvriers/employés, 12 % professions intermédiaires, 18 % cadres et 5,5 % cadres supérieurs, le solde correspond aux non-réponses.

Les femmes sont les plus nombreuses et représentent 62 % des consultants.

Au total, 60 % sont âgés de 41 à 60 ans, 18 % de 31 à 40 ans et 8 % de 20 à 30 ans.

12 % ont bénéficié des 4 accueils physiques possibles par l'adhésion et le reste se répartit équitablement entre 1, 2 et 3 rendez-vous.

62 % affirment que le dispositif leur a permis de « refaire surface », 20 % non, le reste se partage entre modérément et non-réponse.

94 % valorisent l'extériorité du dispositif comme première raison de leur venue.

71 % sont toujours dans la même entreprise, 45 % d'entre eux ont changé de poste.

25 % ont changé d'entreprise.

20 % sont toujours en arrêt de travail (la moitié à leur arrivée).

6 % disent avoir arrêté la prise de médicaments.

100 % des répondants conseilleraient le dispositif à leur entourage si besoin.

Construction financière et gestionnaire

À hauteur de 42 000 €, le Conseil régional finance un peu plus de la moitié du dispositif, le solde provenant des Mutuelles de France. L'adhésion des consultants a été fixée, en 2006, à 20 €, en référence au 1er tarif conventionné Sécurité sociale d'une consultation médicale. Nous n'avons pas appliqué les revalorisations. Cette adhésion, symbolique du point de vue du financement, fait, par contre, intérêt dans le statut des consultants et la relation qui s'établit entre cotisation et droit aux prestations. La gratuité aurait aussi pu marquer le dispositif d'une connotation dévalorisante. Mais, nous invitons les mutuelles à organiser une prise en charge possible, y compris en tiers payant. Elles pourraient avec cette disposition valoriser leurs prestations. Le conseil d'administration est formé des mutuelles qui adhèrent (là encore symboliquement financièrement) à la mutuelle. Nous avons ouvert aux salariés consultants les postes de délégués à l'assemblée générale, pour qu'ils puissent exprimer leur point de vue sur la vie de la mutuelle, conformément à l'ambition du dispositif qui est de les rendre acteurs de leur situation. À l'expérience, ils participent, mais il n'est pas aisé de dissocier temps de parole personnel et expression sur la vie du dispositif...

Perspectives

Nous avons, dès le départ, souhaité créer un réseau régional, comme son nom l'indique. Le Conseil régional l'affiche, par ailleurs, dans ses conditions de contribution. À ce jour, nous serions en capacité professionnelle et mutualiste d'ouvrir des antennes de la Mutuelle sur 2 voire 3 autres départements de Rhône-Alpes. Mais, nous nous heurtons à des difficultés de financement. Le mouvement mutualiste ne peut le faire seul, contraint par des obligations de réserves financières exorbitantes au regard de l'activité traditionnelle. Mais, aussi, parce que le dispositif étant ouvert à tous, il agit comme service public de santé et devrait bénéficier de financement public. Des demandes et des envies émanant d'autres régions nous conduisent à réfléchir à une organisation plus nationale



Thierry BRAILLON,
Président de la Mutuelle
ST-RRAP

Souffrance et Travail – Réseau régional d'accueil et de prévention, 31 rue Mazenod - 69426 Lyon cedex 03
Tél. : 04 72 60 86 14
Courriel : souffrance-et-travail@wanadoo.fr
Régie par le Code de la Mutualité sous le n° 488 613 936

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (sous la direction de l'AFSSET)

Le Plan Santé Travail (2005 - 2009) prévoit le développement des connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel. Un des outils pour y parvenir est l'extension du RNV3P.

Qu'est-ce que le RNV3P ?

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) est un réseau d'experts qui recense, à l'occasion des consultations de pathologies professionnelles en centre hospitalier universitaire (CHU), de façon systématique et standardisée, l'ensemble des problèmes de santé au travail. Les centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) sont dirigés par des professeurs spécialisés en médecine du travail et ont pour principale mission de mettre leur expertise au service des médecins généralistes, des médecins du travail,

des spécialistes... Ce réseau est opérationnel depuis janvier 2001, sous forme d'un serveur national connecté à 30 terminaux répartis dans les CCPP. Les données de la base sont accessibles par interrogation multiple via une interface web sécurisée.

Outre les centres de consultation de pathologies professionnelles, les services de santé au travail et de prévention (SST) recueillent, en milieu de travail, également des données relatives aux pathologies professionnelles. Il est souhaitable d'associer leurs données à celles des centres de consultation de pathologie professionnelle pour obtenir une connaissance large des problèmes de santé au travail. En 2007, l'extension du réseau touchera 6 services de santé au travail et de prévention.

Source : www.afsse.fr

Agir dès maintenant pour faire face aux risques psychosociaux De la « consultation souffrance et travail » à la « cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux »

Historique

La consultation Souffrance et Travail (2001-2005)

En 2001, à l'initiative de l'Association des accidentés de la vie (FNATH), une consultation Souffrance et Travail a été mise en place pour répondre aux situations de détresse psychologique de personnes en difficulté dans leur travail, parfois en situation de handicap, ou victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Cette expérience a fonctionné pendant quatre ans grâce au soutien du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, du Conseil régional d'Île-de-France et de la Mairie de Paris. L'objectif initial était d'apporter un soutien psychologique à des personnes qui y ont difficilement accès dans le système de soins actuel et de développer la coopération entre les différents acteurs concernés (médecins, travailleurs sociaux, juristes) de façon à améliorer la cohérence de la prise en charge et à réduire le risque d'exclusion.

Très vite, la consultation a été envahie par les situations de « souffrance au travail » : stress, surmenage, conflits, dégradations des relations de travail, harcèlement. Dès le début, l'équipe pluridisciplinaire a cherché à développer les échanges avec les différents professionnels et acteurs sociaux, ce qui a permis une évolution rapide dans la façon d'appréhender ces questions.¹

La cellule d'appui à la prévention des risques psycho-sociaux (2006)

Après une interruption de 18 mois, l'expérience a repris en septembre 2006, portée cette fois par l'Union des Mutuelles d'Île-de-France (UMIF), en partenariat avec le groupement FNATH de la Région parisienne, grâce au soutien du Conseil régional et de la Direction régionale du travail (DRTEFP Île-de-France). Le projet de cette deuxième étape, rebaptisé « cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux », privilégie, au-delà de l'accueil des personnes en souffrance, l'aide aux collectifs de travail pour agir en prévention.

Une approche pluridisciplinaire et pragmatique

Travail pluridisciplinaire et coordination des acteurs

L'équipe de la cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux est composée de 3 psychologues (16 heures par semaine), d'un sociologue (15 heures) et d'un médecin du travail (4 heures), l'ensemble équivalant à un temps plein. Nous travaillons en lien direct avec les juristes de la FNATH pour les dossiers nécessitant des démarches médico-administratives ou une analyse juridique.

Notre cellule ne se substitue pas aux acteurs institutionnels (professionnels de santé au travail) ni aux acteurs de l'entreprise ; au contraire nous recherchons la concertation avec eux afin de faciliter les démarches ou initiatives permettant de construire une solution. Dans cet esprit nous avons organisé à plusieurs reprises des réunions-débats avec tous les partenaires : médecins du travail, juristes et avocats, syndicalistes et mutualistes, intervenants en prévention des risques professionnels, quelques responsables ressources humaines... Des personnes reçues en consultation ont également participé de façon ponctuelle à ces réunions. Ces échanges permettent d'évoluer dans la compréhension des problèmes autant que dans les actions à entreprendre ; ainsi nous avons le sentiment de participer à une sorte de réflexion-action avec l'ensemble des personnes et des acteurs rencontrés dans le cadre de notre activité.

Accueil et soutien psychologique

Le soutien psychologique est souvent indispensable pour permettre à la personne de retrouver confiance et estime de soi, afin d'être capable de faire face à la situation et « reprendre les rênes ».

Il est centré sur la question du travail et est, en général, de courte durée. La prise en charge de plus en plus précoce au cours de notre expérience montre à quel point ce soutien, s'il intervient suffisamment tôt, peut permettre d'éviter la dégradation des

L'activité de la consultation en quelques chiffres

Près d'un millier de personnes ont été reçues depuis 2001. L'accès est gratuit.

Les personnes sont orientées le plus souvent par les médecins du travail (un peu moins de 50 % des cas), par les associations, l'Association contre les violences faites aux femmes au travail (AVFT) en particulier, (10 %), les syndicats (7 %), l'inspection du travail (4 %), les assistantes sociales (4 %)... Il s'agit le plus souvent de femmes (78 %), en emploi stable (CDI 80 %, fonction publique 14 %), avec une ancienneté importante (10 ans en moyenne). L'âge moyen est de 42 ans. Le niveau d'études est plutôt élevé (dans 60 % des cas supérieur au bac).

Les entreprises importantes sont plus représentées (40 % des personnes viennent d'entreprises supérieures à 200 salariés, seulement 17 % d'entreprises de moins de 10 salariés). Les ¾ des salariés reçus travaillent dans le secteur privé, ¼ dans le public.

Les secteurs d'activité les plus représentés sont :

- santé et action sociale : 14 %
- commerce : 14 %
- services aux entreprises : 12 %
- administration publique : 12 %
- services collectifs, sociaux et personnels : 12 %

Les salariés protégés (DP, DS) sont surreprésentés : 8,6 %, ainsi que les travailleurs handicapés reconnus (RQTH) : 5,6 %.

¹ Cette première phase a fait l'objet d'un article dans la revue de la DARES, *Travail et emploi*, n° 97, janvier 2004, « Salariés en détresse: quelles réponses ? Une expérience pluridisciplinaire ».

situations et l'installation d'altérations très sévères de la santé. Ainsi nous avons plusieurs fois rencontré, au cours des premières années surtout, des personnes arrêtées depuis plusieurs mois et sous traitement psychotrope, pour lesquelles le retour dans l'entreprise était inenvisageable. L'arrêt maladie et le traitement symptomatique des conséquences sur la santé, s'ils sont parfois indispensables, ne peuvent suffire ; il est nécessaire de permettre à la personne de comprendre ce qui s'est passé au travail et d'où vient la souffrance.

Entre isolement et médicalisation, l'impasse de la souffrance psychologique au travail : analyse du psychologue.

Quelle que soit l'origine de la souffrance au travail, l'atteinte morale est toujours aggravée par le sentiment de non-reconnaissance du préjudice vécu par la personne. Compte tenu des peurs que soulève aujourd'hui la perte d'un emploi, l'individu a souvent tendance à rechercher d'abord une résolution silencieuse du problème. Les stratégies de dissimulation ou d'évitement des difficultés sont portées par l'espérance d'un retour spontané à la normale et par une volonté de préserver une bonne image sociale de soi. En même temps, l'entourage professionnel se détourne souvent du salarié en souffrance par crainte d'être associé, identifié à celui-ci. Pourtant, seule une réponse collective permet de rompre l'isolement et garantit une sécurité morale à chacun et dans l'action. Laisse à lui-même, le sujet se renferme jusqu'à la dégradation objective de son état de santé physique et/ou psychologique, très souvent jusqu'à la médicalisation. La prise de médicaments pour « tenir le coup » ou l'arrêt maladie stigmatisent le salarié au point qu'il devient « le problème ». Cette confusion a des effets dévastateurs sur le sujet qui, dès lors, s'enferme dans son mal-être, s'isole et ne bataille plus que pour sa propre survie, quand il ne s'abandonne pas. La souffrance apparaît comme la cause du problème et non plus comme une alerte, une conséquence de celui-ci. À défaut de réponses concrètes susceptibles de faire évoluer en interne la situation, l'arrêt maladie est souvent pour le salarié le premier signe d'une reconnaissance de sa souffrance, comme la perspective judiciaire serait le gage d'une reconnaissance et d'une réparation de l'injustice qu'il a subie.

Analyse globale de la situation

Dès le premier contact téléphonique et au cours du premier entretien, toujours réalisé à deux (psychologue et sociologue), la situation globale est prise en compte : relations avec la hiérarchie, les collègues, les représentants du personnel, acteurs présents (médecin du travail, inspecteur du travail...), démarches déjà engagées, leviers possibles, etc. La pertinence d'éventuelles démarches juridiques est analysée, en sollicitant, le cas échéant, l'avis d'un juriste de la FNATH ou d'un avocat.

Cohérence de la prise en charge

Ceci est une vraie difficulté car plus la situation est complexe, plus les interlocuteurs sont nombreux (médecins, travailleurs sociaux, juristes). Or, ils interviennent le plus souvent sans concertation, selon des logiques parfois divergentes. Cet éclatement des interventions est particulièrement contre-productif : il est coûteux, en temps et en énergie, il aggrave le sentiment pour le salarié d'être perdu entre des points de vue parfois contradictoires et contribue à l'empêcher d'agir.

Il paraît donc essentiel de créer les conditions d'un véritable travail en coopération des professionnels en charge des décisions déterminant l'avenir socioprofessionnel des personnes.

Au-delà de l'aide individuelle la prise de conscience collective

Plus la situation est prise en charge précocement, plus il est possible d'alerter la hiérarchie et de mobiliser, autour du salarié en difficulté, les représentants du personnel et/ou les collègues. Chaque fois que c'est possible, nous proposons à la personne qui s'est adressée à nous, de la recevoir à nouveau avec des collègues concernés, le(s) délégué(s) ou les membres du CHSCT... Cette démarche peut permettre de déclencher dans l'entreprise une dynamique visant en tout cas à rompre l'isolement, parfois à engager une véritable action collective. Quand on réussit à appréhender la dimension collective (les questions d'organisation du travail, de communication au sein de l'entreprise, etc.), cela modifie aussi l'analyse de la situation individuelle dont l'évolution se trouve transformée.

De plus en plus souvent, la cellule est sollicitée directement par des groupes de salariés ou des représentants du personnel qui cherchent de l'aide pour faire face à une situation difficile : analyser ce qui se passe, s'informer sur les outils disponibles, connaître le rôle des acteurs (service de santé au travail, inspection du travail, consultants externes...), identifier les démarches possibles, etc.

Aider ceux qui peuvent agir en prévention

Bien que les questions relatives au stress et à la charge mentale au travail soient désormais largement connues, et alors que de nombreux outils se sont développés pour les appréhender, nous constatons dans notre activité que, bien souvent, les salariés et leurs représentants ne maîtrisent pas ces évolutions. Ils continuent – peut-être même de façon aggravée – à se sentir démunis face aux difficultés qu'ils vivent ou ont à connaître au travail.

Très concrètement, les salariés et leurs représentants ont besoin :

- d'informations sur
 - les risques psychosociaux, de quoi parle-t-on ? Définitions des termes, état des connaissances sur les causes et sur les conséquences pour la santé,
 - les outils disponibles (document unique, droit d'alerte, fiche d'entreprise et plan d'activité du médecin du travail...),
 - le rôle des acteurs : instances représentatives du personnel (CHSCT), inspection du travail, service de santé au travail).

- d'un soutien extérieur : un endroit et des interlocuteurs pour parler de leur situation, réfléchir et trouver des pistes d'action ; d'une aide à proposer à ceux d'entre eux qui ne vont pas bien et ont besoin d'un soutien individuel.

L'expérience de la consultation, puis de la cellule d'appui, montre que les acteurs (professionnels et acteurs sociaux) sont très intéressés par les échanges pluridisciplinaires : nous avons organisé plusieurs réunions-débats qui ont donné lieu à des échanges très animés entre les différents partenaires. Ils ont permis à chaque fois d'avancer sur des questions très sensibles, comme l'inaptitude médicale, les actions judiciaires, la coordination entre les différentes institutions, la mobilisation dans l'entreprise. La construction d'un réseau, permettant à des salariés isolés ou à des collectifs de trouver de l'aide, de s'appuyer sur d'autres expériences et d'échanger des savoir-faire, est d'une grande

utilité. Il offre la possibilité de répondre rapidement, de façon très réactive, à des salariés en difficulté ou à des professionnels confrontés à des situations complexes. Dans ces situations, le fait de pouvoir « prendre de la distance » en réfléchissant à l'extérieur de l'entreprise est essentiel, tellement les tensions émotionnelles sont fortes.

Constats et perspectives

Après sept années d'expérience, nous pouvons faire certains constats et dégager quelques perspectives. La gravité des atteintes à la santé et leur caractère parfois irréversible font de la question des risques psychosociaux un enjeu majeur en santé au travail. Le repérage et la prise en charge précoce des situations sont l'arme la plus efficace pour prévenir ces évolutions dramatiques. Le rôle d'alerte du médecin du travail devrait être, ici, essentiel.

Passer de l'individuel au collectif : un exemple concret

Mme A., 32 ans, est agent commercial dans une entreprise de transports publics. Lorsque nous l'accueillons, elle est en arrêt maladie depuis un mois. Elle souligne avoir eu dans un premier temps de bons rapports avec sa hiérarchie (dans un contexte de concurrence entre les agents commerciaux), jusqu'à ce qu'une nouvelle responsable soit nommée, il y a un an et demi. Mme A. estime avoir, à partir de ce moment, subi un harcèlement de la part de cette responsable, qu'elle décrit comme ayant un « caractère autoritaire » et une « nature perverse ». Mme A. a alerté un responsable de niveau hiérarchique plus élevé, qui est intervenu auprès de la responsable, mais celle-ci n'a pas changé de comportement.

Mme A. dit s'être « effondrée », il y a un mois : le médecin du travail a déclenché l'arrêt maladie, avec consultation d'un psychiatre et orientation vers notre cellule.

Mme A. veut savoir si ce qu'elle a subi est du harcèlement et souhaite avoir un suivi psychologique, lors de la consultation, afin d'« avancer » : elle veut qu'on l'aide à reprendre son poste de travail et à affronter la responsable, mais également à faire sanctionner les agissements de celle-ci (pour qu'elle cesse de nuire à d'autres agents) et à obtenir réparation. Mme A. nous montre un dossier qu'elle a constitué : elle a écrit 200 pages décrivant les problèmes qu'elle a rencontrés, en s'aidant de la consultation de sites internet.

En quoi consistent les problèmes vécus par Mme A. au travail ?

Commentaires

- Soulignons d'abord le caractère extérieur de notre cellule : notre équipe reçoit des salariés qui formulent des plaintes et des critiques sur leurs conditions de travail, mais n'intervient pas dans l'établissement des faits posant problème ; nous renvoyons vers les acteurs internes de l'entreprise (hiérarchie, représentants du personnel, médecin du travail) et, le cas échéant, vers les acteurs extérieurs pouvant intervenir dans l'entreprise (inspection du travail, IPRP, experts...)
- Ce cas permet de montrer le passage d'une formulation individuelle à une formulation collective du problème : ici, la salariée reçue par notre équipe demande une intervention sur un harcèlement moral, présenté comme le fait d'une « personnalité perverse narcissique » (Mme A. a lu le livre de M.-F. Hirigoyen et exprime son problème en ces termes) ; la seule solution qu'elle envisage est la condamnation de la personne identifiée comme « coupable ». L'orientation vers les délégués du personnel et la discussion avec la représentante au CHSCT permettent de reformuler le problème sur un mode collectif (organisation du travail, structure des rapports hiérarchiques...) qui concerne en fait l'ensemble des salariés et, donc, d'envisager des réponses collectives.

Les acteurs qui peuvent agir dans l'entreprise, à commencer par les salariés eux-mêmes ou les chefs d'entreprises dans les très petites entreprises (TPE), sont démunis. Ils méconnaissent souvent les outils disponibles. Ils sont très demandeurs d'aide. La mobilisation dans l'entreprise peut être efficace : dans le domaine des facteurs psychosociaux, parler est déjà agir car cela permet de combattre deux éléments très délétères : l'isolement des personnes en difficulté et l'évitement des questions par les autres. Cette mobilisation représente pour nous l'alternative aux écueils de la médicalisation et/ou de la judiciarisation.

Grâce au réseau de ressources et de partage d'expériences, rassemblant acteurs sociaux et professionnels en santé, prévention et droit social, nous souhaitons développer la réflexion sur l'approche pluridisciplinaire de ces questions, aider les représentants des salariés à appréhender les facteurs psychosociaux et à prendre leur place dans les entreprises pour y faire face, contribuer à l'évolution des pratiques en santé au travail.



Marie PASCUAL,
Médecin du travail

Jean-Yves Blum LE COAT
Sociologue,

Stéphanie VASSEUR
Psychologue clinicienne,

Souffrance et Travail. Cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux UMIF
Centre national de santé
4 avenue Richerand - 75010 Paris

Formation Diagnostic et prise en charge des patients

Certificat de spécialisation de psychopathologie du travail
Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)
Chaire Psychanalyse-Santé-Travail

Ouverture en 2008-2009

Responsable scientifique : **Christophe Dejours** | Conseillère pédagogique : **Marie Pezé**

Les pathologies mentales associées au travail sont de plus en plus fréquentes. Dans la plupart des cas, les formes cliniques de décompensation étaient déjà connues de longue date, c'est, alors, seulement leur incidence accrue qui marque la période actuelle. Quelques formes toutefois sont nouvelles. Les problèmes cliniques conduisent les travailleurs malades aux consultations des médecins du travail, en priorité, mais aussi des médecins généralistes, des psychologues du travail et des psychiatres. Il faudrait ajouter à cette liste le cas particulier des délégués qui, dans les entreprises, participent aux Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et sont impliqués dans la prévention et les actions qui concernent la santé mentale au travail. Ces praticiens, pour la plupart, éprouvent des difficultés non seulement dans la prise en charge des malades, mais, en amont déjà, au niveau du diagnostic. Pourquoi ? Parce que le diagnostic ne peut pas en rester ici au recensement des symptômes et des syndromes. Le diagnostic doit aussi être étiologique, parce que c'est l'étiologie qui est décisive pour orienter l'action rationnelle en matière de soins. Or, c'est au niveau de l'enquête étiologique que les connaissances médicales, psychologiques et psychiatriques conventionnelles sont insuffisantes. Lorsque dans une décompensation psychopathologique, le malade rattache la crise actuelle aux contraintes de son travail dont il dit qu'il ne peut plus les endurer comme il le faisait auparavant, qu'est-ce qui dans la symptomatologie actuelle ressortit à la situation de travail, qu'est-ce qui vient de sa vulnérabilité psychique personnelle, qu'est-ce qui résulte d'éventuels conflits dans l'espace privé ?

Pour répondre à ces questions qui se posent dans la pratique ordinaire avec chaque nouveau patient, il faut mobiliser des connaissances spécifiques dont les unes relèvent des sciences du travail et les autres des sciences sociales. Des recherches interdisciplinaires ont été menées depuis 20 ans sur ces questions entre cliniciens du travail, d'un côté, ergonomes, sociologues, économistes, juristes, linguistes, anthropologues, philosophes, de l'autre. Ces travaux ont permis de procéder à une intégration des multiples dimensions du rapport entre santé mentale et travail, dans une théorisation cohérente sous le nom de « psychodynamique du travail ». Les résultats de ces recherches ont donné naissance à de nombreuses réunions scientifiques internationales, organisées depuis 1997 par le CNAM (la dernière en date étant celle du 25 janvier 2008), et à la création d'une revue internationale, « *Travailler* », indexée sur les bases de données depuis 1998, publiée par le laboratoire de Psychologie du travail et de l'action du CNAM (Équipe d'accueil 3203). Une longue expérience de l'enseignement universitaire et post-universitaire a été accumulée dans le domaine de la santé mentale au travail qui a conduit à la création, en 2005, d'une nouvelle chaire au CNAM consacrée à ce domaine (Chaire Psychanalyse-Santé-Travail). Les praticiens, convoqués dans leur pratique par ces nouvelles questions psychopathologiques, sont devenus extrêmement nombreux et éprouvent le besoin d'une formation spécialisée et prolongée auquel les colloques et congrès, rassemblant un public en trop grand nombre, ne répondent pas de façon idoine.



Le syndicalisme et les risques liés aux FPS : enjeux et bousculement pour les syndicats

Il ne se passe pas une semaine sans que la question du stress, de la souffrance au travail, soit évoquée par les grands médias comme dans la presse syndicale, laissant à penser que le stress est une partie intégrante de la relation de l'individu au travail. La dématérialisation du lien entre travail et contrat de travail (temps de travail, rémunération, qualification...) conforte cette banalisation de l'existence d'un mal être, d'un malentendu permanent entre l'attente des salariés et celle des entreprises.

Pourtant, les salariés ont trouvé dans la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 sur le harcèlement moral un cadre légal pour exprimer leurs difficultés, bien que le plus souvent leur situation ne relève pas forcément du harcèlement moral tel que défini dans la loi. De leur côté, les organisations syndicales ont perçu dans cette loi une mise en cause des organisations de travail et des méthodes de management ainsi qu'un lien entre dégradation des conditions de travail et atteinte à la dignité pouvant altérer la santé mentale

Les organisations syndicales ont été confrontées à l'émergence de témoignages de salariés sur le vécu de leurs difficultés, du fait des changements de méthode d'évaluation, de l'absence de reconnaissance, de la perte de soutien social et du durcissement des relations humaines. Cette situation nous a contraints à revoir nos pratiques en matière d'approche des questions de santé au travail bien que celles-ci ne soient pas nouvelles pour le mouvement syndical, car la lutte pour la reconnaissance des atteintes à la santé physique fait partie de l'histoire du mouvement ouvrier. L'approche des atteintes à la santé mentale est une dimension nouvelle que nous avons eu du mal à prendre en compte dans nos pratiques, nous avons donc été amenés à nous interroger sur ce sujet.

En prenant appui sur le cadre légal, nous avons eu une approche basée sur la dénonciation de la dégradation des conditions de travail et la remise en cause des méthodes de management, portée par les élus du personnel dans les instances de représentation du personnel (CHSCT, CE). Notre intention était, d'une part, de placer l'employeur face à sa responsabilité en matière d'organisation du travail et, d'autre part, à ses obligations légales en matière de protection « de la santé physique et mentale de ses salariés ». Nous nous sommes ainsi placés du côté de la dénonciation des difficultés exprimées par les salariés, nous avons légitimé et étayé nos arguments en ayant recours à des expertises. Le travail avec les experts nous a apporté des éléments de compréhension sur la complexité de la relation des individus au travail, en mettant parfois en évidence des attentes des salariés que nous sous-estimions syndicalement, comme, par exemple, le besoin d'être reconnu individuellement et non seulement collectivement ou le besoin d'évaluation, notamment, chez les encadrants.

Rapidement, nous avons constaté que, malgré la qualité de nos arguments, la question de l'organisation du travail dépendait exclusivement, du point de vue de l'employeur, de son pouvoir décisionnaire et il n'entendait pas justifier de ses choix organisationnels, adoptant le plus souvent une attitude de déni de la réalité sur les dysfonctionnements. Face à cette attitude, les postures se sont rigidifiées ; nous avons développé des stratégies de défense, qui nous ont conduits à multiplier les recours à l'externe (saisines de l'inspection du travail et des tribunaux afin de faire juger les écarts aux règles). Si nous avons connu quelques succès

dans nos recours, le plus souvent, les confrontations de point de vue entre les élus et les directions ne permettaient pas de faire évoluer la situation, chacun restant dans sa posture : les élus dans la dénonciation, les directions dans la défense de leur organisation, et les salariés, peu associés à la démarche, placés, quant à eux, en position d'arbitre.

Certain élus ont ressenti la nécessité de donner le point de vue des salariés sur le travail, d'aller plus loin dans l'analyse du travail, de faire émerger les écarts entre le travail prescrit et le travail réel, de mettre en évidence les contraintes paradoxales dans lesquelles se trouvent les salariés et de leur redonner des espaces de parole afin de leur permettre d'élaborer des propositions. Investir la question de la santé au travail à partir de la réalité du vécu des salariés passe, de facto, par un changement d'approche syndicale sur ces questions. Cela a fait l'objet de débats dans nos organisations.

Comment être, à la fois, sur la dénonciation, le rejet des projets d'entreprises qui portent sur la réduction des effectifs, l'intensification du travail, l'externalisation, la paupérisation des emplois... et intervenir dans l'analyse des situations de travail, faire des propositions, dans les CHSCT ou les CE, sur le contenu du travail, l'autonomie, la reconnaissance, le sens du travail ? Comment éviter le risque de l'engagement dans une démarche d'accompagnement des transformations des entreprises ?

Les directions d'entreprise, qui ne peuvent plus nier l'existence des facteurs psychosociaux, ont recherché des méthodes à la fois pour maîtriser l'impact sur la santé des salariés et répondre à leur obligation légale de prévention, et souhaitent obtenir l'adhésion des élus en CHSCT. Un numéro vert d'écoute psychologique en réponse à la situation dégradée dans les centrales nucléaires, une négociation sur le stress qui évoque très peu les questions d'organisation de travail, des séances de relaxation sur les lieux de travail... autant de propositions qui tentent de limiter la question du mal être au travail à la seule dimension individuelle, évitant l'ouverture d'un large débat sur les organisations de travail. Cette situation nous a fait réfléchir sur nos pratiques et nos méthodes de travail, elle nous a permis de redéfinir notre objectif : sortir du constat du mal être pour réinvestir le sens et les conditions d'exercice du travail, ce qui n'est pas opposable à l'analyse que nous portons sur les projets d'entreprises, bien au contraire. Nous sommes convaincus que notre réappropriation des questions de travail nous permettra de redonner aux salariés des espaces d'intervention, de décisions qui peuvent ouvrir sur d'autres questionnements et, ainsi, redonner sens à la construction revendicative d'une redéfinition de nos attentes sur le travail. Nous avons engagé un travail d'analyse et de réflexion, avec nos structures syndicales et nos adhérents, lors d'un colloque sur le thème « Pour vivre le travail autrement, reprendre confiance dans l'intervention collective ». Nous faisons de ce thème un des axes majeurs de notre activité syndicale.



Isabelle MICHEL-RAIMBAULT,
Secrétaire UFICT-CGT,
Mines-Énergie

Les vols à main armée : une violence faite aux salariés les plus fragilisés

Depuis 1983, l'Association d'aide aux victimes d'actes de délinquance (AVAD) accueille toute personne victime, directe ou indirecte, d'une infraction pénale : violence volontaire, agression sexuelle, viol, homicide, vol, cambriolage, escroquerie... Elle est fédérée à l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) et conventionnée avec la Cour d'appel d'Aix-en-Provence. Son champ de compétence territoriale est celui du ressort du Tribunal de grande instance de Marseille. L'association, sous une direction unique, est composée de 2 services, le service d'aide aux victimes (SAV) et le service d'urgence (SAVU).

Le service d'aide aux victimes propose une prise en charge globale :

- écoute et soutien,
- information sur les droits et la procédure pénale,
- accompagnement dans les démarches,
- orientation (services de police, juridictions, avocats, services sociaux, caisses d'assurance maladie, banques, associations, assurances...),
- suivi psychologique.

Outre la permanence principale, au siège de l'association, rue de la République à Marseille, trois antennes fonctionnent à Aubagne, à La Ciotat et au Tribunal correctionnel. Des permanences ont lieu également dans les commissariats d'Aubagne et de Plan-de-Cuques. Une équipe de 12 professionnels compose ce service : 1 chef de service, 7 accueillants-juristes, 1 secrétaire et 3 psychologues. Le service est financé par le ministère de la Justice, le Conseil général des Bouches-du-Rhône, le Conseil régional PACA, la Préfecture des Bouches-du-Rhône et les villes de Marseille, Aubagne, La Penne-sur-Huveaune, La Ciotat, Allauch et Plan-de-Cuques. En 2007, le SAV a pris en charge 2 061 victimes d'infractions pénales.

Un service d'urgence, le Service d'aide aux victimes en urgence (SAVU), a été créé en 2003 par l'AVAD, à la demande du ministère de la Ville. Ce service intervient immédiatement après les faits et sur saisine exclusive des services de police et du parquet de Marseille, pour les infractions les plus graves :

- morts violentes (homicides, accidents, suicides),
- violences graves,
- viols et agressions sexuelles,
- vols à main armée,
- violences conjugales,
- vols importants auprès de touristes,
- ... ainsi que pour des infractions commises au préjudice de personnes vulnérables ou toute agression génératrice d'un traumatisme sérieux au regard des circonstances.

L'équipe du SAVU est mobile et le service est ouvert du lundi au vendredi de 10 h à 24 h et le samedi et les jours fériés de 14 h à 24 h. Elle est composée de 9 professionnels : 1 chef de

service, 7 intervenants aide-aux-victimes et 1 secrétaire. Une psychologue peut intervenir ponctuellement pour des prises en charge en urgence.

Les intervenants assurent :

- soutien moral et assistance,
- accompagnement lors des premières démarches consécutives à l'infraction (déplacements à l'Unité de médecine légale, à l'hôpital, aux audiences de comparution immédiate ; formalités suite à un décès ; recherche d'hébergement d'urgence ; rapatriement ; contact avec les assurances, les banques, les services sociaux...),
- information sur les droits (constitution de partie civile, indemnisation, aide juridictionnelle...) et sur le déroulement de la procédure.

Le SAVU est financé par la Délégation interministérielle à la Ville, la Préfecture des Bouches-du-Rhône, la Ville de Marseille, le Conseil général des Bouches-du-Rhône et le Conseil régional PACA. En 2007, le service a pris en charge 881 personnes (victimes et entourage).

Une situation alarmante

Depuis quelque temps, les deux équipes sont confrontées de manière préoccupante à la montée des vols à main armée, plus particulièrement, dans les petits commerces et les surfaces de discount alimentaire. Dans le rapport d'activité 2006, le président de l'association s'inquiétait de l'évolution de cette criminalité et notait que les professionnels de l'AVAD se trouvaient souvent démunis face à ce problème. Les modalités de prise en charge s'avèrent peu adaptées à ces faits et les réponses apportées souvent insatisfaisantes. Il signalait par ailleurs que le contexte socio-économique dans lequel s'inscrivait cette nouvelle délinquance était généralement précaire.

Nous avons tenté de rassembler, ici, quelques éléments de réflexion qui pourraient contribuer à sensibiliser le monde de l'emploi à cette problématique et susciter un débat entre les différents professionnels concernés. Ces réflexions, issues de la pratique de l'association, concernent plus spécifiquement Marseille, ville qui semble spécialement touchée ces dernières années par cette criminalité.

Les commerces concernés

Les commerces cibles sont pour beaucoup les discounts alimentaires, situés dans des quartiers périphériques. Le rapport récent, *Un commerce pour la ville*, rapport au ministre du Logement et de la Ville, constate que l'implantation des enseignes de hard discount dans des zones sinistrées engendre un fort sentiment d'insécurité pour le personnel, accentué par un manque de présence policière, un éclairage défaillant et un niveau insuffisant de systèmes de vidéosurveillance. Il souligne, par ailleurs, que si d'autres commerçants ne s'y installent pas,

Les vols à main armée : une violence faite aux salariés les plus fragilisés

c'est « en raison de l'obstacle majeur des problèmes de délits et de dégradation ». Il semble, de surcroît, que la géographie des sites d'implantation permet une fuite rapide après l'agression. Enfin, ces quartiers sont bien connus des auteurs qui la plupart du temps y vivent eux-mêmes.

Si les petits commerces sont également concernés, il ne s'agit plus seulement des commerces traditionnellement à risque (bijouteries, pharmacies...), mais de petites épiceries, de tabacs, d'enseignes de droguerie, et ceci principalement dans les quartiers les plus pauvres de la ville. La sécurité y est quasiment nulle, les vigiles en sont absents, le nombre d'employés insuffisant ; ces commerces sont assez isolés et pour certains ouverts le soir.

Dans les deux cas, les auteurs sont assurés de trouver dans ces quartiers à faible pouvoir d'achat de l'argent liquide : dans ces zones sensibles, où les habitants sont souvent en situation de précarité économique, les achats se font la plupart du temps en espèces (les magasins acceptent rarement les chèques, les clients ont rarement des cartes de crédit...)

Les employés victimes

Le contexte de vie des salariés victimes que nous avons rencontrés est bien souvent très difficile. Ce sont généralement des salariés pauvres et sous-qualifiés ; ils peuvent cumuler de très bas salaires avec des temps partiels subis, des contrats à durée déterminée. Il n'existe quasiment pas de possibilité de progression de carrière, de mutation ou de réorientation professionnelle.

Leurs conditions de travail sont difficiles : insuffisance d'emplois au sein des magasins, tâches ardues et répétitives, horaires contraignants, position debout fatigante... L'agression est une seconde violence qui vient se surajouter à celle des conditions de travail. En outre, il s'agit en grande majorité de femmes, non diplômées, et, assez souvent, en charge d'une famille monoparentale. Leur situation familiale et sociale est très fragile.

Dans ce contexte de grande précarité de l'emploi, la peur de perdre son travail annihile toute action après l'agression : même traumatisées, les victimes sont de toute évidence réticentes à s'arrêter ou à demander de l'aide. Ce sont des populations qui n'ont pas le choix : « *Il faut continuer à travailler, ne pas s'arrêter, ne pas penser qu'on a été en danger, car sinon comment continuer à aller travailler, à vivre ?* » Les personnes concernées sont caractérisées par une méconnaissance totale du droit du travail et des droits en général. Certaines nous ont dit « *Je ne peux pas me permettre de flancher* », « *De toute façon, on n'a pas le choix, il faut continuer* », « *C'est un marche ou crève* ».

Il existe désormais chez ces commerçants, salariés et gérants, un fort sentiment d'exercer un métier à risque. Et si la conduite à tenir en cas de vol à main armée est parfois abordée – très rapidement – dans le cadre des entretiens d'embauche, cela rend

paradoxalement la perception du métier plus dangereuse tout en banalisant la violence et les vols en question. L'idée d'une fatalité – « *Ça devait arriver* » entend-on souvent – est très présente. La réponse de l'employeur et la prise en charge varient beaucoup suivant l'importance de la structure, la présence ou non de syndicats. Dans les grandes enseignes, la possibilité d'être muté ou de changer de poste existe mais n'est plus guère mise en œuvre, compte tenu de l'ampleur du phénomène. D'après un gérant, « *On ne peut plus passer à l'arrière du magasin, moins exposé, les employés victimes ; il y en a trop* ».

Les exigences économiques sont telles que, même en cas d'agressions très violentes, le magasin ne fermera pas ses portes, ne serait-ce qu'à titre symbolique, pour permettre un temps de répit : « *C'est tellement fréquent, que peut-on faire ?* ». Et cette absence de réaction/prise de position est assez mal vécue par les salariés, qui l'interprètent comme la manifestation d'une indifférence à leur sort, d'autant qu'ils ne constatent que rarement une préoccupation de leurs employeurs pour améliorer leur sécurité à la suite de ces événements traumatisants.

Traitement judiciaire

Il existe un hiatus entre l'état de la société et l'état du droit, concernant ces vols à main armée. Les vols à main armée sont qualifiés d'atteinte aux biens : la « part » atteinte aux personnes n'apparaît qu'extrêmement rarement (dans des cas de violences très graves et de blessures). Peut-on imaginer une évolution de l'atteinte aux biens vers l'atteinte aux personnes comme celle qu'a connu l'abus de faiblesse ? Par ailleurs, bien que normalement qualifiés de crimes, les vols à main armée sont la plupart du temps correctionnalisés : la correctionnalisation étant la seule modalité de réponse à l'ampleur du phénomène et de gestion du flux pénal. Dès lors, le vol à main armée est fréquemment séparé en deux infractions : vol avec violences et port d'arme. C'est le cas pour les armes blanches mais, également, souvent pour les armes à feu quand les auteurs ne s'en sont pas servis. La comparution immédiate est d'ailleurs privilégiée comme traitement judiciaire des affaires simples, au vu de la nécessité d'une réponse sociale rapide, notamment, vis-à-vis des auteurs, qui sont essentiellement des mineurs ou des jeunes majeurs.

Un statut de victime rarement reconnu

Dans le cas des vols à main armée au préjudice de commerces, il existe une difficulté particulière, à savoir la limite incertaine entre le statut de témoin et celui de victime. Le préjudice est considéré avant tout comme matériel, il s'agit des biens volés : c'est le magasin qui est directement victime. La plainte sera donc prise en ce sens et les employés n'apparaîtront que très rarement à titre personnel dans la procédure, leur préjudice étant indirect, sauf, bien évidemment, s'ils ont été blessés

Ils ne se constituent, donc, pas partie civile et ne peuvent, dès lors, faire valoir leurs droits et prétendre éventuellement à une indemnisation. S'ils évoquent un préjudice psychologique, celui-ci est plus subjectif, plus difficile à évaluer, et parfois même plus « suspect ». Or, il n'est pas rare que nous rencontrions des personnes ayant subi dans le cadre professionnel plusieurs vols à main armée, parfois même six ou sept, qui développent à la dernière infraction un traumatisme violent, avec des effets dramatiques au plan psychique, entraînant des conséquences familiales, professionnelles et économiques très importantes. Il sera alors difficile de faire valoir leurs droits, notamment en terme d'indemnisation, si elles ne sont pas apparues dans les diverses procédures judiciaires.

Des problèmes psychologiques particuliers

Au regard d'autres agressions, ces vols à main armée appellent un certain nombre de remarques singulières concernant les modalités de survenance et les traumatismes engendrés.

Les auteurs sont souvent jeunes et peu « expérimentés » : cet « amateurisme » est très souvent perçu par les victimes et augmente leur peur face à l'agression. Par ailleurs, les victimes ont le sentiment du risque encouru sans pour autant y être préparées – formées ? –, ce qui ajoute à leur panique. La peur des représailles est plus souvent évoquée que dans d'autres agressions. Les victimes se sentent à nu : elles ont été identifiées par l'agresseur, qui sait où elles travaillent et les a, sans doute, auparavant épiées. Pire, elles ont le sentiment que l'auteur peut les retrouver aisément : elles pensent qu'il habite probablement le même quartier, qu'elles le connaissent peut-être. Il s'agit d'ailleurs, en effet, dans de nombreux cas, d'une délinquance de proximité. Cela explique sans doute partiellement les difficultés qu'elles ont à témoigner.

La scène, peut se dérouler de façon impressionnante (auteurs cagoulés, armes à feu exhibées, menaces...) évoquant pour les victimes des événements dramatiques, voire, dans certaines conditions, des actes de terrorisme et, presque toujours, l'existence d'un danger de mort. La position fréquente de domination de l'auteur, en général debout, face à une victime assise, et souvent aculée contre sa caisse, décuple le sentiment d'abandon. Les caissières sont d'ailleurs les plus touchées par les vols à main armée : si un coup de feu part, il peut atteindre leur visage. Ce sentiment d'extrême vulnérabilité nous a été rapporté à de nombreuses reprises au cours des entretiens. Le face à face entre un auteur cagoulé ou casqué, anonyme dont on ne voit que le regard, et la victime qui est à nu, dévisagée pendant un temps assez long, génère un traumatisme particulier, avec une forte intensité dramatique.

Les victimes sont à la fois plus traumatisées (conditions du vol à main armée, conscience du risque encouru, connaissance de

situations antérieures qui ont dégénéré), mais également moins choquées car elles ne se sentent pas directement visées (« *C'est le magasin* »). Dans un second temps, quand la peur et la colère immédiates sont dépassées, cela peut même ne plus être ressenti comme une atteinte personnelle. Certaines perçoivent aussi, intuitivement, que les auteurs sont de leur milieu, de leur cité, connaissent certainement les mêmes difficultés de vie. Elles ont de la colère, mais également, à côté du sentiment de fatalité dont nous parlions plus haut, parfois une certaine « compréhension » à l'égard des agresseurs, surtout s'ils ne se sont pas montrés violents envers elles.

Les réactions sont différentes selon les postes occupés par les employés et selon leurs personnalités. S'il existe souvent de la solidarité entre eux face à l'événement subi, il peut y avoir également des conflits, des reproches entre des personnes qui n'ont pas eu la même ligne de conduite : certains ont même pu fuir en laissant des collègues seuls. Les réactions du chef d'équipe ou du gérant au moment de l'agression sont extrêmement importantes pour les salariés, pour la confiance trouvée ou perdue. Cela augure de la suite possible et, notamment, de la prise en charge par nos services. On note, par ailleurs, une fréquente culpabilité évoquée par les vigiles quand ils ont été présents sur les lieux de l'agression : ils ont alors le sentiment d'avoir failli, de ne pas avoir été à la hauteur, d'avoir perdu la face vis-à-vis de leurs collègues. Tout cela a, bien sûr, un impact sur les relations de travail et sur la vie future de l'entreprise.

La nécessité de travailler en réseau

En matière de vols à main armée, il est d'évidence devenu nécessaire d'améliorer les prises en charge des salariés qui vivent de telles situations de violence, avec des répercussions parfois dramatiques sur leur vie quotidienne. Nous les avons entendus à plusieurs reprises exprimer cette douleur de vivre « *Depuis l'agression, je vais travailler tous les jours avec la peur au ventre* ».

Il est malaisé d'entrer en contact direct avec les employés victimes, les coordonnées qui nous sont communiquées étant en général celles de l'employeur. Ce dernier n'est pas toujours coopératif, mais, même s'il fait le lien avec ses employés, ceux-ci sont souvent suspicieux par rapport à l'aide proposée. En effet, leur première réaction est très fréquemment de la colère contre l'employeur qui n'a pas su les protéger (les personnes suivies se plaignent toujours des conditions d'insécurité dans lesquelles elles travaillent) : tout ce qui viendra de lui sera alors vécu comme négatif. En outre, elles ont souvent peur de se faire remarquer par l'employeur si elles se disent en difficulté et peuvent se sentir, de fait, potentiellement fragilisées par notre aide. Enfin, ces personnes ont souvent des difficultés à trouver du temps, compte tenu de leur situation sociale (femmes seules

Les vols à main armée : une violence faite aux salariés les plus fragilisés

avec enfants, horaires de travail lourds, peu de moyens de locomotion, vie difficile).

Paradoxalement, notre intervention est plus facilement acceptée lorsque les victimes ont subi plusieurs vols à main armée successifs. Plus fragiles, elles s'effondrent plus souvent : « *C'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase* ». Elles sont, alors, plus en capacité de demander de l'aide.

Nous avons constaté que ces personnels ne connaissent pas ou peu la médecine du travail, ignorent leurs droits (et notamment en matière de travail) et l'existence de l'inspection du travail. Les employeurs semblent, eux, ne quasiment jamais déclarer ces vols à main armée en accidents du travail. L'inspection du travail est alors peu au fait de l'ampleur du phénomène. Forte de ces constatations, l'association a mandaté, fin 2007, une chargée de mission pour rencontrer les partenaires potentiellement concernés par cette problématique et essayer de poser les bases d'un nouveau partenariat. Les services de police et de gendarmerie, les services de Justice, la direction départementale du Travail, la direction régionale du Travail, la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et les associations de médecine du travail de Marseille se sont tous montrés intéressés et disponibles, confirmant, pour les uns, notre hypothèse d'un phénomène en expansion et très préoccupant à Marseille et, pour les autres, leur relative méconnaissance de ce même phénomène.

L'AVAD ne peut seule apporter les réponses nécessaires à une réelle prise en compte de ces agressions et à une prise en charge efficace des victimes concernées. Il s'agit de fédérer les compétences des différents services, travailler en complémentarité et en bonne intelligence et construire des procédures adaptées et lisibles par les salariés concernés. Nous avons pour cela besoin d'analyser plus avant ce phénomène social inquiétant et nous mettre autour d'une table pour chercher de nouveaux moyens à mettre en œuvre, y compris en termes d'actions de prévention. Cela ne relève plus des compétences de notre association : nous n'en avons ni la légitimité ni les capacités scientifiques ni les moyens. Nous ne pouvons être qu'un outil d'approche et d'alerte au regard de phénomènes criminogènes nouveaux ou en évolution », tel que l'énonçait déjà le rapport d'activité précité.

Le phénomène qui nous préoccupe laisse des salariés déjà très démunis, fragilisés, et souvent précarisés, en situation d'abandon et, bien souvent, de grande détresse : il s'agit, d'une certaine manière, d'un problème de santé publique.



Edith MONSAINGEON
Directrice de l'AVAD

Des services publics face aux violences Concevoir des organisations source de civilité

par **Francis Ginsbourger**

Éditions de l'Anact, avril 2008, 144 p.

Francis Ginsbourger est économiste du travail. Il exerce une activité d'intervenant dans les entreprises et les services publics. Responsable de programmes au ministère de la Recherche et de la Technologie, puis à l'ANACT, associé jusqu'en 2006 du Cabinet DS et O, il est directeur du développement du Cabinet Atefo depuis 2007, ainsi que chercheur associé au Centre de gestion scientifique (CGS) de l'École nationale supérieure des mines de Paris.

Les agressions verbales, voire physiques, subies par les agents des services publics attirent la médiatisation : les incivilités font événement. Mais quelles en sont les causes ? Trop souvent, on se cantonne à constater une transformation du profil des usagers ou à déplorer l'affaiblissement des normes morales. Francis Ginsbourger fait une autre hypothèse.

S'écartant d'une analyse centrée sur la souffrance ou sur la victimisation, l'auteur questionne ce qui organise les relations entre agents et usagers, mettant en lumière les tensions créées par une rationalisation transposée du modèle industriel. Il critique également des changements opérés sans concertation ni prise en compte d'équilibres construits dans la longue durée. Son propos s'appuie sur des interventions menées notamment dans les autobus, les prisons, les crèches, les services publics en milieu rural... en accompagnement de changements organisationnels et gestionnaires. Il les relate avec force détails, montrant, malgré un travail encadré par des prescriptions de plus en plus uniformes, l'énergie déployée par les agents pour s'ajuster à la diversité des usagers.

Riche de ces terrains et d'une longue expérience, l'auteur propose des pistes d'action dans la perspective d'un service public qui ne serait plus seulement prestation de services, mais une action collective au cours de laquelle institution, agents et usagers sont également prescripteurs. Il suggère ainsi de penser l'organisation de la relation de service, les métiers du service public et les parcours professionnels des agents, non pas seulement face aux violences, mais comme sources de civilité.

Un cas et quelques questions...

Facteurs psychosociaux ? Harcèlement ? Quelle marge entre les deux, quelles distinctions, quelles conséquences ? Dans tous les cas, une souffrance liée au travail, à partir du énième cas attesté par un salarié lors d'une visite médicale...

Madame V., 54 ans, se présente en visite occasionnelle à sa demande. Elle est en arrêt maladie depuis 1 mois environ. Elle se met à pleurer dès la deuxième phrase, déclare qu'elle ne pourra jamais retourner à son travail, non seulement à son poste mais dans son entreprise. Mme V. me dit qu'elle a un traitement antidépresseur depuis le début de son arrêt. Je lui demande de me décrire ce qui se passe à son travail. Son récit est haché par les sanglots, elle ne peut plus parler à certains moments, s'excuse de cette présentation et déclare qu'elle ne se reconnaît plus, qu'elle a perdu toute confiance en elle, qu'elle ne sait plus rien faire, qu'elle ne fait rien à la maison, qu'elle ne vaut plus rien.

Sa charge de travail a augmenté de façon importante et elle a un poste de responsabilité avec gestion d'argent et de personnels. Son ancienneté remonte à plus de 20 ans et elle s'y est investie énormément. Son temps de travail dépasse largement les horaires légaux et la fatigue s'installe. Des erreurs se sont produites. Une responsable a été engagée officiellement pour la soulager mais sans qu'elle soit prévenue : elle n'est pas formée, n'y arrive pas, dit Mme V., et masque son incompetence. La charge de travail retombe sur Mme V., sans considération et même avec des moqueries de la part de son supérieur. La responsable lui cache des dates de réunion importante, des remarques commencent à être faites sur des manquements de Mme V. qui vient travailler sur son temps de repos. Le directeur informé ne prend pas en compte ses difficultés et la situation perdure. Mme V. n'arrive plus à rentrer chez elle le soir vers 20 h, car son mari, rentrant du travail vers 23 h, la maison est vide, alors elle roule en voiture en attendant, dit-elle. Mme V. pleure sur son lieu de travail, ses collègues lui manifestent du soutien. Des mails de sa direction lui adressent des reproches sur des tâches non faites, mails sans formules de politesse courante – je les lis –, dont un daté du 24/12 à 16 h 30. Des humiliations publiques sont vécues et Mme V. n'arrive plus à se défendre. Elle raconte que, le jour de Noël, elle pleure avec son petit-enfant sur les genoux. Les photos en attestent, dit-elle. Elle consulte son médecin qui prescrit le traitement et l'arrêt de travail.

Cette situation est multifactorielle et évolutive. Des facteurs psychosociaux, on retiendra la charge de travail, une répartition du travail inadéquate, le stress lié à la gestion de l'argent et à la gestion du personnel, celui lié à la formation répétitive du nouveau personnel, la non-prise en compte de l'augmentation de la charge de travail, la non-reconnaissance de son dévouement, de son augmentation de temps de travail, l'astreinte du travail informatique qui s'est imposé, la non-écoute de ses responsables. Des critères de harcèlement, on peut pointer la non-écoute des difficultés exposées, la rétention d'informations nécessaires, la non-information de l'arrivée de sa supérieure, les remarques et

humiliations publiques, les mails sans savoir-faire sociaux, le rajout de tâches supplémentaires, les moqueries et la dévalorisation, le travail sur le temps de repos, le traitement différent selon les salariés.

Au total, d'un défaut d'organisation, sur plusieurs critères, lors d'une augmentation de charge de travail, on a glissé vers une situation intolérable pour une personne. Peut-on pour autant dire qu'il y a réellement désir de destruction ? Probablement pas, mais le laisser-faire est redoutable, le dérapage relationnel destructeur. J'ai orienté la personne en consultation spécialisée, la réparation narcissique et la disparition du syndrome dépressif seront le prélude à son projet professionnel futur. Différencier le harcèlement de situations plus simplement désorganisées est primordial et il faudrait pouvoir agir avant la mise en scène de scénarios relationnels fixés.



Dr BERNARD,
Association interprofessionnelle
de santé au travail (AIST) du Var

« Le travail malade du stress »

Cadres Confédération française démocratique du travail
(revue), mars 2008, 75 p.

Si l'on veut comprendre et donc prévenir les risques psychosociaux, les violences et les suicides, il faut revenir aux fondamentaux, c'est-à-dire interroger l'organisation du travail, les conditions dans lesquelles il est accompli, le sens qui lui est donné, les marges de manœuvres qui peuvent exister. En confiant le soin des victimes à des thérapeutes ou à des juges, en utilisant le langage de la souffrance et de la psychologie, celui du coupable et de la victime, le risque est d'isoler les personnes. Quand les personnes souffrent, ce sont des organisations qu'il faut guérir. Mais de quoi sont-elles malades ? Les premiers articles de cette revue proposent différentes traversées, entre témoignage et analyse, des maux dont souffrent aujourd'hui les organisations du travail. Au-delà des pressions objectives du « nouveau productivisme », la passion de la réorganisation induite par les nouvelles formes de la relation d'emploi (précarité chez les jeunes et les moins qualifiés, érosion des relations de confiance chez les cadres) contribue à mettre le travail sous tension. Afin de se donner les moyens de comprendre, la CFDT mène depuis quelques années, un travail de recherche-action décliné dans divers lieux professionnels.

Source : www.anact.fr.

Introduction

Le harcèlement est une notion connue, caractérisant des attitudes assez courantes à l'heure actuelle dans la société, et, donc, dans l'entreprise.

La multiplication du phénomène s'explique en partie par un délitement du lien social et l'instauration de structures sociales de type pervers, c'est-à-dire détournées de leur objet. Ainsi, l'entreprise, qui est le lieu d'entreprendre, devient une instance de contrôle où l'esprit d'entreprendre, l'autonomie des cadres et la solidarité collective sont mises à mal.

Dans cet article, il est question de comprendre les liens entre le harcèlement et l'organisation, ou comment le harcèlement, s'il peut apparaître comme purement interindividuel, est toujours le symptôme du dérèglement d'une organisation donnée. En quoi le harcèlement fait-il symptôme d'une organisation ?

Préambule définitionnel

« Le harcèlement est le terme générique qui englobe les autres espèces de harcèlement (physique, sexuel, moral) ». Il « *vise la destruction progressive d'un individu ou d'un groupe par un autre individu ou un groupe, au moyen de pressions répétées destinées à obtenir de force de l'individu quelque chose contre son gré et, ce faisant, à susciter et entretenir chez l'individu un état de terreur.* » (A. Bilheran, 2006, p. 7).

Le harcèlement implique toujours les critères de durée et de répétition. Quant au harcèlement dit moral, il faut entendre par là qu'il n'est que moral, c'est-à-dire qu'il exclut tout passage à l'acte physique ou sexuel, alors qu'il est, par ailleurs, nécessairement présent dans le harcèlement sexuel ou physique.

Agissements ou processus

Le harcèlement est souvent considéré comme le fait d'agissements nuisibles de la part d'un harceleur sur un harcelé. La dimension psychologique caractérise davantage des processus relationnels de type pervers que des agissements particuliers. C'est aussi la raison pour laquelle parler de harcèlement suppose une « intention » de nuire, c'est-à-dire une malveillance à l'origine du processus harceleur. Des agissements précis permettraient de déterminer plus facilement qu'il s'agit d'un harcèlement moral, mais la réalité du harcèlement s'inscrit dans l'insidieux, le non-factuel, le non-dit. La clinique nous montre d'ailleurs que les non-agissements sont tout aussi importants, sinon plus nombreux, que les agissements, et tout à fait porteurs de malveillance. Il peut s'agir d'ignorer la personne harcelée, de ne plus lui donner de travail, de ne pas la mettre en copie des mails, etc.

Le processus harceleur vise la destruction psychique de la personne harcelée. La destruction est atteinte quand la personne se laisse détruire, voire finit par corroborer cette destruction (idées suicidaires, conduites auto-suicidaires), ce qui ne manque pas d'arriver, en fonction de l'intensité, de la violence et de la durée du harcèlement.

Au niveau psychologique, le processus malveillant s'alimente des réactions de la personne harcelée. Le harceleur sait souvent bien identifier les fragilités de l'autre (et nous en avons tous) pour conduire sa victime à l'autodestruction, jusqu'à ce qu'elle « craque ». Chaque réaction de défense de la victime se retourne alors contre elle, et l'on dira qu'elle a « pété un câble » si elle s'est mise en colère, qu'elle est « hystérique » si elle pleure, etc. Si le harceleur a su identifier, par exemple, une fragilité dans l'estime de soi chez sa victime, il l'attaquera en ne lui donnant pas la reconnaissance professionnelle qu'elle attend. Si la victime réagit de façon affective, le harceleur saura alors que c'est sur cet aspect qu'il lui faut insister. Cela peut être aussi une attaque de la conscience professionnelle, si la victime est attachée à faire scrupuleusement son travail, et si c'est dans ce sérieux qu'elle trouve la réalisation de son identité au travail.

Individuel ou collectif

Le phénomène est souvent pensé comme un processus d'attaque d'un individu sur l'autre. C'est, à mon sens, oublier sa dimension intrinsèquement collective. Le harcèlement moral implique en effet toujours un groupe, qu'il soit témoin passif, complice ou « résistant ». « La dimension contextuelle est fondamentale dans le harcèlement moral. Car le harcèlement, même dans le cas où il ne fait activement intervenir que deux personnes, se situe dans une collectivité, un groupe, qu'il soit celui de l'entreprise, des amis, des réactions de collègues ou de membres associatifs... La dimension sociale du harcèlement moral est incontournable pour comprendre la spécificité du phénomène. Elle est d'autant plus essentielle que les réactions du groupe sont vécues intuitivement comme décisives pour le harceleur, et elles le sont. Car elles seules ont le pouvoir de condamner socialement la victime, ou de la réhabiliter, avec pour spécificité qu'un silence condamne dans la mesure où la victime vivra comme une blessure très profonde ce que l'on pourrait qualifier de non-assistance à personne en danger » (A. Bilheran, 2006, p. 89).

Il est illusoire de penser que, dans un groupe où sévit du harcèlement, l'on puisse être neutre, du fait de son appartenance même à ce groupe. Le harcèlement appelle l'une ou l'autre posture : soit on est pour l'autonomie, soit on accepte l'asservissement. La posture d'analyse distanciée appartient souvent à un intervenant extérieur (médiateur, psychologue...), et c'est à partir d'elle, de cette posture qu'en psychologie l'on nomme « tierce », que la situation pourra se débloquer.

La nature du groupe en question permet l'existence de ce harcèlement. Si le harcèlement a lieu, c'est en effet que le groupe l'a laissé se mettre en place. « Il faut d'abord souligner que, si du harcèlement moral a pu apparaître et se mettre en place progressivement dans un environnement précis, c'est que ce dernier est corrompu, pour diverses raisons : soit d'autres personnes ont un intérêt à supprimer la victime, soit elles sont particulièrement laxistes, soit le harceleur s'octroie les faveurs des uns et des autres avec des largesses... » (*Ibid.*).

De la même façon, les membres du groupe subissent tous l'existence de ce harcèlement qu'ils ont laissé s'instaurer. Les personnes passives peuvent elles-mêmes développer des symptômes propres à la victime, comme des angoisses, des insomnies... Quant aux personnes complices, elles peuvent l'être de façon intentionnelle (complicité par sadisme latent), ou bien, malgré elles, lorsqu'elles sont le jouet de la manipulation du harceleur.

Les logiques d'aliénation du groupe

Il existe des logiques psychologiques d'aliénation d'un groupe. Elles sont essentiellement au nombre de quatre et sont souvent entremêlées.

1) La terreur

L'une des logiques d'aliénation les plus efficaces est celle de la terreur. Cette terreur peut être obtenue au moyen de « sanctions exemplaires », de processus d'humiliation publique qui engendre chez les personnes le désir de ne surtout pas être celle qui subit ce processus. Par souci de tranquillité, et de non-exposition au danger, le silence est requis, car toute confrontation serait une exposition à des représailles. Cette logique d'aliénation par la terreur est celle que l'on retrouve dans le système totalitaire, et l'on peut retrouver ce phénomène dans l'entreprise : « dès qu'un homme est accusé, ses anciens amis se transforment immédiatement en ses ennemis les plus acharnés ; afin de sauver leur propre existence, ils se font mouchards et se hâtent de corroborer par leurs dénonciations les preuves qui n'existent pas contre lui ; tel est évidemment leur seul moyen de prouver qu'ils sont dignes de confiance » (H. Arendt, 1951, p. 46). Cette « survie » dans l'organisation peut se solder par de fausses attestations contre la personne harcelée (et souvent accusée),

voire même des pétitions ou des actes d'accusation collective en présence des harceleurs. (voir encadré ci-dessous)

2) La culpabilité commune

La logique d'aliénation consiste également à enfermer les personnes dans une culpabilité commune, une faute collective. Ce système d'aliénation permet d'obtenir le silence de ceux qui se sentent coupables pour une faute commune antérieure. Il peut s'agir d'une malversation financière, d'une pratique illégale de recrutement, d'une fausse attestation collective faite sous le coup de la peur contre un autre salarié... (voir encadré ci-contre)

3) La corruption

La corruption est également une technique d'aliénation groupale. Elle sollicite les intérêts personnels et l'appât du gain de chacun dans l'entreprise (une promotion, une augmentation...) « Avant même que les individus n'aient pu prendre conscience de l'existence du harcèlement moral dans cet environnement, le harceleur les entraîne dans des corruptions diverses, afin d'acheter leur silence ultérieur. De fait, celui qui a "trempé" dans des affaires plus ou moins véreuses, quand bien même elles seraient sans aucune mesure avec les exactions propres au harceleur, a tout intérêt à protéger le système dans lequel il a été impliqué, lié, soudé. Dès lors, il peut arriver à un harceleur de proposer des petits avantages en nature, des facilités et des arrangements plus ou moins illégaux pour impliquer des éventuels témoins dans son système corrompu, au point d'en faire les bastions du système. Car si le système s'écroulait, l'on découvrirait alors les corruptions des uns et des autres et leurs petites interprétations très personnelles du droit. Ces corruptions sont le meilleur rempart que le harceleur puisse ériger autour de son harcèlement [...] C'est ainsi que l'on voit, dans un certain nombre de cas

« To be or not to be »

La direction des ressources humaines, dans une société pourtant florissante, met en place un processus de terreur, destiné à éviter toute contestation syndicale ou autre dans l'entreprise. La contestation est particulièrement crainte des dirigeants qui semblent détourner à leur intention personnelle une partie des fonds de la société. Dès lors, la peur de la direction à l'encontre des syndicats est massive et elle cherche à se prémunir à *tout prix*, et de façon défensive, contre toute possibilité d'attaque.

La terreur est instaurée de la façon suivante : le DRH convoque souvent les salariés dans son bureau, moment à l'occasion duquel il récolte un certain nombre d'informations sur la vie privée des gens. Puis, il s'en sert publiquement contre les personnes en question, pourvu qu'elles aient eu quelques velléités contestataires ou revendicatives. Les délégués syndicaux sont particulièrement visés, par des

épisodes d'humiliation publique, où le DRH indique que sa méthode est « la mise au placard », en guise d'avertissement pour ceux qui auraient voulu suivre l'exemple des personnes en question, mais aussi par un système de placardage, sur le panneau de la direction, d'accusations portées à l'encontre des personnes incriminées. La logique est la suivante : on est « pour », ou on était « contre ». La position neutre est assimilée à la position « contre », et l'on en subit les conséquences (mise au placard, absence d'augmentation, diminution des tâches gratifiantes ou, au contraire, augmentation massive de la charge de travail, ostracisme collectif demandé par la DRH, etc.)

Ce système de terreur est particulièrement efficace, dans la mesure où les salariés, craignant de perdre leur emploi dans une région peu fournie, préfèrent en majorité plutôt se taire, que de défendre les personnes visées et leurs syndicats.

Les stages-chatons

Dans les années 1990, sont apparus, d'abord aux États-Unis, puis en France, ce que l'on a appelé les « stages-chatons », stages à prétendue visée managériale (M. Muller, 2002, p. 653). En France, le stage consistait à ce que le groupe, en formation managériale durant une semaine, adopte un chat. À la fin de la semaine, on demandait aux stagiaires de participer collectivement à l'étranglement du chaton. La connaissance de ces stages a été révélée en hôpital psychiatrique, à la suite de décompensations graves de certains stagiaires. L'étranglement collectif du chaton adopté permettait non seulement d'apprendre la cruauté

et la résistance à la douleur de ce pour quoi/qui l'on a acquis de l'affection, mais aussi de souder le groupe dans une solidarité macabre, dans une culpabilité commune, qui n'est plus alors la culpabilité de personne en particulier. Ces techniques d'aliénation par une culpabilité commune ne sont pas toujours aussi graves, mais permettent de détruire l'individualité en compromettant l'individu dans un acte de groupe transgressif. Cette transgression détruit les repères identitaires et laisse ensuite la place à la reconstruction d'une nouvelle identité par filiation au groupe auquel chacun est lié par sa propre culpabilité.

de harcèlement, des liens très évidents entre le harcèlement, le détournement de fonds, la corruption en général, et toutes les libertés prises avec la loi d'essence républicaine. C'est le principe du service rendu, du "geste" ou du "pot-de-vin" qui, tout en entraînant dans la corruption, rend débiteur » (A. Bilheran, 2006, p. 93). Il peut s'agir d'une promesse sur un poste, une promotion, une augmentation, une reconnaissance, si la personne reste silencieuse sur tel ou tel fait, ou si elle s'engage à être active dans le processus harceleur.

4) La manipulation

La manipulation est également une technique d'aliénation. Ce peut être une manipulation par chantage affectif, par victimisation, par culpabilisation, séduction ou division pour mieux régner.

La manipulation par victimisation consiste, pour le harceleur, à se présenter en victime du harcelé et à susciter la compassion de l'entourage. Ce faisant, le harceleur interprète des faits et en omet d'autres, de façon à présenter un tableau qui va dans le sens de cette victimisation.

La manipulation par culpabilisation et chantage affectif consiste à rendre les membres du groupe débiteurs et à jouer sur leurs affects de culpabilité.

La manipulation par séduction consiste à flatter pour obtenir gain de cause et, donc, à utiliser les faiblesses narcissiques des membres du groupe (mauvaise image/estime de soi, besoin de reconnaissance...)

La manipulation du « diviser pour mieux régner » consiste à monter les individus les uns contre les autres, à l'aide de rumeurs, de sous-entendus malveillants, de façon à ce que ces personnes évitent à tout prix d'aller parler à celle dont le harceleur a dit qu'il fallait se méfier.

La réceptivité à la manipulation diffère selon les individus : elle dépend de la distance, de l'histoire, du moment, du contexte et de la vulnérabilité de chacun.

La pensée système

Une entreprise est une organisation complexe qui fait système. Qu'est-ce que cela signifie ? Un système est un tout cohérent dont

chaque partie qui interagit modifie l'ensemble et les productions de l'ensemble. Une entreprise est un système relationnel, une sorte de psychisme à elle toute seule, traversée par des processus et des pulsions qui peuvent être vitales et mortifères, souvent contradictoires. Ce système est traversé par des sous-systèmes. Par exemple, dans un service, si une personne part, le service est déséquilibré, non pas seulement dans la charge de travail, mais également dans sa dimension relationnelle. Cela impacte l'organisation toute entière, par phénomène de ricochet.

Ce qui fait système, ce sont aussi les répétitions, c'est-à-dire le fait que, même après des départs, les processus, les habitudes, les comportements... demeurent, en somme, ce que l'on qualifie de « culture d'entreprise » : les usages, les langages, les valeurs et ce qui fait sens ou non pour tous. Une entreprise est une communauté, c'est-à-dire un lieu où le désir de faire quelque chose ensemble rattache les individus les uns aux autres, créant des phénomènes d'identification mutuelle, ainsi que d'adhésion aux valeurs et aux normes prescrites. En cela, elle est une culture, et toute culture est créatrice d'angoisse, mais aussi d'interdits, de tabous et de défenses pour contrer ces angoisses. Ces défenses peuvent être pertinentes, par rapport à l'objectif de croissance économique qu'est celui d'une entreprise (sa vie et sa survie), ou bien non pertinentes (par exemple, efficaces à court terme, mais mortifères à long terme).

Angoisse et organisation

La présence du harcèlement indique des choses sur le système complexe de l'organisation. L'organisation véhicule une dynamique psychique qui influe sur les modalités relationnelles existant entre les personnes, les groupes, les services, etc.

Dans des organisations où l'angoisse est forte, des stratégies défensives se mettent en place. Ce peut être, par exemple, un mode relationnel pervers, que ce soit dans le management, les relations interservices, ou entre salariés. Dès lors, s'instaurent des modes de terreur et de contrôle, qui sont aux antipodes de l'esprit d'entreprendre. Ces modes ont des impacts symptomatiques forts et peuvent générer massivement, au niveau du travail, des conduites de sabotage et, au niveau psychologique, du stress,

de l'angoisse, des problèmes psychosomatiques, des conduites suicidaires, etc. À l'heure actuelle, les troubles psychosociaux viennent exprimer non seulement ce malaise organisationnel, mais également la déficience des solidarités collectives en contre-pouvoir de ce malaise, où la passivité souffrante de l'individu aurait pu se transformer en revendications collectives.

Aujourd'hui, l'idéologie dominante est celle de la « performance », qui ne supporte aucune définition claire. Il suffit de poser la question en formation et les personnes répondent, quasiment chacune, par une définition différente, confondant performance et rentabilité, performance et productivité, performance et reconnaissance... Or, la perversion consiste notamment à jouer sur les obscurités sémantiques. Cette idéologie permet à l'entreprise de légitimer un management par l'affectif, ainsi que le rappelle le sociologue Enriquez : « Si le technocrate est pris dans l'imaginaire de la maîtrise, par l'intermédiaire de sa passion pour la raison, le stratège, quant à lui, est saisi tout entier par l'imaginaire de la performance et de l'excellence, par le truchement de son affectivité, de ses pulsions inconscientes, et de sa réflexion. La gestion par l'affectif [...] va pouvoir, dans l'entreprise stratégique, trouver le champ où se déployer » (E. Enriquez, 1993, p. 8).

L'idéologie de performance vient répondre à une défense de l'organisation contre sa propre angoisse (une angoisse de survie économique dans un marché concurrentiel, c'est-à-dire, pour une entreprise, une angoisse de mort). Si l'entreprise pose de telles exigences de performance, « c'est qu'elle sait qu'elle doit lutter [...] contre des angoisses fondamentales, angoisses non seulement des individus, mais encore angoisses spécifiques de l'organisation » (*Ibid.*, p. 9).

Dès lors, dans le contexte sociétal actuel, nourri d'angoisses d'avenir, de désir de régression (protection nourricière de l'enfance), d'insécurité fondamentale, sur un plan autant individuel que collectif, il est très difficile à l'autorité de trouver une place. Entendons par l'autorité sa juste définition (A. Bilheran, 2009), qui n'est pas l'autoritarisme, mais qui s'illustre par une dimension cadrante, entre les personnes, entre les institutions, et entre le passé et le présent (l'autorité permet la transmission). L'autorité permet le « à chacun sa place ». Dans l'organisation, elle est fondamentale, et elle doit être incarnée par le management et les cadres. Incarnée, cela veut dire portée par des individus, qui ne soient pas seulement des fonctions. Or, dans l'hyper mobilité actuelle, chacun devient remplaçable dans sa fonction, interchangeable, corvéable, malléable. Le cadre (qui est censé incarner le cadre, donc rappeler l'existence de la structure, de la loi organisationnelle et de la loi étatique, du cadre temporel des actions, etc.) ne se voit plus confier l'autonomie nécessaire qui lui permettrait d'incarner ce cadre et d'en porter la responsabilité. La responsabilité (savoir répondre de ses actes) est noyée dans un collectif qui n'est plus identifié et chacun se retrouve lui-même victime du système dans lequel il se trouve projeté.

Harcèlement et organisation

L'une des façons d'exprimer cette angoisse individuelle, groupale, organisationnelle et sociétale se traduit dans le harcèlement. L'angoisse organisationnelle crée des stratégies défensives, dont le harcèlement fait partie. Les défenses individuelles face à l'angoisse se déclinent différemment selon les individus, en fonction de leur affectivité, de leurs fragilités et de leur histoire. Chez certaines personnes (pas nécessairement « perverses narcissiques » en terme de structure psychologique), la stratégie de défense va consister à harceler celui dont on estime qu'il peut être une menace pour soi (pour son poste, pour sa promotion, etc.)

Dans d'autres cas, par exemple des harcèlements motivés par de la jalousie ou des identifications d'ordre de personnel (ex. : la personne harcelée est ce que la personne harceleuse voudrait bien être mais ne parvient pas à être), l'organisation a aussi un rôle puisque, si le harcèlement se met en œuvre, c'est que l'organisation laisse faire. Les harcèlements sont ainsi « cautionnés » pour tout ou partie par l'organisation et même, dans certains cas, encouragés. Car les logiques de harcèlement permettent d'obtenir l'aliénation groupale et de contrer l'angoisse de mort de l'entreprise (je contrôle, donc je vis, et je contrôle pour ne pas perdre).

Dans certaines organisations, par exemple (mais pas seulement) sur des secteurs notamment très concurrentiels et activateurs d'angoisse massive, le harcèlement est insufflé par la direction elle-même, soit qu'elle veuille contrôler pour éviter que les salariés ne se rendent compte de certaines malversations (ex. : détournement de fonds), soit qu'elle veuille éviter que la concurrence ne récupère ses salariés, soit qu'elle se laisse dicter cette logique par les exigences de l'actionnariat à court terme (dont dépend aussi la survie de l'entreprise). Ces facteurs – et d'autres, bien sûr, la liste n'étant pas exhaustive – peuvent se cumuler entre eux. Dès lors, la direction et le top management peuvent aller jusqu'à inciter des pratiques harceleuses et trouver, dans des sujets qui présentent des processus pervers, de « bons et loyaux sujets ».

Quoi qu'il en soit, une organisation laissant place aux harcèlements, qu'elle les incite, les tolère, ou ne les sanctionne pas, se retrouve prise dans un système dont elle n'a plus la maîtrise. Il s'agit d'un système où le cadre n'est plus efficient, puisque « tout est permis » et où les manifestations de cet « anarchisme relationnel » peuvent avoir des implications graves non seulement pour les salariés, mais pour l'organisation elle-même, qui se retrouve prise à son propre piège. La capacité d'entreprendre est en effet inversement proportionnelle à des logiques autoritaires ou laxistes. Elle suppose un cadre, des autorités, des garants et une cohérence du projet sur la durée, des projets entre eux, qu'ils soient des projets ponctuels ou des projets organisationnels plus vastes.

En guise de conclusion

En conclusion, dans l'univers de l'entreprise, où l'individu est souvent pris au piège de l'abnégation par désir de reconnaissance, l'existence de harcèlements est le symptôme d'un dérèglement organisationnel. Il indique une organisation qui laisse faire ou encourage des pratiques d'humiliation, de mise au placard, de désignation et stigmatisation. Cette tolérance, ou cet encouragement, témoigne d'un désir de maîtrise du monde et des êtres par l'entreprise, jusqu'à instrumentaliser ses salariés comme de simples outils performants et non comme des êtres humains différenciés. Dans les organisations où sévit du harcèlement, on retrouvera fréquemment un management à l'affectif ou bien, son contraire, à la rationalité instrumentale. L'autorité est une fonction sociétale en voie de disparition, y compris dans l'entreprise. Elle est pourtant la seule garante des agressions pulsionnelles. Or, dans un monde où les pôles identificatoires anciens disparaissent (l'État, la famille, la classe sociale...), l'entreprise devient plus que tout un référent, un des acteurs principaux de la société. Elle est l'un des lieux essentiels où se jouent les angoisses du lien social, ainsi que le champ pulsionnel et passionnel de la société



Ariane BILHERAN,
Psychologue

Bibliographie

- Arendt, A., *Les origines du totalitarisme*, 3. *Le système totalitaire*, Seuil, 1995 [1951].
Bilheran, A., *Le harcèlement moral*, Armand Colin, 2006.
Bilheran, A., *L'autorité*, Armand Colin, 2009.
Enriquez, E., « Vie psychique et Organisation », *Socius Working Papers*, n° 2/93, Lisbonne.
Muller, M., *Terreur au travail. Enquête sur le harcèlement moral*, Fayard, 2002.

Sites web sur le thème « Prévention du suicide en relation avec le travail »

CEPIDC - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

Le CépiDc est un des nombreux laboratoires de l'INSERM. Ses missions essentielles sont la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France, la diffusion des données et les études et recherches sur les causes médicales de décès.

www.cepிடc.vesinet.inserm.fr/inserm/html/pages/informations_cepிடc_fr.htm#diffusion

INRS - Dossier Suicide en lien avec le travail

Depuis la fin de l'année 2006, les suicides sur le lieu du travail ou attribués aux conditions de travail ont fait irruption dans la sphère médiatique. Est-ce un phénomène nouveau ? En augmentation ? Comment peut-on expliquer cette « épidémie » ? Face à cet acte extrême, que faire dans l'entreprise ? Ce dossier fait le point sur le sujet. La prévention des suicides au travail passe par une démarche globale de prévention des risques psychosociaux.

www.inrs.fr/dossiers/suicide.html

OMS - Organisation mondiale de la santé. Informations sur le suicide

Cette page de référence propose des liens conduisant à des descriptions des activités, des rapports, des informations et des événements, ainsi qu'à des contacts, des partenaires des différents programmes et bureaux de l'OMS travaillant sur le thème du suicide. On trouvera également des liens vers d'autres sites web et sujets connexes.

www.who.int/topics/suicide/fr

UNPS - Union nationale de prévention du suicide

L'UNPS réunit plusieurs associations agissant dans la prévention du suicide. Son but est d'alerter, sensibiliser et informer l'opinion publique. Elle organise, le 5 février de chaque année, la Journée nationale de prévention du suicide.

www.infosuicide.org

Source : www.anact.fr

Organisation et harcèlement moral Les enjeux de la prévention

Ce texte est paru dans la revue *Preventique Sécurité*, n° 98, avril 2008. Il est issu d'une communication aux deuxièmes journées AGRH sur le management de la santé et de la sécurité au travail (Saint-Étienne, 26 et 27 avril 2007).
www.preventique.org

La santé mentale est aujourd'hui entrée dans le dispositif juridique de prévention. Le Code du travail l'envisage comme donnée entière de l'obligation de sécurité du chef d'entreprise et une loi sur le harcèlement moral sanctionne certaines pratiques. La question s'est imposée assez brutalement dans les entreprises, de sorte qu'elle a pris de court les professionnels de la santé au travail. Il est cependant impérieux que les phénomènes pathologiques soient mieux connus, que leurs causes soient mieux identifiées afin que le risque puisse ainsi être mieux évalué. L'étude de Dominique Paturel et Isabelle Champion doit y aider.

Les auteures montrent, tout d'abord, que la question a reçu en France un traitement spécifique, assez distinct de celui qui lui est accordé dans les pays anglo-saxons. Elles s'appuient ensuite sur des témoignages pour réfléchir sur les causes. Elles montrent qu'elles se situent dans une « psychologisation de la relation de travail » et dans l'organisation du travail, source de souffrance au travail.

La notion de harcèlement moral a été introduite, depuis le 11 janvier 2001, dans le nouveau Code du travail, mentionnant « les agissements répétés d'un employeur et de son représentant ou toute personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions qui ont pour objet de porter atteinte à sa dignité et de créer des conditions de travail humiliantes ou dégradantes ». Cette notion de harcèlement permet de reconnaître que les conditions de travail doivent être prise en compte sur le plan physique et sur le plan psychique.

Il est important de retracer la façon dont s'est construit le débat dans la société française. Dans les pays anglo-saxons, les notions beaucoup plus globalisantes de *mobbing* ont été développées et renvoient plus à l'organisation du travail qu'à une relation frontale entre individualités. *A contrario*, en France, c'est le livre de Marie-France Hirigoyen¹ qui, en 1998, a fait « sortir » le débat du harcèlement moral alors que des auteurs comme C. Dejours dénonçaient les mécanismes de la psychopathologie du travail et leurs conséquences perverses sur les salariés depuis les années 60 sans que cela déclenche un tel débat.

En France, il s'agit de harcèlement moral alors que dans les pays anglo-saxons on parle de harcèlement psychologique. Cette différence est porteuse de sens dans la façon dont les acteurs de la société considèrent la place de la personne. La notion de harcèlement moral renvoie à la personne sociale et juridique

dans le contexte culturel de la société française et des codes qui régulent cette société. En revanche, la notion de harcèlement psychologique renvoie au fonctionnement psychique du sujet. En conséquence, en France, le harcèlement moral prend corps à travers l'interpellation de la justice et seul le juge est habilité à qualifier la réalité de l'accusation comme du harcèlement moral ; il s'agit de donner réparation à une victime. Dans les pays anglo-saxons, le harcèlement psychologique renvoie à une offre de soin pour la personne, mais est aussi considéré comme un problème de santé au travail et ouvre à une démarche de prévention à l'intérieur de l'entreprise : ce qui est difficile à mettre en place en France.

L'ouvrage de M.-F. Hirigoyen, publié en 1998, a ramené la notion de harcèlement moral à la présence d'individus pervers en s'appuyant sur des témoignages pris dans la sphère privée des relations de couple. Or, c'est peut-être parce que cet aspect des relations de couple est encore inaudible dans la société française que ce livre a fait écho de façon aussi profonde et massive au point de devenir LA référence dans le débat sur le harcèlement moral. C'est peut-être aussi parce que la relation à l'ego est particulière dans la culture française et dans la façon qu'ont les individualités de vivre leur rapport au social. On a bien vu aussi les effets de cette médiatisation qui ont jeté plus de confusion que donné des clefs de résolution dans le monde du travail : les acteurs sociaux, des ressources humaines et syndicaux étant souvent très ambivalents par rapport à cette vision, car eux-mêmes parties prenantes de la culture ambiante. En particulier, les acteurs syndicaux ont eu beaucoup de mal à attaquer ce problème sous ce biais de harcèlement moral, sentant bien que cette analyse n'était pas toujours complètement adéquate ; elle pouvait également casser encore plus un social déjà très dégradé en proposant de stigmatiser tel ou tel salarié (y compris les encadrants) comme pervers ; aussi les acteurs syndicaux ont été alors conduits à ne rien faire plutôt qu'à manier ce type d'approche.

De plus, toujours en France, l'émergence de cette notion (revisitée par M.-F. Hirigoyen dans son deuxième livre en 2001²) – si elle a été révélatrice d'un phénomène de société dans le monde du travail – a été d'ailleurs difficile à faire entrer aussi dans la sphère juridique. En effet, si de nombreuses émissions de télévision et parutions (livres, articles, témoignages, sites internet) ont bien montré la réalité du phénomène, le passage par une sanction judiciaire a été beaucoup plus difficile. De nombreux juges ont préféré statuer sur un point connexe de la plainte (dénonciation du contrat de travail, manquement aux règles d'hygiène et sécurité, etc.) par méfiance de l'idée de harcèlement moral qui est ressentie comme floue. Néanmoins, les jurisprudences parviennent petit à petit à donner du corps à cette notion.

¹ Hirigoyen M.-F., *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*, Syros, 1998

² Hirigoyen M.-F., *Malaise dans le travail : harcèlement moral, démêler le vrai du faux*, Syros, 2001.

L'analyse française du harcèlement moral

L'établissement du harcèlement moral dans la loi de modernisation sociale votée en France s'est appuyé sur une lecture de la perversion narcissique telle que M.-F. Hirigoyen l'a décrite dans son ouvrage.

La psychanalyse nous dit que la perversion narcissique s'inscrit dans l'absence de « substance » et va chercher à se remplir de l'Autre ; les enjeux narcissiques³ sont malsains et deviennent pathologiques. La faille causée par un déni de sa propre existence et de son identité amène le pervers narcissique à une course vitale et éperdue de son image idéalisée.

La définition du pervers narcissique d'A. Eiguer⁴ est la suivante : « les individus pervers narcissiques sont ceux qui, sous l'influence de leur soi grandiose, essaient de créer un lien avec un deuxième individu, en s'attaquant tout particulièrement à l'intégrité narcissique de l'autre afin de le désarmer. Ils s'attaquent aussi à l'amour de soi, à la confiance en soi, à l'auto-estime et à la croyance en soi de l'autre. En même temps, ils cherchent, d'une certaine manière, à faire croire que le lien de dépendance de l'autre envers eux est irremplaçable et que c'est l'autre qui le sollicite. »

M.-F. Hirigoyen⁵ décrit ce type de pervers à travers 4 caractéristiques :

- la mégalomanie : c'est un individu qui se pose comme référent par rapport au bien, au mal, il proclame la vérité et n'exprime aucun doute quant à ses affirmations ; il donne une bonne image de lui et tient beaucoup à sa réputation, tout en étant très critique par rapport aux autres ; il tient des propos sans laisser grand place à des reproches ; l'autre est un point d'ancrage pour ce qu'il peut prendre et il n'existe aucun affect ; il ne comprend pas les émotions ou les ressentis, sauf dans ce que cela lui permet d'appuyer son pouvoir : il est insensible ;
- la vampirisation : l'autre n'existe pas comme sujet, mais comme objet à son besoin : « il tente de s'approprier le narcissisme gratifiant de l'autre en envahissant son territoire psychique » ; il manifeste une jalousie démesurée par rapport à ce que l'autre possède et qu'il voudrait avoir, il va alors déployer des comportements, des stratégies pour prendre possession de l'autre en le vampirisant ; la fonction critique est très importante et permet de maintenir la toute-puissance⁶ nécessaire à cette vampirisation : « le moteur du noyau pervers, c'est l'envie, le but de l'appropriation. » ;
- l'irresponsabilité : tout est toujours de la responsabilité de

l'autre ; en réalité, le pervers narcissique avec sa subjectivité inexistante est absent de la relation, il ne peut donc en aucun cas se sentir responsable de quoi que ce soit ; il élabore des stratégies pour rendre crédible la responsabilité de l'autre ; les surenchères argumentaires font partie de ses ressources, non pas parce qu'il est touché, mais plutôt par déni⁷ du réel : « le déni est constant, même dans les petites choses de la vie quotidienne, même si la réalité prouve le contraire. La souffrance est exclue, le doute également. » ;

- la paranoïa : l'individu est généralement un moralisateur, cependant, il cherche à défier les lois ; il utilise la séduction et non la force pour arriver à ses fins, cependant, s'il n'arrive pas à ses fins, ce sera le recours à la violence ; le mécanisme à l'œuvre est de projeter sur l'autre sa haine et de le détruire ; il s'agit d'éviter l'angoisse de l'impuissance, en effet, il imagine que l'autre est la toute-puissance dont il ne peut bénéficier.

Mégalomanie, vampirisation, irresponsabilité et paranoïa, ces 4 caractéristiques marquent la personnalité du pervers narcissique et elles s'expriment lors des interactions personnelles perverses, lorsque de telles interactions viennent à se mettre en place que ce soit dans la sphère privée ou publique (voisinage, associatif, milieu du travail).

Les témoignages

Cependant, on sait aujourd'hui que le monde du travail n'est pas particulièrement envahi par des personnalités perverses au sens psychique du terme. Même si des personnalités déviantes existent aussi dans l'entreprise et y réussissent, notre approche est plutôt d'analyser le phénomène dans la globalité du système. Nous montrons que l'approche par le biais du harcèlement moral⁸ est une forme d'enfermement de la souffrance au travail ne permettant pas de résoudre correctement et de façon juste ce qui se passe pour le salarié concerné.

Les plaintes exprimées par les salariés viennent nous dire ce qu'est cette nouvelle forme de souffrance au travail que nous qualifierons de maltraitance (pour la différencier du harcèlement moral) ; on y lit que les mécanismes à l'œuvre sont dénués de sens (moral ou pas) : le harcèlement moral au sens de la loi en serait alors la partie visible.

Dans le cadre d'un recueil de récits de salariés exprimés en termes de harcèlement moral, les deux témoignages suivants nous paraissent illustratifs.

³ Pendant la phase de fascination première entre la mère et l'enfant, et au cours de sa sortie progressive de cette étape, se constitue dans le psychisme de l'enfant, le noyau d'un narcissisme sain. Cela sous-entend la capacité à s'aimer soi-même, à avoir confiance en soi, à exister en tant que soi-même. Cette base essentielle pour le Moi lui permet d'affronter avec une certaine assurance le déroulement de sa vie.

⁴ Eiguer A., *Le pervers narcissique et son complice*, Dunod, 1996.

⁵ Hirigoyen M.-F., *Le harcèlement moral*, op. cité.

⁶ Le sentiment de toute-puissance s'origine dans les premiers temps de la vie entre le nourrisson et la mère, quand règne l'illusion d'être tout pour l'autre, quand nulle perte ne peut s'envisager.

⁷ Le déni est le refus par la personne de reconnaître une réalité trop dérangeante pour elle. Cette reconnaissance met en péril l'équilibre psychique construit depuis l'enfance.

⁸ Bien évidemment, il s'agit des formes où il a été repéré ; il ne s'agit pas du résultat de la relation à la présence d'une personne perverse.

1. Marie est technicienne dans un laboratoire de biologie, capable et entreprenante, elle a fait une formation personnelle afin d'entrer dans les métiers de la recherche qui lui paraissaient prometteur d'épanouissement intellectuel. Elle intègre ainsi un laboratoire de la recherche publique et travaille 2 ans avec un ingénieur qui, malheureusement, rejette Marie de façon violente (dénigrement systématique, gestes obscènes (bras d'honneur), injures, elle est « nulle, incapable, irresponsable »...)

Celle-ci parle de cette situation au directeur qui cherche à partager la responsabilité de façon « équitable » entre les deux personnes. Il organise un semblant de concertation en faisant asseoir les deux protagonistes face à face. L'ingénieur a alors des propos durs et rabaissants vis-à-vis de cette personne et celle-ci – qui est hiérarchiquement en position de faiblesse – se retrouve très choquée et incapable de se défendre efficacement. Elle raconte que le directeur paraît satisfait de son intervention et propose « s'ils ont encore des problèmes de refaire une discussion comme ça »...

Pendant ces deux ans, elle développe des symptômes réactionnels : état dépressif, prise d'antidépresseurs, pensées négatives, sentiments généralisés de culpabilité, perte du sommeil...

Marie ressent beaucoup d'incertitudes, elle se rend compte qu'après ces épisodes c'est, en fait, elle qui fait figure de caractérisée dans le laboratoire. Elle regrette que de simplement dire la vérité d'une situation à son directeur le mette en colère « comme si c'était une attaque personnelle », elle dit la carence flagrante du personnel technique dans le laboratoire et que, en fait, le travail d'expérimentation est réalisé par les thésards et les stagiaires. Elle parle aussi à plusieurs reprises de misogynie (la plupart des chercheurs et ingénieurs sont masculins). Elle n'a jamais osé parler de harcèlement, car elle a entendu le directeur plaisanter lourdement sur ce thème du harcèlement lors d'une pause café. Elle dit aussi que les gens ne sont pas très heureux dans le service, une autre technicienne est vraiment partie après des difficultés importantes avec le même directeur...

On y trouve la séduction d'un travail socialement valorisé (la recherche), puis un accrochage avec une personne, qui empire pendant 2 ans. Ensuite, l'interpellation du directeur et la réponse qu'il donne au problème ne sont pas de nature à reconforter Marie. Elle travaillera ensuite seule, mais sans aucune insertion dans une équipe et sur des sujets marginaux. La souffrance engendrée vient de l'agression, mais surtout du manque de réactivité de l'institution. Ainsi, l'institution, par l'intermédiaire de ses cadres (le directeur, puis d'autres cadres que Marie essaiera ensuite de solliciter), se révèle incapable de gérer la difficulté. Marie finira par partir sur cet échec, l'institution ayant révélé son incapacité à utiliser ses compétences au mieux.

Cette carence de la gestion des ressources humaines s'accompagne de carences dans des domaines de l'organisation du travail qui sont connexes : l'hygiène et la sécurité, par exemple, sont mis en

cause dans le témoignage. On se rend compte par ailleurs que le « problème » de Marie révèle en réalité un dysfonctionnement général du laboratoire (« les gens n'y sont pas très heureux ») et que le directeur dénie toute approche psychosociale du groupe (« il plaisante sur le harcèlement lors d'une pause café »). On y voit aussi un déni de la chose sociale qui est caractéristique de la culture française.

2. Cette autre technicienne de laboratoire, Catherine, doit avoir un entretien statutaire avec son directeur. Ayant un poste divisé sur deux types de tâches (terrain et labo), cet entretien est pour elle particulièrement important, car elle souhaite être confortée sur ses activités.

Catherine demande l'entretien plusieurs fois et le directeur ne répond pas ou élude à chaque fois. Elle est très impliquée dans son travail qui l'intéresse et représente pour elle une chance d'évolution et elle consent à travailler tard le soir. Puis, sur une expérimentation, le directeur refuse sa participation. Malgré les besoins d'aide technique, Catherine arrête les mesures et on la remplace par un stagiaire présent au laboratoire.

Elle demande de nouveau son entretien d'activité avant de partir en vacances. Le directeur reporte encore la réunion qui, finalement, a lieu la semaine suivante, le jeudi matin. Elle n'hésite pas à exprimer ses difficultés avec les gens en général (étant « en bas de l'échelle », elle est souvent confrontée à des gens qui se croient permis de lui donner des « conseils » sur son travail sans en avoir toujours la légitimité). Elle exprime que, dans ce laboratoire, les choses sont plus difficiles, car sous une apparence de convivialité, les gens se taisent ; enfin elle explique que les plus grosses difficultés qu'elle a sont avec le directeur. Bref, « l'entretien se termine au mieux avec des appréciations plutôt bonnes du directeur ».

On ne comprend pas pourquoi ce directeur a fait attendre inutilement cette personne, pourquoi il lui a permis de participer à des expérimentations puis les lui a interdites ensuite. Par contre, elle explique que « ça lui a bien pris la tête », elle fera des insomnies et aura une sortie d'herpès qu'elle attribuera immédiatement à la tension nerveuse occasionnée par l'attitude négative du directeur. Par conséquent, si on ne comprend pas les motivations du directeur, on constate ce que cette attitude a de nuisible sur l'agent. L'agent est impliqué dans son travail, en attend de la reconnaissance et découvre qu'en réalité l'entreprise n'est pas là pour lui et lui montre qu'on peut se passer de lui (en faisant faire son travail par des stagiaires).

Ces personnes parlent de leur souffrance en termes d'épuisement mental et physique. Leur vitalité qui se traduisait par leur implication ou leur engagement dans le travail se transforme en lassitude, en ennui, en colère et pour certains en désespoir.

Ce qui fait cause commune

Psychologisation de la relation de travail

L'entreprise traditionnelle avait fini par générer ses structures de dialogue, ses stratégies de mise à distance par les salariés. L'entreprise moderne, dans la société de la connaissance et du service, désoriente les nouveaux salariés, parce que les réponses traditionnelles sont beaucoup moins efficaces (parité, syndicats...) et parce que les compétences mobilisées sont déplacées. Les compétences ne mobilisent pas que des gestes techniques, mais aussi des savoirs qui mettent en jeu la personne (relationnel, créativité, subjectivité, savoir être).

Or, mobiliser la subjectivité au nom d'une forme de liberté, rendre le travail plus humain par l'accès à plus d'autonomie, mais, en retour, capter cette subjectivité pour la figer et en faire un objet est clairement du ressort d'une dynamique perverse. Le salarié est pris au plaisir de l'intérêt porté au travail, de l'affectivité diffuse, il abaisse ses défenses et, au premier échec de la relation salarié/entreprise, il sera déstabilisé par la vision d'un système qui ne le tenait que pour un objet d'échange.

Cette situation est possible parce que le nouveau management pousse les salariés à intérioriser, comme étant de leur responsabilité, les échecs : le fait d'être autonome et de s'auto-évaluer participe à cette intériorisation. La psychologisation de l'évaluation vient renforcer la responsabilité de l'individu et appuie sur sa position de sujet. On demande au salarié de rester employable en développant ses compétences, on le somme d'être acteur de sa trajectoire professionnelle. Il est un salarié-sujet de sa propre employabilité et c'est sa capacité à mobiliser sa subjectivité et à s'impliquer qui en donnera la mesure.

Ce discours laisserait à penser que le salarié à qui on suggère (ou conseille) d'orienter sa carrière dans tel sens est sujet de toutes les attentions. Et, s'il est sujet, il est normal qu'il mobilise sa subjectivité. Mais est-il vraiment sujet puisqu'il est objet dans la logique de gestion ? La mobilisation des salariés sous le mode « sujet » ne serait que l'apparence d'une réalité où il n'est qu'objet. Cette manipulation du sujet « chosifié » est du ressort de la perversion : « le corps pulsionnel, celui qui est animé par toute la richesse émotionnelle et créatrice de la psyché, se retrouve dévitalisé, robotisé, vidé de lui-même parce que entièrement dévolu aux besoins de la cause. Il est annexé à l'empire de l'organisation et, avec son aliénation, c'est tout le lien social, toute la solidarité entre les êtres, tout le vivre ensemble, qui en est affecté. »⁹

Dans le témoignage de Marie, il est dit qu'elle « a fait une formation personnelle afin d'entrer dans les métiers de la recherche qui lui paraissaient prometteurs d'épanouissement intellectuel » et que Catherine « est très impliquée dans son travail qui l'intéresse et représente pour elle une chance d'évolution et elle

consent de travailler tard le soir ». L'une comme l'autre aiment leur travail et sont attachées au travail bien fait.

Cette caractéristique en elle-même montre que le conflit est autour de ce sentiment de « travail bien fait » ; pour l'une comme pour l'autre, ce sentiment incorpore certainement des éléments personnels liés à leurs histoires et vécus expérimentiels. Rentrer dans l'analyse de ces aspects est une façon de comprendre à quel projet ou vison inverse, elles se sont heurtées. L'explicitation des valeurs en jeu dans ce type de conflits est vitale pour en faire émerger le sens qui permettra à chacune de s'en réapproprier la dimension personnelle.

Cependant, penser que la prise en charge de ce type de souffrance¹⁰ serait du ressort de cette unique démarche en reviendrait à instaurer une psychologisation pure et dure ; il s'agirait alors pour la DRH de budgétiser des interventions pour prendre en charge les consultations psychologiques ou pourquoi pas recruter un psychologue (ou un professionnel faisant office de) qui prendrait ce travail en charge. Cette tendance est réelle et on voit bien comment la psychologisation des rapports sociaux s'inscrit dans le processus d'individualisation et tend à éviter la socialisation des questions de souffrance au travail. Aujourd'hui, il est courant que, dans le cadre de la gestion des ressources humaines, soit proposé à un cadre ou un responsable du coaching, de l'intervention psychologique.

L'implication et la mobilisation de la subjectivité ne sont pas suffisantes pour expliquer la souffrance. Il faut aussi que l'entreprise, lieu fondamental dans la reconnaissance sociale de la personne, soit prise en flagrant délit de désintérêt de ce qu'est le salarié pour que la souffrance apparaisse.

La défaillance de la gestion des ressources humaines¹¹ est telle que, à la moindre interpellation du salarié envers l'entreprise, la supercherie se révèle : le manager est focalisé sur des indicateurs de gestion et le salarié sur l'engagement de son identité à mettre en œuvre son travail. Ici, c'est la gestion des ressources humaines et l'organisation du travail qui sont en question et qui vont conditionner la plus ou moins grande exposition des salariés de l'entreprise à la violence.

Dans les deux témoignages cités précédemment, en première analyse, Marie et Catherine portent leur plainte en terme de harcèlement moral. Certes, des éléments de fonctionnement « pervers » sont présents dans chacune des histoires (autoritarisme, posture de toute puissance des cadres, déni de la souffrance, comportements de mépris...) Cependant, pour sortir de ce traitement sur un mode personnel et pouvoir intervenir en terme de gestion des ressources humaines, nous sommes amenées à poser la question du collectif de travail.

⁹ Romanens M., *Maltraitance au travail*, Desclée de Brouwer, Paris.

¹⁰ Patrel D., *Implication et souffrance au travail*, Actes du Colloque IAE-IAS, Corte, 2003.

¹¹ Plane J.-M., *La gestion des ressources humaines*, Economica, 2003.

Organisation du travail et souffrance au travail

Les praticiens de la santé s'accordent à reconnaître que de nouvelles formes de pathologie du travail apparaissent et ne cessent d'augmenter¹², jusque, et y compris, les maladies professionnelles et les accidents du travail affectant au premier chef la santé du corps, plus encore que la santé mentale¹³. Le passage d'un modèle taylorien classique à un modèle serviciel remet en question les conditions de travail. Ce modèle s'appuie sur une implication subjective des salariés : « là où l'initiative était interdite, la voilà obligatoire sous la forme d'une sollicitation systématique de la mobilisation personnelle et collective. La prescription de l'activité se fait prescription de la subjectivité. »¹⁴

La réduction des effectifs, les restructurations, la flexibilité, l'évaluation des performances, si elles ont des incidences majeures sur le développement de la violence au travail, agissent toutes par le même mécanisme : en déstructurant la solidarité, en désorganisant la coopération et en sapant les bases du vivre ensemble qui sont le ressort principal de la prévention ordinaire de la violence au travail¹⁵.

Il est évident que le conflit ne peut s'analyser simplement en terme de relations interpersonnelles. Mais l'ambiance actuelle ne laisse pas d'autres alternatives pour penser que celui qui émet cette plainte est victime d'un pervers narcissique.

Si les deux directeurs apparaissent bien comme ayant une position autoritariste, dans le déni de la souffrance, maniant l'injonction paradoxale, peut-on en déduire que s'exprime dans ces attitudes des caractéristiques du pervers narcissique ? C'est un peu rapide. On peut effectivement détecter des abus de pouvoir, du peu de reconnaissance pour les techniciens du « bas de l'échelle » et certainement de considérer leur « main d'œuvre » comme des objets, cependant on comprend que les tensions soient complexes, contextualisées dans le temps du marché, dans la question de la remise en cause forte de la recherche publique, dans l'instauration d'un management de type serviciel.

L'expression de souffrance au travail et, spécifiquement, sous la forme du harcèlement vient toujours dire que le conflit à l'œuvre est un conflit de valeurs et concerne le salarié « victime », mais aussi le collectif auquel appartient ce salarié et... le manager lui-même. Certes, il ne s'agit pas de banaliser la souffrance et elle doit être prise en compte concrètement pour la santé de la personne. Mais la résolution individuelle qui consiste le plus souvent à extraire la personne de son environnement professionnel est loin d'avoir permis l'appréhension des enjeux de violence et de souffrance.

Le harcèlement moral est une porte ouverte à l'expression de souffrances nouvelles, peu ou mal identifiées. L'accusation dans

ces termes permet « d'exprimer, à la fois, le sentiment d'une illégitimité des pressions auxquelles on se trouve soumis et l'individualisation des dilemmes et des conflits du travail avec ce qu'elle implique de difficulté à en penser et à en exprimer les enjeux »¹⁶.

Dans les deux témoignages cités, on retrouve la plainte de non-reconnaissance du travail effectué, à la fois dans la dimension de l'utilité et dans celle du travail bien fait. La reconnaissance de l'utilité est sanctionnée de fait par le responsable d'équipe : les activités sont, elles, intégrées ou pas à un protocole, reprises pour la suite des travaux et valorisées. La reconnaissance du travail bien fait vient des collègues qui vont renvoyer une appréciation positive sur les ficelles du métier. En l'absence de ces deux facettes de la reconnaissance, le salarié perd pied dans son positionnement par rapport à son milieu professionnel et est touché de plein fouet dans son identité. On voit bien comment ce manque entraîne de la souffrance psychique et peut être renvoyé au salarié sur un mode personnel (donc psychologique). Cette souffrance psychique, traitée sous la forme d'un problème personnel, gomme ce qu'elle est en réalité : une problématique de management autour des formes de communication.

Il est bien de la responsabilité du management d'organiser des lieux de communication et d'en réinstaurer des conditions satisfaisantes : concurrence/confiance, lieux formels/informels (pause café...) Mais encore faut-il que les managers aient aussi espace et temps pour mettre en œuvre cette organisation du travail. Sur le champ d'analyse de la fonction publique d'État, les managers sont particulièrement mal outillés pour prendre en charge cette organisation du travail ; la tentation de psychologiser apparaît alors comme la seule issue et explication (c'est Marie ou Catherine qui ne va pas bien).

Conclusion

Nous sommes parties du harcèlement moral comme explication tautologique des dysfonctionnements relationnels de l'entreprise publique. L'analyse de situations basées sur des témoignages montre bien que, si la plainte est exprimée en ces termes, on ne peut en rester à une vision binaire : harcelé/harceleur. Loin d'aider à analyser ce problème, elle a tendance à enfermer le salarié dans une posture de victime sans réinterroger l'organisation du travail.

Ces deux témoignages courts dénoncent des faits de maltraitance qui peuvent être constitutifs d'une accusation de harcèlement moral, mais, en réalité, la posture des managers concernés n'est nullement celle du pervers narcissique ; on se retrouve avec des harcelés sans harceleur identifié. Le harcèlement est, de fait, sous-

¹² Abord de Châtillon E., *HDR*, février 2006.

¹³ Gollac M., Volkoff S., *Les conditions de travail*, La Découverte, coll. Repères, 2001.

¹⁴ Clot Y., *La fonction psychologique du travail*, PUF, 1999.

¹⁵ In Dejours, Rapport, au ministère de la Santé et des Solidarités, de la commission « Violence, travail, emploi, santé », mars 2005, 139 p.

¹⁶ Davezies P., revue *Travailler*, n° 11, 2004, p. 83-90.

tendu par l'organisation du travail qui ne prend pas en compte la reconnaissance du travail des uns et des autres, banalise ou dénie les vécus de souffrance et déconstruit les espaces de socialisation. La prévention de ce type de risque, que nous qualifierons de social (en premier) et de psychologique (en second), nécessite la mobilisation des collectifs de travail. Ce risque psychosocial est en soi un risque organisationnel.

Prendre en considération, du point de vue de la gestion des ressources humaines, le risque psychosocial comme un risque organisationnel permet de penser la santé au travail, non pas sous l'angle d'un service médico-social, mais comme un enjeu de gestion des ressources humaines. La santé, comme point central et non plus comme un avatar des conditions de travail, devient un axe de la gestion des hommes et des femmes.

L'élaboration d'outils d'alerte, le travail de mise en délibération doivent être l'objectif d'équipes pluridisciplinaires des professionnels de la santé et des ressources humaines. Cette démarche ne peut être, et ne doit pas être, seulement du ressort de la médecine du travail. Les assistants de service social spécialisés en entreprise sont garants du fait que l'aspect social (dimension forte dans la souffrance au travail) ne sera pas « escamoté » au profit du psychologique ou du médical.

Les CHS (en ce qui concerne la fonction publique) doivent avoir une place prépondérante dans le débat et les analyses sur la souffrance au travail.

Ces délibérations et analyses co-construites avec les salariés doivent aider à « reconquérir la capacité à penser l'expérience du travail, à en discuter avec les collègues, à en soutenir les enjeux dans le nécessaire débat avec le management. Il s'agit ainsi de ramener dans le registre de la conflictualité sociale les dilemmes que les agents vivent chacun comme un drame personnel »¹⁷.



Dominique PATUREL,
Responsable d'un service
social
Isabelle CHAMPION,
Syndicaliste

« Agir sur le stress et les risques psychosociaux : réguler les tensions, définir les indicateurs, position des partenaires sociaux »

Revue *Travail et changement*, n° 318, mars 2008, 20 p.
Coordinateurs **Philippe Douillet, Béatrice Sarazin**

Menaces pour les salariés et les organisations, les risques psychosociaux deviennent une préoccupation majeure de tous les acteurs d'entreprise. Comment prévenir ces phénomènes complexes ? Le réseau Anact propose de dépasser la seule prise en charge individuelle au profit d'une approche s'appuyant sur l'organisation du travail. À la clé : la réduction et la régulation des tensions.

Après les cas de suicides au travail, après la négociation européenne, le stress et les risques psychosociaux sont des thèmes majeurs dans l'actualité sociale et sujets centraux de la conférence nationale sur les conditions de travail...

Négociation européenne et nationale, points de vue des huit organisations syndicales, expertise de Jean-François Chalot, professeur à Paris-Dauphine, et de Christine Cohidon, médecin épidémiologiste à l'Institut national de veille sanitaire (INVS), le numéro fait le point, pour aider les entreprises à « s'emparer de la question, sans idéologie, sans caricature ni du management ni des salariés », comme le rappelle Jean-Baptiste Obéniche, directeur général de l'Anact, dans son éditorial.

Service public, entreprises privées ou associations... Tous les secteurs sont concernés. Six exemples d'entreprises ayant mené des actions de prévention illustrent la manière dont ces problèmes peuvent être abordés par les directions d'entreprise, avec leurs salariés.

Des points de vigilance, une note de lecture sur l'ouvrage de Nicole Aubert et Vincent de Gaulejac, *Le coût de l'excellence*, et des références bibliographiques complètent l'approche.

Numéro téléchargeable sur www.anact.fr

Si vous souhaitez recevoir les cahiers des FPS, merci d'en faire la demande à la DRTEFP Paca auprès de :
valerie.giorgi@dr-paca.travail.gouv.fr

¹⁷ Davezies P., *Souffrance au travail : les dilemmes de l'action*, Lyon, 2003.

Devenir des salariés licenciés à la suite d'une inaptitude au poste, de 2002 à 2004, en Vaucluse

Ce texte est issu d'une étude réalisée par un collectif de médecins du travail du Vaucluse. Il n'en constitue pas une synthèse mais reprend les éléments qui nous ont paru les plus significatifs au regard de l'objectif de la revue. Les lecteurs voulant plus de détail et une vision complète des résultats pourront se mettre en rapport avec les auteurs c.buchet@aist-avignon.net

Introduction

Dans le cadre de leur mission de prévention de la santé au travail, les médecins du travail (MDT) ont à jouer un rôle de prévention en tant que conseiller de l'entreprise et du salarié. Ils doivent « éviter toute altération de la santé du travailleur du fait du travail ». Les MDT sont amenés à établir une fiche d'aptitude du salarié à son poste de travail et parfois à décider d'une inaptitude au poste de travail. La législation prévoit qu'en cas d'incompatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du salarié, le MDT peut proposer un aménagement de poste ou une mutation.

Cet acte est lourd de conséquence car, bien que l'employeur soit tenu de rechercher un reclassement pour son salarié ou d'aménager le poste, le salarié peut être licencié en cas d'impossibilité de reclassement. Quelle est l'importance de ces échecs du maintien dans l'emploi ? Quelles en sont les causes ?

Aptitude : l'aptitude cherche à s'assurer que chaque salarié a les capacités physiques et mentales nécessaires aux exigences de son poste de travail. Pour réaliser cette mission, les médecins du travail réalisent des études de poste pour connaître les conditions de travail (chimiques, physiques, biologiques, psychosensoriels...) Ces données sont confrontées à l'état de santé de chaque salarié qui est apprécié lors des visites médicales.

Aptitude avec restrictions : le médecin du travail peut également, à l'issue d'une visite médicale, déterminer que le sujet est apte à son poste sous réserve de ne pas effectuer certaines activités mentionnées sur le certificat d'aptitude. Il est nécessaire d'être attentif car cette aptitude avec restriction peut entraîner les mêmes conséquences que l'inaptitude s'il n'existe pas d'aménagement de poste réalisable.

Inaptitude : le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail dans l'entreprise et après deux examens médicaux de l'intéressé, accompagnés, le cas échéant, d'examens complémentaires et espacés de 2 semaines (art. R. 241-51-1 du Code du travail).

Dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé ou la sécurité de l'intéressé ou celle des tiers, le médecin du travail peut constater l'inaptitude du salarié en une seule visite médicale (art. R. 241-51-1 du Code du travail).

Inaptitude temporaire : il y a inaptitude temporaire lorsque le médecin du travail estime, à l'issue d'une visite médicale que

L'objectif premier de l'étude est de préciser le devenir de ces salariés mis inaptes. De nombreuses enquêtes ont été réalisées sur les inaptitudes aux postes. Elles se sont, pour l'essentiel, intéressées au profil des salariés et aux circonstances de l'inaptitude. Quelques unes, assez rares, se sont penchées sur le devenir de ces salariés. Il nous a paru intéressant de rechercher des indicateurs de santé qui nous permettraient de préciser les paramètres intervenant dans ces situations souvent dramatiques afin de les prévenir. Nous avons voulu de plus, à travers cette étude, mesurer les conséquences sociales et professionnelles de ces décisions d'inaptitude.

Méthodologie

L'enquête a été lancée à l'initiative de médecins du secteur d'Avignon, à la suite de réunions conjointes avec Cap emploi (organisme d'aide au maintien dans l'emploi) sur le devenir des salariés mis inaptes à leur poste de travail par leur médecin du travail. Une information sur l'action a d'abord été adressée à tous les médecins du Vaucluse, par l'intermédiaire des directions des services de Santé au Travail interentreprises du Vaucluse. Chaque médecin est, bien sûr, resté libre de sa participation ou non à cette enquête. Sur les 53 médecins concernés, 24 ont

le salarié n'est pas en état momentanément de tenir son poste. Le médecin du travail ne pouvant prescrire d'arrêt de travail au salarié, il demande au médecin traitant de prescrire un arrêt de travail afin que le salarié bénéficie des indemnités journalières.

Aptitude avec restriction : l'avis d'inaptitude temporaire peut être nuancé avec des propositions d'aménagement de poste soumises à l'employeur (article L. 241-10-1 du Code du travail). Si le médecin du travail ne fait pas de propositions d'aménagement de poste ou si celles-ci sont refusées par l'employeur, le contrat de travail sera suspendu sans rémunération sauf si le salarié a obtenu, par son médecin traitant, un arrêt de travail le menant jusqu'à la date du nouvel examen médical fixée par le médecin du travail.

Licenciement pour inaptitude : la résiliation par l'employeur du contrat de travail du salarié atteint d'une maladie le rendant inapte à exercer toute activité dans l'entreprise s'analyse en un licenciement qui ouvre droit à l'indemnité légale de licenciement ou, si elle est plus favorable au salarié et si les clauses de la convention ne l'excluent pas, à l'indemnité conventionnelle.

Recours : lorsqu'il existe un désaccord sur les conclusions d'aptitude ou d'inaptitude données par le médecin du travail, le salarié ou l'employeur peuvent saisir l'inspecteur du travail. Celui-ci décide après avis du médecin inspecteur du travail (article L. 241-10-1, 3e alinéa, Moyens et méthodes).

accepté de participer à l'enquête, répartis sur tous les services du département, sauf un service comprenant 3 médecins qui n'a pu participer faute de moyens pour retrouver les données nécessaires à la réalisation de l'enquête.

Un questionnaire type a ensuite été adressé à tous les médecins volontaires, comprenant une partie destinée au salarié et une partie destinée à être remplie par le médecin. Le questionnaire a été élaboré par les médecins initiateurs de l'enquête, aidés du département de statistique et de traitement des données de l'Institut universitaire de technologie de l'Université d'Avignon.

Chaque médecin a recherché les salariés mis inaptes, au cours des années 2002, 2003 et 2004, dans son secteur. À noter que les médecins nouvellement arrivés sur leur secteur ont ressorti les dossiers pris en charge par leur(s) prédécesseur(s). Le formulaire destiné au salarié a été envoyé à tous les salariés concernés, avec une note explicative de la démarche en cours. L'anonymat était garanti par un numéro attribué à chaque dossier et connu du seul médecin qui adressait le courrier.

Au retour du questionnaire, les médecins participants ont rempli la deuxième partie du questionnaire à l'aide du dossier, afin d'approcher au plus près les paramètres médicaux. Seuls les questionnaires ainsi remplis par le salarié et par le médecin ont été pris en considération pour l'enquête.

Au total :

- 1 115 questionnaires ont été envoyés,
- 146 questionnaires sont revenus non remplis car non parvenus à l'adresse indiquée,
- 999 questionnaires sont parvenus aux salariés,
- 456 questionnaires sont revenus,
- 393 questionnaires ont pu être exploités (soit 35,25 %).

Les salariés n'ayant pas répondu ou n'ayant pu être joints par courrier (changement d'adresse par exemple), les données illisibles des questions ouvertes et les dossiers mal remplis ont été exclus de l'étude, ce qui peut constituer un biais de sélection.

L'ensemble des données a été traité sur le logiciel Sphynx, grâce à la précieuse collaboration de messieurs Berthet et Bousquet, professeurs agrégés de mathématiques du département de statistique et de traitement des données de l'Institut universitaire de technologie de l'Université d'Avignon. La participation active d'un organisme extérieur a permis d'améliorer fortement la valeur épidémiologique de l'enquête menée.

Population

Proportions des inaptitudes				
année	2002	2003	2004	3 ans cumulés
effectif total suivi par les médecins participants	78 779	81 471	85 780	246 030
nombre d'inaptitudes	396	416	396	1 208
pourcentage	0,50 %	0,51 %	0,46 %	0,49 %

Ce tableau nous donne la proportion des salariés pour lesquels une inaptitude a été décidée par les 24 médecins ayant participé à cette enquête. La population étudiée semble cohérente vis-à-vis de l'ensemble de la population.

Catégories socioprofessionnelles	
Ouvriers qualifiés	109
Employés de commerce	70
Ouvriers non qualifiés	63
Employés administratifs d'entreprise	46
Personnels des services directs aux personnes	21
Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilé	17
Contremaîtres, agent de maîtrises	12
Professions intermédiaires administratives et commerciales d'entreprise	11
Cadres d'entreprise	9
Autres	35
Total	393

Nous avons utilisé le code PCS (Nomenclature des catégories socioprofessionnelles) pour les professions et le code NAF (Nomenclature d'activité française) pour le secteur de l'entreprise. La répartition par catégories socioprofessionnelles (CSP) montre une surreprésentation des ouvriers qualifiés et des emplois de commerce. Dans les autres études, on retrouve essentiellement les ouvriers. Quelle pourrait être l'origine de cette surreprésentation des employés de commerce ?

Taille des entreprises		
de 0 à 10 salariés	139	35,4 %
de 11 à 50	158	40,2 %
de 51 à 300	80	20,4 %
plus de 300	7	1,8 %
non-réponse	9	2,1 %
total	393	100 %

75 % des inaptitudes apparaissent dans les entreprises de moins de 50 personnes, ce qui correspond à la répartition de nos entreprises. Il est à noter que le reclassement est considéré comme réellement impossible dans l'entreprise pour 72 % des salariés.

Âge du début de travail		
Moins de 20 ans	283	72 %
De 21 à 30 ans	69	17,60 %
De 31 à 40 ans	15	3,80 %
De 41 à 50 ans	2	0,50 %
De 51 à 60 ans	1	0,30 %
61 ans et plus	1	0,30 %
Non-réponse	20	5,10 %
Total	393	100 %

On pourrait supposer, à partir de ces chiffres, que ce sont les salariés les moins formés qui ont à pâtir des licenciements pour inaptitude. La majorité des personnes inaptes se retrouvent dans la population des personnes ayant commencé le travail avant 21 ans, dont on peut penser qu'il s'agit de salariés occupant des postes peu qualifiés et aux contraintes physiques importantes.

Âge au moment de l'inaptitude		
Moins de 21 ans	9	2,29 %
De 21 à 25 ans	13	3,31 %
De 26 à 30 ans	37	9,41 %
De 31 à 35 ans	44	11,20 %
De 36 à 40 ans	38	9,67 %
De 41 à 45 ans	66	16,79 %
De 46 à 50 ans	56	14,25 %
De 51 à 55 ans	103	26,21 %
De 56 à 60 ans	26	6,62 %
Plus de 60 ans	1	0,25 %
Total	393	100 %

La moyenne d'âge, au moment de l'inaptitude, est de 46 ans. Pour les autres études, il est de 45 ans. La répartition par classe d'âge montre que celle des 51-55 ans est la plus représentée dans notre étude par rapport à la population des salariés du Vaucluse (recensement Vaucluse 1999). La distribution présente une forte dissymétrie. Un tiers des salariés mis inaptes a plus de 50 ans et on peut donc s'interroger sur les causes des inaptitudes prononcées chez les salariés plus jeunes : facteurs psychosociaux, limites physiques, désir de réorientation... ?

Retour à l'emploi après inaptitude		
Oui	89	22,5 %
Non	265	67,1 %
Non-réponse	39	10,4 %
Total	393	100 %

Le retour à l'emploi après le licenciement est très minoritaire (22,5 %), alors que le questionnaire peut avoir été rempli jusqu'à 4 ans après celui-ci. Pour les autres études, on trouve un taux de 16 % pour l'AIMT et de 27 % pour l'ACMS (cette association a initié une structure en réseau d'accompagnement). Il y a une dépendance entre la durée de l'arrêt de travail et le retour à un emploi. En effet, plus la durée de l'arrêt de travail sera longue, plus le fait de retrouver un emploi sera difficile : pour une durée jusqu'à 6 mois d'arrêt maladie, près d'un tiers retrouveront du travail, alors que pour les personnes qui ont un arrêt de plus de 3 ans, le pourcentage de retour à l'emploi ne dépasse pas les 5 %.

21 personnes se retrouvent dans une situation sociale très critique (RMI, sans ressources...)

Pathologies à l'origine de l'inaptitude		
Anxio-dépressive	68	17,3 %
TMS	41	10,43 %
Dorsolombaire	109	27,74 %
Ostéo-articulaire	58	14,76 %
Respiratoire	8	2,04 %
Cardio-vasculaire	29	7,38 %
Rénale	1	0,25 %
Système nerveux	11	2,80 %
Système digestif	8	2,04 %
Psychique	3	0,76 %
Cancer	9	2,29 %
Allergies	5	1,27 %
Infection	2	0,51 %
Addictions	5	1,27 %
Pathologies multiples	19	4,83 %
Autres	17	4,33 %
Total	393	100 %

Nous avons retenu la pathologie principale à l'origine de l'inaptitude. Deux grandes familles monopolisent ces causes : les pathologies anxio-dépressives, encore une fois essentiellement féminines, et les pathologies ostéo-tendino-musculaires, dont l'origine professionnelle est surtout présente pour les hommes. Les pathologies à l'origine de l'inaptitude sont très majoritairement dorsolombaires (28 %), anxio-dépressives (17 %), ostéo-articulaires (15 %) ou tendineuses (10,43 %).

Une analyse plus détaillée, croisant les classes d'âge, le sexe et les pathologies, met en évidence les pathologies ostéo-tendino-musculaires dont la fréquence est fonction de l'âge surtout pour les hommes. La moyenne d'âge est de 50 ans. Ces pathologies apparaissent chez les femmes de 35-40 ans (TMS ?). Les pathologies anxio-dépressives entraînent une

inaptitude surtout chez les femmes dans la tranche d'âge de 40 à 45 ans, avec une moyenne d'âge vers 44 ans.

Le croisement de ces pathologies avec la relation au travail met principalement en évidence les pathologies anxio-dépressives chez les femmes. Les pathologies ostéo-musculaires dont l'origine serait professionnelle sont surtout présentes chez les hommes. On peut émettre l'hypothèse que c'est bien la relation entre les salariés et leur travail qui est déficiente dans le cadre des pathologies anxio-dépressives, ce qui leur permet de retrouver du travail ailleurs. Pour l'autre catégorie (pathologies ostéo-tendino-musculaires), l'état de santé ne permet plus un retour sur le marché du travail.

Conclusion

Nous avons fait ressortir quelques caractéristiques des salariés déclarés inaptés. Avant l'inaptitude, 30 % des salariés sont déclarés travailleurs handicapés et 19 % sont en invalidité. Les médecins du travail incitent souvent les salariés en difficulté à demander une reconnaissance de statut de travailleurs handicapés afin de favoriser leur reclassement.

Il est étonnant de constater l'inadéquation entre la classification en surveillance médicale standard (SMS) et en surveillance médicale renforcée (SMR) et la réalité. En effet, les facteurs psychosociaux et la manutention ne sont pas repris dans la liste des situations de travail impliquant légalement une surveillance médicale renforcée, alors qu'ils sont très souvent en cause dans les licenciements pour inaptitude et, certainement aussi, dans un grand nombre de cas de morbidité. Le rôle du médecin du travail ne devrait-il pas être renforcé dans l'entreprise pour prévenir ces pathologies : pénibilité des postes, organisation du travail, facteurs psychosociaux... ?

Les inaptitudes au poste sont le plus souvent suivies de grosses difficultés de réinsertion professionnelle. Nous avons été interpellés, dans plusieurs cas, par l'évolution vers une grande précarité et des difficultés psychologiques. Une action plus poussée pour faciliter le maintien dans l'emploi ne serait-elle pas nécessaire ? Une collaboration plus étroite avec les autres instances (employeurs, CAP emploi), avant la déclaration d'inaptitude, par exemple, au moment de la visite de pré-reprise, ne serait-elle pas utile ? Cette collaboration pourrait également faciliter l'orientation vers une formation dont on a vu l'efficacité dans le retour à l'emploi.

Enfin, devant le sentiment d'abandon face aux démarches à accomplir après le licenciement, nous sommes amenés à penser qu'un accompagnement social personnalisé plus adapté serait à envisager.



**Dr BUCHET, Dr COL,
Dr de la BRUSSE, AIST Avignon**

**Dr RIGAUT,
Santé au Travail Durance Lubéron
Dr MASSE, GMSI Carpentras**

**Avec la participation des médecins du travail
des services interentreprises de Vaucluse**

« Agir sur le stress et les risques psychosociaux : réguler les tensions, définir les indicateurs, position des partenaires sociaux »

Revue *Travail et changement*, n° 318, mars 2008, 20 p.
Coordinateurs **Philippe Douillet, Béatrice Sarazin**

Menaces pour les salariés et les organisations, les risques psychosociaux deviennent une préoccupation majeure de tous les acteurs d'entreprise. Comment prévenir ces phénomènes complexes ? Le réseau Anact propose de dépasser la seule prise en charge individuelle au profit d'une approche s'appuyant sur l'organisation du travail. À la clé : la réduction et la régulation des tensions.

Après les cas de suicides au travail, après la négociation européenne, le stress et les risques psychosociaux sont des thèmes majeurs dans l'actualité sociale et sujets centraux de la conférence nationale sur les conditions de travail...

Négociation européenne et nationale, points de vue des huit organisations syndicales, expertise de Jean-François Chalat, professeur à Paris-Dauphine, et de Christine Cohidon, médecin épidémiologiste à l'Institut national de veille sanitaire (INVS), le numéro fait le point, pour aider les entreprises à « s'emparer de la question, sans idéologie, sans caricature ni du management ni des salariés », comme le rappelle Jean-Baptiste Obéniche, directeur général de l'Anact, dans son éditorial.

Service public, entreprises privées ou associations... Tous les secteurs sont concernés. Six exemples d'entreprises ayant mené des actions de prévention illustrent la manière dont ces problèmes peuvent être abordés par les directions d'entreprise, avec leurs salariés.

Des points de vigilance, une note de lecture sur l'ouvrage de Nicole Aubert et Vincent de Gaulejac, *Le coût de l'excellence*, et des références bibliographiques complètent l'approche.

Numéro téléchargeable sur www.anact.fr

Les facteurs psychosociaux au travail Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003

DARES, Premières synthèses, n° 28.1

Les femmes sont davantage exposées que les hommes au « *job strain* », une situation à risque pour la santé, où les marges de manœuvre individuelles ne permettent pas aux salariés de faire face aux exigences qu'ils ressentent dans leur travail. Les employés et les ouvriers sont eux aussi plus touchés par le « *job strain* » que les professions plus qualifiées. Les ouvriers et employés disposent des marges de manœuvre les plus réduites et les cadres subissent les demandes les plus fortes.

« *Job strain* » n'est toutefois pas synonyme de « stress » au sens usuel du terme : les salariés soumis à une forte demande dans leur travail, mais disposant de marges importantes pour y faire face, sont aussi nombreux à trouver leur travail très stressant. Les salariés exposés au « *job strain* » sont toutefois plus nombreux que les autres à se déclarer en mauvaise santé. Ces résultats sont obtenus grâce au questionnaire de Karasek, l'un des outils les plus utilisés pour évaluer les risques psychosociaux au travail.

Les facteurs psychologiques et sociaux liés à l'activité de travail sont susceptibles d'améliorer ou de dégrader la santé physique et mentale des salariés. Certains facteurs de risque pour la santé peuvent être appréhendés au travers du modèle de Karasek [1]. C'est, aujourd'hui, l'un des modèles les plus utilisés dans les recherches sur la santé au travail. Pour la première fois, en France, le questionnaire de Karasek a été soumis à un échantillon représentatif de la population salariée dans le cadre de l'enquête Sumer 2003.

Le modèle de Karasek distingue la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social

Le modèle de Karasek permet de faire un lien entre le vécu du travail et les risques que ce travail fait courir à la santé. Il s'appuie sur un questionnaire qui permet d'évaluer pour chaque salarié l'intensité de la demande psychologique à laquelle il est soumis, la latitude décisionnelle dont il dispose et le soutien social qu'il reçoit sur son lieu de travail.

La demande psychologique est évaluée par la quantité de travail, son intensité et son caractère plus ou moins morcelé tels qu'ils sont ressentis par les salariés. La latitude décisionnelle renvoie aux marges de manœuvre dont le salarié estime disposer pour peser sur les décisions dans son travail, aux possibilités d'utiliser et aussi de développer ses compétences. Le soutien social décrit l'aide dont peut bénéficier le salarié, de la part de ses supérieurs hiérarchiques ou de ses collègues.

Le « *job strain* », une situation à risque

Le modèle de Karasek permet de situer les salariés sur un graphique défini selon deux axes : la demande psychologique en ordonnée et la latitude décisionnelle en abscisse. Ce graphique est partagé par des axes correspondant à la valeur médiane de

chaque score. À droite (ou à « l'est ») du graphique, se trouvent les salariés dont le score de demande psychologique est supérieur à la médiane, en bas (au « sud ») ceux dont le score de latitude décisionnelle est inférieur à la médiane.

Le cadran où le risque d'avoir des répercussions négatives sur la santé est le plus fort est situé « en bas à droite » (ou au « sud-est »), car les salariés qui s'y trouvent ont à la fois une demande psychologique relativement élevée et une latitude décisionnelle relativement faible. C'est ce que le modèle de Karasek appelle la situation de « *job strain* », ou de tension au travail. Les situations à risques pour la santé sont celles où les exigences du travail sont importantes, la demande psychologique forte et où les ressources disponibles dans le travail pour y faire face sont insuffisantes, la latitude décisionnelle faible. Le risque est encore aggravé si le salarié bénéficie d'un faible soutien social. Les pathologies liées aux risques psychosociaux sont essentiellement des troubles cardiovasculaires, psychiques et musculo-squelettiques.

Les autres cadrans sont ceux des salariés dits « actifs » (forte demande psychologique et forte latitude décisionnelle), « passifs » (faible demande et faible latitude) et « détendus » (faible demande et forte latitude).

Les femmes sont plus exposées au « *job strain* » que les hommes

23 % des salariés se situent dans le cadran « tendu », c'est-à-dire dans une situation de « *job strain* ». Cette proportion, proche d'un quart, découle de la manière dont fonctionne le modèle de Karasek : le « *job strain* », comme les trois autres situations de travail, est défini à partir des médianes de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle et regroupe donc, par construction¹, environ un quart de la population étudiée.

28 % des femmes sont en situation de « *job strain* » contre moins de 20 % des hommes. Les femmes signalent une demande psychologique un peu plus élevée que les hommes. Elles s'en distinguent surtout par une plus faible latitude décisionnelle. En revanche, le soutien social déclaré par les hommes et les femmes est très proche.

Au sein de chaque catégorie socioprofessionnelle, le même schéma se retrouve : les femmes déclarent une demande psychologique plus forte et une latitude décisionnelle plus faible [4]. Les seules exceptions sont les employés administratifs et les cadres.

Parmi les employés administratifs, les hommes signalent une latitude plus faible que les femmes, sans doute parce que les métiers qu'ils exercent sont très différents de ceux exercés par les femmes : 23 % sont gardiens et 24 % sont des agents de catégorie C de la fonction publique, alors que 37 % des femmes sont secrétaires en entreprise.

Ce texte ici publié n'intègre pas les tableaux de la version originale, le lecteur désirant l'intégralité de la contribution se référera à « Premières Synthèses »

¹ Du fait, à la fois, de la définition même de la médiane et de la quasi-indépendance statistique entre les trois principales dimensions du modèle de Karasek.

Parmi les cadres, les femmes déclarent une demande psychologique un peu moins élevée que les hommes, occupant probablement, en moyenne, des postes à moindre responsabilité.

Les employés plus touchés par le « *job strain* » que les autres catégories socioprofessionnelles

Les risques psychosociaux dépendent aussi fortement du niveau de qualification. Hommes ou femmes, les cadres et les professions intermédiaires sont plus souvent dans une situation de travail dite « active » : 58 % et 36 %, contre 27 % en moyenne. En revanche les employés administratifs (31 %), les employés de commerce et de services (29 %) sont particulièrement nombreux dans le cadran « tendu ». Les ouvriers des deux sexes sont surreprésentés (31 % pour les ouvriers qualifiés, 44 % pour les non qualifiés) parmi les situations de travail dites « passives », même si les ouvrières se situent plutôt dans le cadran « tendu » (36 % contre 23 % pour les ouvriers).

L'exposition au « *job strain* » ne dépend guère du statut d'emploi du salarié, qu'il soit en CDI, en CDD ou intérimaire.

Des métiers davantage exposés au « *job strain* »

Par secteur d'activité, c'est dans l'hôtellerie-restauration, les transports, et les activités financières que la proportion de salariés dans le cadran « tendu » est la plus forte. Certains secteurs apparaissent en revanche relativement protégés, tels l'agriculture, la construction, l'éducation (secteur privé) et les services collectifs, sociaux et personnels.

Les métiers les plus exposés au « *job strain* » sont les ouvriers non qualifiés des industries de process (40 %), du textile et du cuir (39 %), les caissiers et employés de libre-service (36 %), les opérateurs informatiques (39 %) ainsi que les employés et la maîtrise de l'hôtellerie-restauration (33 %).

Une forte proportion des dirigeants, des cadres et ingénieurs, des techniciens et agents de maîtrise et de certaines professions intermédiaires déclare à la fois une forte demande psychologique et une forte latitude, se situant ainsi dans le cadran des « actifs ». Cela concerne, par exemple, 45 % des techniciens et agents de maîtrise et 61 % de cadres du BTP, 42 % des techniciens et 53 % des ingénieurs de l'informatique, 54 % des cadres de la banque et des assurances. Dans le secteur de la santé, 40 % des infirmières sont dans cette situation.

Dans certains métiers, la demande psychologique est faible : dans l'agriculture (maraîchers jardiniers), dans le bâtiment (ouvriers non qualifiés du gros œuvre ou du second œuvre), dans l'industrie (ouvriers non qualifiés de la mécanique), dans les services (gardiennage, aide à domicile, chauffeurs). Pour certains d'entre eux, la latitude décisionnelle est aussi légèrement en dessous de la moyenne, ils se situent donc souvent dans le cadran des situations dites « passives ». Ainsi, en est-il, par exemple, de 50 % des agents d'entretien et de 63 % des employés de services divers. Pour d'autres, au contraire,

comme les ouvriers qualifiés du bâtiment et les coiffeurs, cette faible demande psychologique est associée à une forte latitude décisionnelle (cadran des « détendus »).

Les contraintes physiques et les tensions avec le public renforcent les risques de « *job strain* »

Une analyse, « toutes choses égales par ailleurs », confirme les résultats précédents : les hommes ont une probabilité significativement plus faible que les femmes de se trouver dans le cadran « tendu » de même que les cadres et les professions intermédiaires ainsi que les salariés du BTP ou des services personnels, au contraire de ceux des hôtels-restaurants ou du secteur financier. Les salariés récemment embauchés ainsi que ceux des petits établissements, de moins de 10 salariés, sont également moins exposés au « *job strain* ».

Parmi les conditions de travail qui ne sont pas directement liées aux trois dimensions du modèle de Karasek², certaines jouent nettement sur la probabilité de se trouver dans une situation de tension au travail. Ainsi, les salariés dont le rythme de travail est déterminé par plusieurs contraintes différentes, ceux qui vivent souvent des tensions avec le public, sont davantage soumis au risque de « *job strain* ». Il en va de même pour ceux qui subissent des pénibilités physiques comme devoir rester debout ou subir des vibrations plus de 20 heures par semaine, ou manipuler des charges plus de 10 heures par semaine.

Les salariés « tendus » sont plus inquiets des risques de sanctions en cas d'erreur

Les salariés « tendus » ou « actifs » déclarent davantage que les autres que des risques découleraient d'une erreur dans leur travail. Un résultat qui reste vrai « toutes choses égales par ailleurs ». Ainsi, le sentiment de responsabilité va de pair avec la demande psychologique. Les salariés « tendus » sont particulièrement inquiets des sanctions qu'ils pourraient subir du fait d'une erreur dans leur travail, alors que les « actifs » sont plus préoccupés par les répercussions d'une erreur sur la qualité des produits ou les coûts financiers pour l'entreprise.

Les salariés « tendus » sont peu nombreux à être satisfaits de leur travail, mais ne sont pas les seuls à se dire « stressés »

24 % des salariés se disent « tout à fait satisfaits » de leur travail, mais c'est seulement le cas pour 9 % des salariés en situation de « *job strain* », contre 19 % des salariés « passifs », 26 % des « actifs » et 41 % des « détendus ». Toutes choses égales par ailleurs, les « actifs » sont moins souvent satisfaits de leur travail que les « détendus », mais plus que les « passifs » : ceci est cohérent avec les études faites en psychodynamique du travail concernant l'importance de la latitude décisionnelle dans la satisfaction au travail [5]. Avoir des marges de manœuvre, utiliser et développer ses compétences, par et dans le travail, sont des facteurs essentiels d'équilibre psychique.

² Certains indicateurs d'organisation du travail recueillis dans le questionnaire rempli par le médecin du travail renvoient à la demande psychologique (par exemple, « être obligé de se dépêcher dans son travail ») ou à la latitude décisionnelle (« ne pas pouvoir changer l'ordre des tâches ») : ils sont par nature très fortement corrélés avec les variables de Karasek. On ne les a donc pas inclus dans l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » du *job strain*.

S'ils sont peu nombreux à être satisfaits de leur travail, les salariés « tendus » ne sont pas les seuls à le juger « stressant » : alors que 34 % des salariés estiment que leur travail est « très stressant », c'est le cas pour 48 % des salariés « tendus », mais aussi pour 53 % des « actifs », à l'inverse des « détendus » (20 %) et des « passifs » (16 %). C'est la demande psychologique qui semble principalement associée à ce sentiment de stress qu'il faut donc bien distinguer du « *job strain* » au sens de Karasek. Les salariés « tendus » et « actifs » sont également plus nombreux à déclarer que leur travail est très fatigant : 43 % et 33 % respectivement contre 20 % et 18 % seulement pour les « passifs » et les « détendus ».

Les salariés « tendus » se disent en moins bonne santé que les autres

Si 28 % des salariés jugent que leur travail est mauvais pour leur santé, les « actifs » émettent ce jugement aussi souvent (32 %) que la moyenne (et même plus souvent « toutes choses égales par ailleurs »), mais ce sont les « tendus » qui manifestent le plus d'inquiétude : 43 % jugent leur travail mauvais pour leur santé. Les salariés « tendus » sont également nettement plus nombreux (22 %) que les « actifs » (12 %) à se juger en mauvaise santé. L'opinion des salariés est donc cohérente avec le modèle de Karasek : c'est moins la demande psychologique (liée au sentiment de stress) à elle seule qui est source de risques pour la santé que son association avec une faible latitude décisionnelle.

Cependant, les « actifs » déclarent un peu plus souvent que les « tendus » souffrir fréquemment de problèmes de sommeil liés au travail : ces insomnies indiquent sans doute un état d'hyperactivité mentale lié à une forte demande psychologique.

Un soutien social insatisfaisant renforce l'appréciation négative des salariés sur leur santé

Les salariés en situation de « *job strain* » ont un jugement encore plus négatif sur leur santé quand ils disent manquer de soutien social. Ainsi, parmi les salariés tendus, ceux qui manquent de soutien social sont 51 % à juger leur travail mauvais pour leur santé, contre seulement 28 % pour ceux qui bénéficient d'un soutien social supérieur à la médiane.



Nicole GUIGNON,
Dares
Isabelle NIEDHAMMER,
Inserm
Nicolas SANDRET,
MIRMO-Drtefp-Idf

Références

- [1] Karasek R.-A., « Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 1979, n° 24, p. 285-308.
- [2] Karasek R., Theorell T., *Healthy Work : stress, productivity, and the reconstruction of the working life*, New York, Basic Books, 1990.
- [3] Niedhammer I., Chastang J.-F., Gendrey L., David S., Degioanni S., « Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER », *Santé Publique*, 2006, n° 3, p. 413-427.
- [4] Niedhammer I., Chastang J.-F., Levy D., David S., Degioanni S., « Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale SUMER », *Travailler*, Revue internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail, 2007, n° 17, p. 47-70.
- [5] Dejours C., *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Bayard, 1993.
- [6] Belkic K.-L., Landsbergis P.-A., Schnall P.-L., Baker D., « Is job strain a major source of cardiovascular disease risk ? », *Scand J Work Environ Health*, 2004, n° 30, p. 85-128.
- [7] Van der Doef M., Maes S., « The job demand-control (-support) model and psychological well-being : a review of 20 years of empirical research », *Work Stress*, 1999, n° 13, p. 87-114.
- [8] Hoogendoorn W.-E., Van Poppel M.-N., Bongers P.-M., Koes B.-W., Bouter L.-M., « Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain », *Spine*, 2000, n° 25, p. 2114-2125.
- [9] Paterniti S., Niedhammer I., Lang T., Consoli S.-M., « Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms : longitudinal results from the GAZEL Study », *Br J Psychiatry*, 2002, n° 181, p. 111-117.
- [10] Stansfeld S.-A., Fuhrer R., Shipley M.-J., Marmot M.-G., « Work characteristics predict psychiatric disorder : prospective results from the Whitehall II Study », *Occup Environ Med*, 1999, n° 56, p. 302-307.

Le questionnaire de Karasek et le calcul des scores

Les facteurs de risques psychosociaux au travail sont décrits, ici, à partir d'un outil internationalement utilisé, le questionnaire de Karasek, du nom de son principal initiateur, un sociologue nord-américain [1].

Ce questionnaire évalue trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social.

Il comporte 26 questions : 9 pour la demande psychologique, 9 pour la latitude décisionnelle, 8 pour le soutien social. Les réponses proposées sont : « Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord », ce qui permet de les coter de 1 à 4 et de calculer un score pour chacune des trois dimensions. On calcule ensuite la valeur de la médiane de chacun des scores, c'est-à-dire la valeur qui partage l'ensemble de la population enquêtée en deux parties égales : la moitié des salariés se situent au-dessus de ce score, et l'autre moitié au-dessous. Le « *job strain* » est défini comme une situation où la demande psychologique est supérieure à la médiane et la latitude décisionnelle inférieure à la médiane, ce qui constitue une situation à risque pour la santé [1, 2, 6, 7, 8].

L'axe « Demande psychologique » regroupe trois sous-axes : Quantité - rapidité

Q10 - Mon travail me demande de travailler très vite

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q12 - On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q13 - Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Complexité - intensité

Q14 - Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q11 - Mon travail me demande de travailler intensément

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q15 - Mon travail demande de longues périodes de concentration intense

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Morcellement - prévisibilité

Q16 - Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q17 - Mon travail est très bousculé

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q18 - Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Le score de demande psychologique est donné par la formule : $Q10+Q11+Q12+(5-Q13)+Q14+Q15+Q16+Q17+Q18$

L'axe « latitude décisionnelle » regroupe trois sous-axes : Latitude ou marges de manœuvre

Q4 - Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q6 - Dans ma tâche, j'ai très peu de libertés pour décider comment je fais mon travail

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q8 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Utilisation actuelle des compétences

Q2 - Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q5 - Mon travail demande un haut niveau de compétence

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q7 - Dans mon travail, j'ai des activités variées

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Développement des compétences

Q1 - Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q3 - Mon travail me demande d'être créatif

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q9 - J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Le score de latitude décisionnelle est donné par la formule :

$$4*Q4+4*(5-Q6)+4*(Q8)+2*(5-Q2)+2*(Q5)+2*(Q7)+2*(Q1)+2*(Q3)+2*(Q9)$$

L'axe « soutien social » distingue le soutien professionnel ou émotionnel, en provenance des supérieurs ou des collègues :

Le soutien professionnel

• par les supérieurs :

Q22 - Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q21 - Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

- par les collègues :

Q23 - Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q26 - Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Le soutien émotionnel

- par les supérieurs

Q20 - Mon supérieur prête attention à ce que je dis

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q19 - Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

- par les collègues

Q25 - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Q24 - Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

Le score de soutien social est donné par la formule :

$Q19+Q20+Q21+Q22+Q23+Q24+Q25+Q26$

« Job strain » et « isostrain »

Le « *Job strain* » ou « tension au travail » est la combinaison faible latitude/forte demande. En pratique, si le score de demande psychologique est supérieur à 20 et le score de latitude décisionnelle inférieure à 71, le salarié est dans le cadran « tendu » et donc considéré en situation de « *job strain* ».

L'« *isostrain* » est la combinaison d'une situation de « *job strain* » et d'un faible soutien social, inférieur à 24.

Une étude a évalué les qualités psychométriques de cette version française du questionnaire et l'a validée d'un point de vue statistique [3]. L'enquête Sumer permet donc de disposer d'une base de données pertinentes sur les facteurs psychosociaux en France, offrant des comparaisons y compris au niveau international.

Une étude statistique transversale comme Sumer ne peut pas répondre à la question de savoir si des « difficultés psychologiques » altéreraient la perception de certains salariés sur leurs charges psychologiques et sur leurs marges de manœuvre au travail. Par contre, des études longitudinales apportent des réponses à cette question. Si on entend par « difficultés psychologiques » des traits de personnalité, des études épidémiologiques ont montré qu'en prenant en compte des facteurs relatifs à la personnalité, les associations entre facteurs psychosociaux au travail et les indicateurs de santé étaient inchangés [9].

Des études prospectives ont montré les effets prédictifs des facteurs psychosociaux au travail sur le développement d'une symptomatologie anxio-dépressive chez des salariés qui y sont exposés. [10].

Méthodologie de l'enquête Sumer 2003

L'enquête Sumer, lancée et gérée conjointement par la Direction générale du travail (inspection médicale du travail) et la Dares, dresse un état des lieux des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France. La force de cette enquête repose, d'une part, sur l'expertise du médecin du travail qui peut administrer un questionnaire parfois très technique et, d'autre part, sur le grand nombre de salariés enquêtés, ce qui permet de quantifier des expositions à des risques relativement rares. L'enquête s'est déroulée sur le terrain de juin 2002 à fin 2003 : 1 792 médecins du travail, soit plus de 20 % des médecins du travail en exercice, ont tiré au sort 56 314 salariés, dont 49 984 ont répondu.

Le champ : 80 % des salariés sont couverts par l'enquête Sumer

En 1994, l'enquête couvrait l'ensemble des salariés surveillés par la médecine du travail du régime général et de la Mutualité sociale agricole. En 2003, le champ a été étendu aux hôpitaux publics, à EDF-GDF, La Poste, la SNCF et Air France. Il ne couvre cependant pas les fonctions publiques d'État et territoriale, une partie des transports (régions urbaines et transport par eau), les mines, la pêche, France Télécom... Parmi les 21,7 millions de salariés, 17,5 millions sont représentés dans le cadre de l'enquête Sumer 2003.

La pondération : un calage sur marges

La pondération a été réalisée à l'aide d'un calage sur marges (macro Calmar). Les critères utilisés sont le sexe, la tranche d'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le secteur d'activité et la taille de l'établissement. Les distributions de référence sont issues des Déclarations annuelles de données sociales (DADS), de l'enquête Emploi et de sources spécifiques pour les grandes entreprises intégrées au champ 2003 et la Mutualité sociale agricole.

L'auto questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire auto administré proposé à un salarié sur deux interrogé dans l'enquête. 24 486 personnes ont répondu à cet auto questionnaire. Il a fait l'objet d'un redressement particulier car la structure des non-réponses était quelque peu différente de celle du questionnaire principal. On a utilisé la même méthode de pondération avec les mêmes critères de calage.

Outre le questionnaire de Karasek, ce questionnaire comporte des questions sur :

- l'appréciation sur la réduction du temps de travail ;
- l'autoévaluation de l'état de santé, du travail et de l'influence du travail sur l'état de santé ;
- les arrêts de travail pour maladie et les accidents du travail ;
- la violence au travail.



Les cahiers
des
fps

facteurs
Psychosociaux



Direction régionale
du Travail, de l'Emploi,
et de la Formation professionnelle
Pays de la Loire

