

UNIVERSITE DE NANTES MENTION TRES HONORABLE
avec félicitations du Jury

FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N° SP 40/03

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en médecine du travail

par

Florent Désert

Né le 6 septembre 1974 à Fontainebleau (77)

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2003

SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU TRAVAIL : ETUDE DE 162 CAS
ADRESSES EN CONSULTATION DE PATHOLOGIE
PROFESSIONNELLE A NANTES

Directeur de thèse : Madame le Docteur Annie Touranchet

Président du jury : Monsieur le Professeur Christian Gérard

Membres du jury : Monsieur le Professeur Pierre Lombrail

Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle

Madame le Docteur Dominique Dupas

Table des matières

Introduction	9
I. La santé psychique au travail.....	11
I. A. Santé et psychisme	11
Rappels sur la définition de la santé	11
Le psychisme	12
I. <u>A. 1. Psychisme et activité</u>	15
I. <u>A. 2. La personnalité</u>	17
I. <u>A. 3. L'identité</u>	18
Le concept d'identité professionnelle.....	18
I. B. Le travail.....	20
I. <u>B. 1. Travail et reconnaissance</u>	24
I. <u>B. 2. Travail et subjectivité</u>	26
I. C. La souffrance psychique au travail.....	33
I. <u>C. 1. La souffrance : l'infraliminaire, l'invisible, l'immergé</u>	33
I. <u>C. 2. La décompensation : la maladie clinique, le visible, l'émergeant</u>	38
I. <u>C. 3. La clinique de la souffrance psychique liée au travail</u>	46
II. Souffrance psychique au travail : éléments de compréhension	50
II. A. Expressions et visibilité sociales de la souffrance psychique au travail.....	50
II. <u>A. 1. Le mobbing</u>	51
II. <u>A. 2. Les autres termes utilisés</u>	52
II. <u>A. 3. Le harcèlement moral</u>	53
II. <u>A. 4. Le harcèlement psychologique au travail</u>	61
II. <u>A. 5. Le harcèlement sexuel</u>	62
II. <u>A. 6. La dioxis (stalking)</u>	62
II. <u>A. 7. La violence au travail</u>	63
II. B. La souffrance psychique au regard des sciences humaines	65
II. <u>B. 1. L'homme dans la cité : sociologie</u>	65
II. <u>B. 2. L'homo economicus : économie</u>	77
II. <u>B. 3. L'homme qui pense : psychologie du travail</u>	78
II. <u>B. 4. L'homme qui parle : psychodynamique du travail</u>	81

III. Souffrance psychique au travail : conséquences et résistances	86
III. A. Le stress professionnel et sa gestion	86
III. A. 1. <u>Le modèle interactionniste</u>	87
III. A. 2. <u>Le modèle transactionnel</u>	90
III. A. 3. <u>Le modèle cognitif</u>	93
III. A. 4. <u>Opposition d'approches des théories du stress professionnel et de la psychodynamique du travail</u>	96
III. A. 5. <u>Exemples de méthodes de lutte contre le stress : lutte individuelle</u>	97
III. B. Le coping	97
III. C. La résilience	99
III. D. Traits de personnalité	100
III. E. Conduites addictives et travail	103
III. F. La loi	104
III. H. Les stratégies collectives de défense : concept de psychodynamique du travail	104
III. H. 1. <u>Qu'est-ce qu'un collectif de travail ?</u>	104
III. H. 2. <u>La notion de règles de métier</u>	105
III. H. 3. <u>Souffrance psychique au travail et défense du collectif</u>	106
III. H. 4. <u>La notion d'idéologie collective</u>	109
IV. Etude d'une population	116
IV. A. Objectifs	116
IV. B. Méthode	116
IV. B. 1. <u>Schéma d'étude</u>	116
IV. B. 2. <u>Population</u>	116
IV. B. 3. <u>Mesures et recueil de données</u>	117
IV. B. 4. <u>Analyse statistique</u>	119
IV. C. Résultats	119
IV. C. 1. <u>Population</u>	119
IV. C. 2. <u>Description de l'échantillon</u>	120
IV. C. 3. <u>Comparaison de deux populations</u>	136
IV. C. 4. <u>Analyse bivariée</u>	137
IV. D. Discussion	146
IV. D. 1. <u>Résultats</u>	146

<u>IV. D. 2. Méthodologie</u>	150
<u>IV. D. 3. Conclusion</u>	159
V. Reconnaissance et prise en charge de la souffrance psychique en lien avec le travail.....	160
V. A. La prise en compte de la souffrance psychique au travail.....	160
V. B. La prise en charge de la souffrance psychique au travail.....	162
<u>V. B. 1. La prise en charge de la souffrance psychique avant la décompensation</u>	163
<u>V. B. 2. La prise en charge de la décompensation d'une souffrance psychique en lien avec le travail</u>	164
V. C. Traitement et Prévention	175
<u>V. C. 1. Traitement</u>	175
<u>V. C. 2. Quelles mesures de prévention avons-nous (49) ?</u>	179
<u>V. C. 3. Une consultation type serait-elle utile ?</u>	181
<u>V. C. 4. Perspectives</u>	181
V. D. Le rôle du médecin du travail.....	182
<u>V. D. 1. Du code du travail au terrain</u>	184
<u>V. D. 2. La souffrance du médecin du travail</u>	187
<u>IV. D. 3. Quelle position adopter pour le médecin du travail face à la souffrance psychique au travail ?</u>	192
V. E. La pluridisciplinarité, la multidisciplinarité : les autres acteurs	201
<u>V. E. 1. Dans l'entreprise</u>	203
<u>V. E. 2. Hors de l'entreprise</u>	206
<u>V. E. 3. La médiation</u>	211
CONCLUSION.....	213
Annexes	214
Bibliographie	231

Listes des abréviations et initiales

A.G.E.F.I.P.H. : Agence de Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées
A.M.M. : Autorisation de Mise sur le Marché
A.N.D.C.P. : Association Nationale des Directeurs et Cadres de la fonction Personnel
A.N.P.E. : Agence Nationale Pour l'Emploi
A.R.A.C.T. : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
Art. : article
A.T. : Accident de Travail
C.F.D.T. : Confédération Française Démocratique du Travail
C.F.T.C. : Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
C.G.T. : Confédération Générale du Travail
C.H.S.C.T. : Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail
C.H.U. : Centre Hospitalo-Universitaire
C.I.F. : Congé Individuel de Formation
C.O.T.O.R.E.P. : COMmission Technique de REclassement Professionnel
C.P.A.M./C.R.A.M. : Caisse Primaire/Régionale d'Assurance Maladie
C.P.P. : Consultation de Pathologie Professionnelle
C.R.R.M.P. : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
D.P. : Délégués du Personnel
D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.H. : Direction des Ressources Humaines
D.R.T.E.F.P. : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
D.S.M.-IV : Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux
E.M.D.R. : Eye Movement for Desensitisation and Reprocessing
E.V.A. : Echelle Visuelle Analogique
F.O. : Force Ouvrière
G.H.Q.-12 : General Health Questionnaire 12 items
H.T.A. : HyperTension Artérielle
I.N.R.S. : Institut National de Recherche Scientifique
I.S.R.S. : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
I.S.S.O. : Institut de Sciences Sociales de l'Ouest
L.M.S. : Loi de Modernisation Sociale
M.C.P. : Maladie à Caractère Professionnel
M.I.R.T.M.O. : Médecin Inspecteur de Travail de L'Emploi et de la Main-d'Œuvre
M.P.(I.) : Maladie Professionnelle (Indemnisable)
N.A.F. : Nomenclature d'Activité Française
O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
O.R. : Odds Ratio
O.S.T. : Organisation Scientifique du Travail
P.D.I.T.H. : Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés
R.P. : Représentants du Personnel
S.M.P. : Surveillance Médicale Particulière
S.S.P.T. : Syndrome de Stress Post-Traumatique
S.M.T.H.I.E.O. : Société de Médecine du Travail, d'Hygiène Industrielle et d'Ergonomie de l'Ouest
T.M.S. : Troubles Musculo-Squelettiques

Introduction

Depuis 1996 avec le livre de Heinz Leymann (1), depuis 1998 avec le livre de Marie-France Hirigoyen (2), le harcèlement moral a trouvé une définition et une existence officielles.

Depuis 2002, le harcèlement moral est introduit dans le Code du travail et le Code pénal par la loi de modernisation sociale. Mais devant entrer dans une terminologie précise, le phénomène du harcèlement moral a aussi permis de révéler d'autres types de souffrance au travail.

La souffrance psychique est inhérente à la vie, à l'évolution de l'homme dans son environnement. La souffrance psychique est un terme très vaste qu'il faut utiliser à bon escient. Nous nous intéresserons exclusivement à la souffrance psychique qui naît dans le travail, par le biais des relations humaines, de l'organisation du travail, de l'absence de reconnaissance et des entraves à la construction de soi.

La souffrance psychique s'étend de la souffrance en tant que « normalité » dans le travail décrite par Christophe Dejours (3), jusqu'aux différents types de harcèlement en passant par le conflit professionnel.

Il faut différencier de façon rigoureuse les nombreuses situations de souffrance dans lesquelles toute la subjectivité des salariés, des employeurs et des médecins du travail se mêlent aux données objectives souvent déjà difficiles à interpréter. Des outils strictement validés et utilisés par tous pourraient permettre de sortir du flou de la perception de la réalité.

Nous verrons les moyens individuels et collectifs que mettent en œuvre les salariés devant la souffrance psychique au travail. La personnalité laisse s'exprimer des mécanismes de défense propres à chacun. Les salariés s'adaptent au travail, qui, comme lieu de régulation sociale, est susceptible de répondre à la quête identitaire de chaque individu, selon certaines conditions.

Les médecins du travail sont face à cette souffrance. Ils s'évertuent à comprendre les situations de travail source de souffrance. Les outils sont à inventer, les solutions à découvrir.

Il faut réagir devant le conservatisme et les préjugés.

La pluridisciplinarité apparaît là comme une amélioration dans la prise en charge de ces situations extrêmement invalidantes pour les salariés, pour les entreprises, pour la société. Tous les spécialistes des sciences humaines s'accordent pour dénoncer et enrayer l'évolution actuelle et pathogène du monde du travail.

Nous montrerons que des études ont pu mettre en lumière les secteurs d'activité les plus atteints, les modes de harcèlement, les techniques et les conséquences. Il n'y a pas de cible privilégiée, cadre ou ouvrier, personne n'est à l'abri, surtout dans le monde du travail.

Notre étude par questionnaire auprès de 162 patients adressés en consultation de pathologie professionnelle pour une souffrance psychique au travail, nous permet de déterminer le devenir socio-professionnel de ces patients. Les objectifs étaient la mise en évidence des modes de fin du travail et l'évaluation de l'état de santé psychique de ces personnes.

Nous avons cherché à déterminer les caractéristiques de la souffrance, ses origines, ses conséquences sur la santé et ses conséquences professionnelles. La réparation juridique est-elle suffisante ?

Nous avons souhaité enfin établir la trame d'une prise en charge standardisée de ces patients en souffrance au travail, en gardant les notions d'identité, d'unicité de chaque salarié, en élargissant par la suite sur une possibilité peu utilisée d'intervention thérapeutique : agir non seulement sur le plan individuel, mais aussi faire œuvre de prévention en agissant sur le collectif et l'organisation du travail.

I. La santé psychique au travail

I. A. Santé et psychisme

Rappels sur la définition de la santé

L'état de santé est un état fluctuant, qui dépend des relations de chacun avec le monde qui l'entoure. La santé se construit, se négocie tous les jours. L'O.M.S. la définit comme « un état complet de bien être physique, mental et social permettant à l'individu de faire face à son environnement et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Trois approches de la définition de la santé sont à différencier (4) :

- La première est médico-scientifique, le médecin – le savant – mesure et décrète la santé en fonction de normes anatomo-biologiques. Le discours du sujet n'est reconnu que dans la mesure où il est conforme au système de références.
- La deuxième, c'est au contraire le vécu du sujet qui importe. Tantôt ce vécu se réfère aux seules perceptions corporelles : la santé, c'est le silence des organes (mais un organe silencieux peut aussi être malade) ; ailleurs, il se rattache à l'ensemble de la situation de l'individu, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social (le complet bien-être étant utopique) ; dans les deux cas le sujet seul est compétent pour qualifier sa santé.
- La troisième est dynamique et interactionnelle : la santé est la capacité de la personne à s'adapter à un environnement sans cesse en évolution non seulement sans prélèvement sur ses capacités vitales, mais en y puisant des possibilités nouvelles pour son propre développement. L'accent porte ici sur l'impact des inévitables mouvements de l'environnement et sur les possibilités du sujet d'en subvertir les effets nocifs en mobilisant ses propres dynamismes notamment ses capacités créatrices.

Ainsi le concept de santé se déplace-t-il du biologique au subjectif, de l'individu à son environnement, du statique à l'évolutif. Les sciences expérimentales ne soldent pas la question de la santé. Et si la santé est individuelle, sa définition renvoie à des représentations sociales. Dejours précise que « la santé parfaite n'existe pas (5) ».

Ainsi est-il évident que la question de l'évocation de la souffrance psychique au travail est tributaire de la représentation de la santé qu'en auront les différents acteurs.

La connaissance scientifique objective ne suffisant plus, il est nécessaire d'ajouter aux critères de santé physique et psychique, des critères de santé sociale.

Le psychisme

On ne s'intéressera en particulier qu'aux capacités psychiques à se défendre contre des stimuli extérieurs aussi appelés « agressions », qu'elles soient physiques, verbales ou environnementales. On verra ici les contours de ce qu'est le psychisme, puis au chapitre III, comment se construisent ces capacités à se défendre.

Selon Freud, l'esprit ou le psychisme est constitué de trois parties ou fonctions principales : le Ça, le Moi et le Surmoi (cf. figure 1). Le Ça est la source de nos puissantes pulsions ou énergies sexuelles et agressives. Il est essentiellement l'animal qui sommeille en nous. Incontrôlé, il ferait de nous des violeurs et des tueurs. L'énergie ou la pulsion contenue dans le Ça est la libido. Le Ça opère en fonction du principe de plaisir, particulièrement dominant durant l'enfance et souvent en conflit avec les normes et règles sociales.

Heureusement pour nous tous, selon la perspective freudienne, nous savons comment trouver les moyens de satisfaire nos besoins élémentaires sans porter préjudice à notre entourage. La partie de notre psychisme qui assure un comportement réaliste de notre part est le Moi, qui opère selon le principe de réalité et non plus du principe de plaisir.

La troisième structure importante de l'esprit, le Surmoi, ou ce que nous désignerons par la conscience, représente les principes moraux instillés en nous par nos parents et notre culture. C'est cette petite voix en nous qui nous rappelle à l'ordre quand nous faisons quelque chose de répréhensible.

Le rôle du Moi est celui de médiateur des conflits qui opposent le Ça et le Surmoi en équilibrant les exigences de ces derniers pour les faire correspondre et les adapter à la réalité du monde extérieur. « Quand ce travail de médiation du Moi se fait correctement, nous pouvons poursuivre normalement notre vie et l'orienter vers des horizons intellectuels et créatifs progressivement plus élevés. Quand ce travail de médiation échoue, le conflit nous submerge et devient à l'origine du développement d'un trouble psychologique. Ces conflits

ayant lieu dans notre esprit, nous les désignons par le concept de conflits intra-psychiques (6) ».

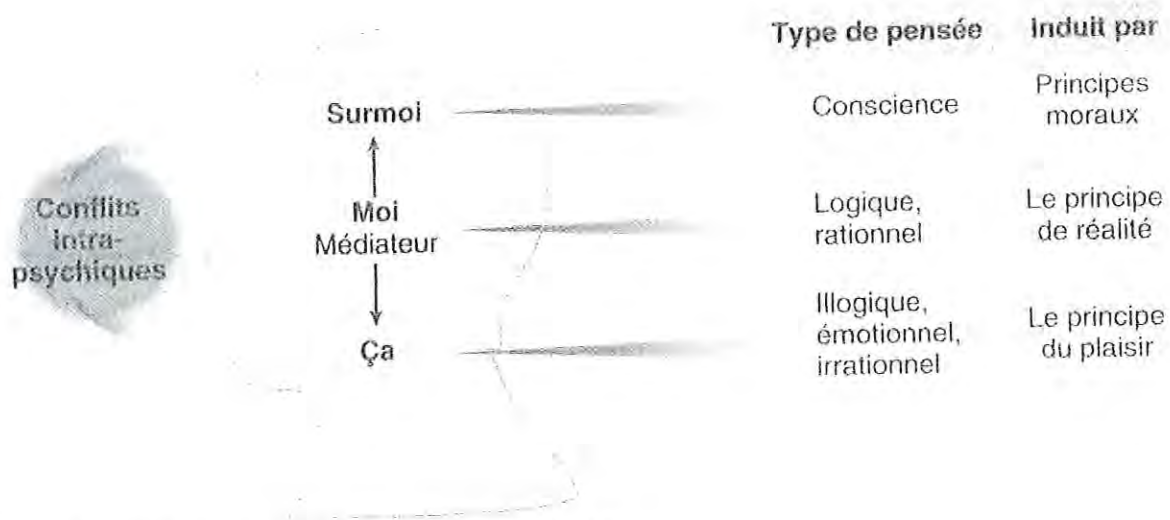


Figure 1 : La structure de l'esprit selon Freud (6)

Le Moi est en lutte constante pour empêcher qu'aucune des deux autres structures psychiques en conflit permanent ne prenne le contrôle de l'esprit. Il arrive que ces conflits entraînent une anxiété qui menace de submerger le Moi. Cette anxiété est un signal enjoignant au Moi de rassembler des mécanismes de défense, processus protecteurs inconscients qui maintiennent leur contrôle sur les émotions primaires associées aux conflits en cause, afin de permettre au Moi de continuer à remplir son rôle de coordinateur et de médiateur. Bien que Freud soit à l'origine du concept des mécanismes de défense, c'est à sa fille, Anna Freud, que nous devons le développement plus complet des idées qui y sont associées.

Nous mettons tous de temps en temps, nos mécanismes de défense à contribution. Parfois ils sont adaptatifs, et parfois non. « Par exemple, obtenir de mauvais résultats à un examen parce que le professeur était injuste dans sa notation, pourrait nous faire crier sur un être proche ou un animal. Ceci est un exemple de la manifestation d'un mécanisme de défense appelé *déplacement*. Le Moi s'adapte à la réalité en « décidant » que l'expression de la colère première orientée contre l'enseignant risque de ne pas être dans notre meilleur intérêt. L'être proche ou l'animal ne représentant pas un danger, nous pouvons « déplacer » sur l'un d'eux notre colère. D'autres peuvent rediriger l'énergie résultant d'un conflit ou l'anxiété qu'il a engendrée vers un exutoire plus constructif comme l'activité professionnelle dans laquelle, grâce à cette réorientation énergétique, ils seront plus performants. Ce mécanisme est appelé *sublimation* ». A titre d'exemple, une liste de mécanismes de défense se trouve en annexe 1.

Selon Anna Freud, l'individu accumule lentement au cours de son existence des capacités d'adaptation, des aptitudes d'examen de la réalité et des défenses (6).

Les mécanismes de défense font l'objet de recherches scientifiques qui ont débouché sur un certain nombre d'observations potentiellement intéressantes pour la compréhension de la psychopathologie. Nous en verrons une partie dans le chapitre III.

Les mécanismes de sublimation tendent à parfaire la réalisation de notre projet identitaire.

Freud développa également la théorie selon laquelle l'enfant est un pervers polymorphe : tous les plaisirs sont bons à prendre, sans interdit. Mais nous devons en faire un être social : ce qui signifie en faire un être qui ne représente pas un danger pour les autres, qui n'a pas le droit de faire certaines choses. Il va devoir trouver en grandissant des voies complexes pour réussir à se faire plaisir dans des activités qui ne sont pas réprouvées et proscrites par la société. Les réflexes archaïques doivent être masqués par d'autres activités. Il faut donc des voies de décharge de plaisirs qui ne pourraient pas s'exprimer dans leur forme brute (pulsions sexuelles, agressives). C'est ce que Freud a appelé les stades du développement psychosexuel (6). Cela restera déterminant dans la quête identitaire dans le travail, le travail devenant chez beaucoup de personnes une voie de décharge de l'agressivité instinctive.

Le mot « stress » est souvent utilisé pour décrire un état d'anxiété exacerbé.

L'anxiété naît des mécanismes de défense mis en place face aux conflits intra-psychiques inconscients entre les pulsions du moi et les interdits du Surmoi. Freud distingue le groupe des névroses actuelles (perturbations récentes de la vie instinctuelle), la névrose d'angoisse, la neurasthénie et l'hypochondrie, du groupe hétérogène des psychonévroses de défense (rôle des conflits inconscients liés au développement de la sexualité infantile) comprenant non seulement les psychonévroses de transfert (conflits inconscients réactualisés dans la cure psychanalytique) que sont la névrose hystérique, la névrose obsessionnelle et la névrose phobique, mais aussi les psychonévroses narcissiques, dont la maladie maniaco-dépressive, et enfin les psychoses proprement dites, la schizophrénie et la paranoïa.

Le symptôme vise à neutraliser l'anxiété. Il apparaît comme une formation de compromis entre les besoins pulsionnels du Ça et les exigences morales du Surmoi.

Le Moi s'adapte, entre le principe de réalité et le principe de plaisir, par des mécanismes de défense, comme le refoulement, l'introjction ou la projection, l'identification ou l'annulation... S'y ajoutent les interactions avec l'environnement (milieu familial et socioculturel), la génétique et le biologique, le conditionnement...

L'anxiété est un sentiment pénible d'attente et d'alerte face à un danger indéfinissable. L'angoisse traduit classiquement la composante somatique de l'anxiété.

La présence d'une certaine anxiété est un phénomène normal, qui fait partie du fonctionnement psychique habituel du sujet sain. Elle ne peut être considérée comme pathologique que si elle envahit durablement l'espace psychique ou que son intensité entrave ce fonctionnement psychique.

I. A. 1. Psychisme et activité

C'est sur les bases théoriques de la psychanalyse (7) que Christophe Dejours (3, 8) a développé la psychopathologie du travail puis la psychodynamique du travail, inventant les concepts de reconnaissance et de stratégies défensives de métier.

Dès l'enfance, le passage de la passivité à l'activité constitue un moteur fondamental du développement psychomoteur :

- Pour sortir de l'attente et aller à la conquête de ce qui manque pour la satisfaction de ses besoins et de ses désirs
- Pour éprouver du bien-être psychique et physique dans le plaisir à « fonctionner »
- Pour canaliser ses pulsions, selon des voies de décharge préférentielles, différentes selon les individus (physiques, sensorielles, intellectuelles, relationnelles...)
- Pour trouver des issues sublimatoires à ses pulsions, en investissant sa libido dans des activités non seulement tolérées, admises, mais encore socialement valorisées.
- Pour le processus de socialisation (9).

Selon sa personnalité et son histoire, le type d'activité qui convient à chacun ne sera pas le même pour tous : pour procurer du bien-être et participer à la construction de la santé, l'activité exercée doit respecter le libre jeu du fonctionnement psychique et être en phase :

- Avec les besoins : les caractéristiques ergonomiques de la tâche ne doivent pas « contrarier » les modalités préférentielles de plaisir à fonctionner : dimensions

plus ou moins importantes de l'engagement physique, de la stimulation sensorielle, de la charge cognitive, de la sollicitation relationnelle.

- Avec les désirs : le contenu symbolique de la tâche doit faire écho avec l'image, les fantasmes qui orientent préférentiellement vers telle tâche plutôt que vers telle autre, telle activité, tel métier plutôt que tels autres...

Mais la liberté du choix de métier n'est pas la situation la plus fréquente. Même si le métier est choisi, la réalité est toujours différente de la représentation que l'on s'en faisait.

L'organisation du travail implique un cortège de contraintes en terme :

- de temps et d'espace de travail
- de rendement et d'objectifs
- de division des tâches
- de modes opératoires
- de relations de travail obligatoires

L'organisation du travail peut aussi être source de plaisir et d'accomplissement de soi en terme de :

- souplesse et autonomie dans la répartition des tâches et le choix des modes opératoires conformes aux désirs et besoins de chacun
- reconnaissance de la contribution au process de travail

Selon Guiho-Bailly, « la psychiatrie sous-estime la place du travail dans la construction de soi (9) ».

Le travail est le réel, la réalité, et s'oppose à l'imaginaire, aux fantasmes de l'inconscient. La réalité du travail, ce sont les conditions de travail, les contraintes du travail, les relations au travail, cela ne dépend pas de soi, cela ne fait pas partie de notre imaginaire.

Dejours explique que la place du travail dans la construction psychique équivaut à la place du réel dans la vie d'une personne.

Il existe ainsi deux façons distinctes de tomber malade de par son travail :

1. Contrarier les exigences de sa personnalité (structure),
2. Contrarier les enjeux de la quête identitaire (9).

Quelle est la place de la personnalité dans la décompensation ?

Quel changement dans l'organisation du travail entraîne une décompensation par crise identitaire ? Il est impossible de répondre préventivement à ces questions. Un individu est en « construction permanente », en « chantier permanent ». Chaque seconde modifie son expérience et en fait un être différent. Il pourra donc réagir différemment à un même événement selon l'instant.

Sont déterminants dans la réaction à un événement :

- ⇒ La personnalité
- ⇒ L'identité
- ⇒ L'éducation
- ⇒ La culture
- ⇒ L'histoire personnelle : les drames, les traumatismes, les événements heureux
- ⇒ Les environnements : familial, amical, professionnel, géographique
- ⇒ Le style de vie
- ⇒ L'humeur, la fatigue, la maladie, la santé

I. A. 2. La personnalité

La personnalité est caractérisée par des grands traits de caractère, qui fondent l'ETRE. On naît comme cela, on naît avec notre physionomie, notre filiation, notre caractère contemplatif ou énervé.

« La personnalité, c'est être comme on naît (9) ».

La crise d'adolescence se caractérise par la lutte contre ce sentiment de déterminisme. Nous voulons être comme nous souhaitons être et non comme nous sommes nés. Nous forçons notre identité, alors débute la quête identitaire.

Si la personnalité est stabilisée, construite avant le travail, on adopte au travail, des modalités de fonctionnement personnelles qui sont déterminées, pour trouver du plaisir, à trouver les tâches qui nous conviennent le plus. Cela permet une économie psychosomatique (modes opératoires), par un contenu symbolique des tâches, en adéquation avec la personnalité. On

s'engage dans un métier sur les bases de comment on se le représente et ensuite, on ne peut s'adapter qu'en fonction de ce qui nous fait nous.

La décompensation apparaît si la modification du contenu du travail, le changement des tâches, y compris une promotion, entraîne un danger en raison d'une remise en question de l'équilibre entre personnalité et modalités d'investissement dans le travail.

I. A. 3. L'identité

L'identité, c'est ce que nous fabriquons de nous-mêmes, jusqu'à la réconciliation avec la personnalité par intégration de celle-ci dans notre identité.

« L'identité, c'est ce que l'on fait » (cf. Tableau 1).

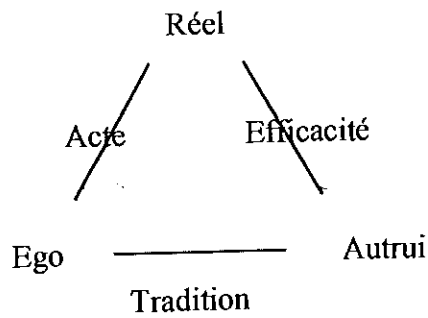
Le concept d'identité professionnelle

Le concept d'identité professionnelle est le point d'articulation entre la subjectivité individuelle et l'entreprise. L'identité professionnelle naît de l'assemblage d'une identité définie par l'institution et du sens que le sujet lui donne à partir de son identité personnelle. L'identité professionnelle fonde la stabilité, la cohérence, la permanence du salarié, elle est aussi sa possibilité de devenir et d'évoluer (10).

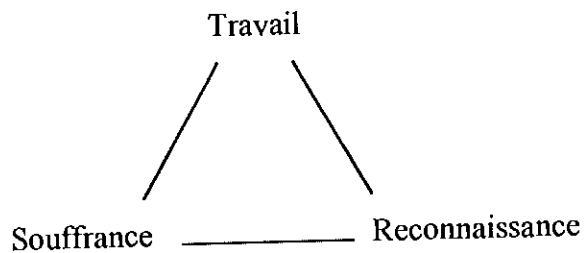
Giust (11) propose le concept d'identité professionnelle comme la composante de trois niveaux de définition de l'identité :

- Le niveau de l'identité individuelle qui correspond à « la part du sujet déposée dans la profession et l'organisation ». Ce niveau motive le professionnel et légitime ses pratiques.
- Le niveau de l'identité professionnelle qui est formé par « l'ensemble des représentations, motivations, idéaux investis dans la profession ».
- Le niveau de l'identité institutionnelle qui recouvre la mise en acte dans l'entreprise de « la problématique de reconnaissance et de différenciation ».

Sigaut a inventé le triangle de l'identité et de l'aliénation (3) selon lequel l'identité est le résultat d'une médiation entre le sujet, le réel et autrui.



En psychodynamique du travail, ce triangle prend une forme spécifique :



En effet, la clinique du travail nous enseigne qu'il est impossible de comprendre les questions relatives à l'émergence de la pathologie mentale dans le travail en limitant l'enquête étiologique à l'histoire singulière du sujet et à son intériorité privée (intrasubjectivité). Les phénomènes psychopathologiques ne sont pas intelligibles non plus si l'on ne fait référence qu'aux relations entre sujets (intersubjectivité), qu'il s'agisse des relations hiérarchiques ou des relations entre collègues. Dans cette conception, l'identité est toujours le résultat d'une lutte, au demeurant jamais définitivement gagnée, même dans le meilleur des cas (3).

Le travail a un rôle dans la médiation entre l'imaginaire et le réel, passant par une remise en cause permanente, obligeant à un compromis entre les exigences de l'inconscient et la réussite sociale. Le monde du travail propose une solution qui est de laisser de côté le soi pour endosser quelque chose qui est socialement accepté et reconnu.

La quête identitaire au travail correspond à tenter d'être ce que l'on souhaite devenir.

« Ce qui confère au travail sa dimension proprement dramatique est son lien avec la construction identitaire. Si une attaque systématique contre le travail est à ce point préjudiciable, c'est d'abord et avant tout en raison de l'investissement symbolique et des attentes identitaires dont le travail est l'objet (9) ».

La décompensation apparaît si une restructuration, une réorganisation du travail intervient alors que le métier reste le même. La situation de travail est en théorie inchangée, mais l'image du moi idéal n'est plus renvoyée. La décompensation naît de la perte de la dynamique de reconnaissance dans le travail (cf. infra).

Toute personne se fabrique des critères d'évaluation de son travail, qui font appel aux valeurs : qu'est-ce qu'un beau travail ?

L'entrave au fonctionnement psychosomatique entraîne une crise identitaire, une remise en cause de toute l'identité : travail, famille, valeurs...

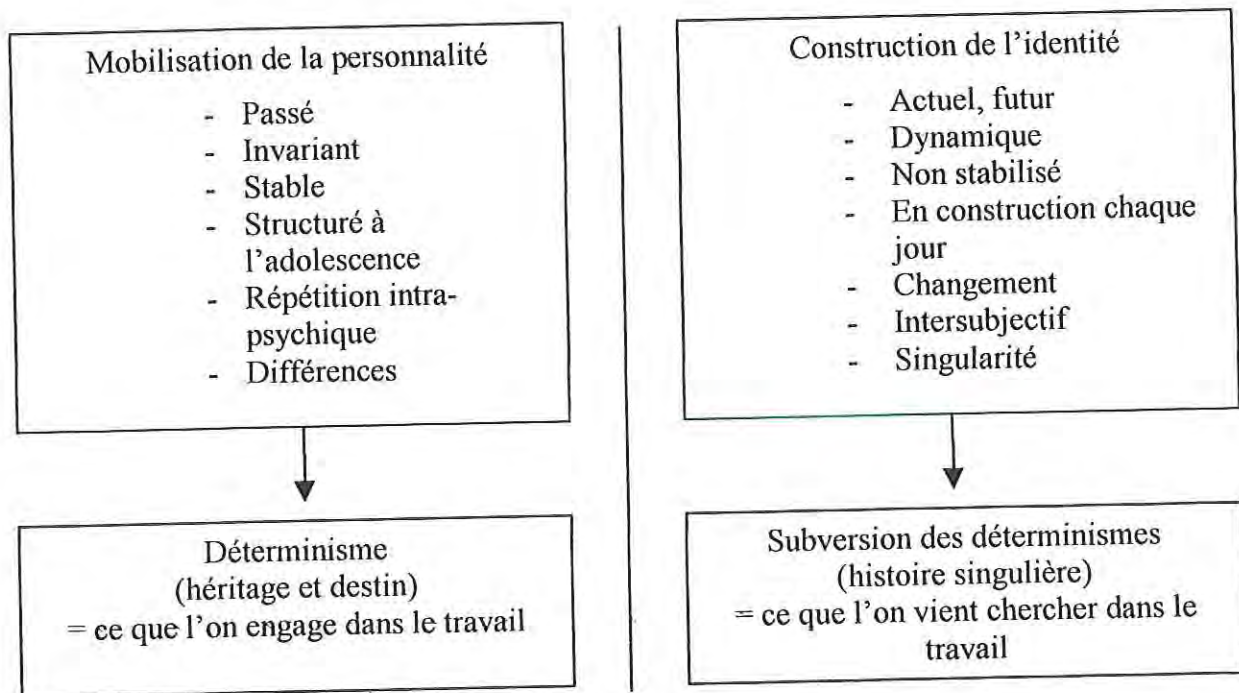


Tableau 1: L'opposition Personnalité – Identité

I. B. Le travail

Le travail est défini dans le Robert comme « 1. Ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire quelque chose ; état, situation d'une personne qui agit en vue de produire quelque chose ; 2. Activité nécessaire à l'accomplissement d'une tâche ; 3. Ensemble des activités exercées pour parvenir à un résultat (œuvre, production) ; 4. Manière dont un ouvrage, une chose faite par l'homme, ont été exécutés ; 5. Activité laborieuse professionnelle

et rétribuée ; 6. Activité économique des homme, organisée en vue de produire des biens et des services répondant aux besoins individuels et collectifs ».

Un travail se caractérise donc par un but, une action et un résultat. Nous le composerons par conséquent d'une prescription (but à atteindre, tâche à accomplir), de moyens (activités, gestes, outils, intelligence et subjectivité du salarié) et de résultats (quantité, qualité, utilité, jugement). Le tout devant être lié par le sens que le salarié peut donner à ce travail. Le sens pouvant être symbolique ou affectif, alimentaire ou financier, ou narcissique. En général, le sens du travail inclut toutes ces composantes.

En ergonomie, le travail est défini en terme d'activité et l'analyse ergonomique du travail montre qu'en fait l'homme tient compte de beaucoup de choses au cours de l'exécution d'une tâche apparemment simple. Ce qui n'est pas visible, c'est ce que l'homme fait en dehors de la tâche prescrite : on n'a pas informatisé le travail réel (7). Le travail est défini par l'écart irréductible qui existe entre le travail prescrit (théorique) et le travail réel (pratique).

Pour Davezies, le travail est « la mobilisation coordonnée des hommes et des femmes pour faire face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail (12) ».

Dejours écrit que « Travailler, c'est aussi vivre ensemble. Et le vivre ensemble ne va pas de soi. Il suppose un espace de délibération, de discussion pour reconstruire des accords, des règles, des normes en référence à des valeurs. Ou bien le travail est un lieu d'exercice pour chacun, de la délibération et de la confrontation des opinions, ou bien il est le lieu de la duplicité, de la manipulation et de la méfiance qui conduisent à la démobilisation et aux violences (13). Le travail humain est toujours l'occasion d'une création originale, où se jouent simultanément action efficace sur le monde physique, production de lien social, et construction de l'identité de chacun. Cette création permanente produit des résultats souhaités (la production de l'entreprise) et d'autres effets (relatifs à la santé des salariés concernés, aux dynamiques sociales) ».

« On a pu établir qu'entre travail et hors-travail, il n'y a pas d'indépendance. Le plus souvent, quand le rapport subjectif au travail se dégrade, la souffrance a des conséquences sur le conjoint et les enfants, sur la cohésion de la cellule familiale, sur la qualité de la vie sociale et sur la vie sexuelle (3) ».

« Il n'y a pas de travail sans souffrance, le travail étant d'abord un ensemble de contraintes, de défis imposés aux hommes et aux femmes qui travaillent. Lorsque les contraintes de travail n'ont pas d'effet délétère sur la santé, c'est toujours secondairement que les hommes et les

femmes exercent sur ces contraintes une action spécifique grâce à laquelle ils conjurent ou subvertissent les effets délétères de ces contraintes par un processus de réappropriation qui repose sur les marges de manœuvre offertes par l'organisation du travail et par la reconnaissance des supérieurs et des pairs sur le travail accompli (5) ».

Dans le Code du travail, article L. 121-1, le contrat de travail entérine un lien de subordination d'un salarié à un employeur. Le lien de subordination est caractérisé par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné. Le travail au sein d'un service organisé peut constituer un indice de lien de subordination lorsque l'employeur détermine unilatéralement les conditions d'exécution du travail.

La loi de modernisation sociale ajoute un nouvel article L. 120-4 au Code du travail : « le contrat de travail est exécuté de bonne foi ». Il aura fallu que cela soit inscrit au Code du travail pour qu'il en soit ainsi ?

Le travail comprend les conditions de travail (physiques : bruit, chimiques : solvants, biologiques : agents bactériens) qui ont pour point d'impact le corps, et l'organisation du travail (division de tâches, répartition...) qui a pour point d'impact le psychisme, l'appareil mental (14).

Après quelques notions de psychanalyse et de psychodynamique du travail, nous schématiserons en disant qu'il y a deux façons de choisir son travail :

- d'après sa personnalité : « je suis comme ça, que puis-je faire ? »
- d'après sa quête identitaire : « quel métier va me permettre de me rapprocher le plus de ce que je veux être ? »

Guiho-Bailly (9) nous rappelle qu'en fonction des caractéristiques de l'organisation du travail, l'activité professionnelle peut être, pour chacun, élément d'équilibre psychosomatique et de construction identitaire ou, au contraire, source de souffrance psychique, voire de décompensation psychiatrique ou somatique.

Une organisation du travail est dangereuse quand :

- L'écart existant entre le travail prescrit et le travail réel est dénié
- Toute possibilité d'aménagement, individuel ou collectif, est verrouillée
- Elle fait obstacle au libre jeu du fonctionnement psychique, à la mobilisation de la personnalité au travail.

L'organisation du travail est définie par Dejours comme « la division du travail, le contenu de la tâche (en tant qu'il en dérive), le système hiérarchique, les modalités du commandement, les relations de pouvoir, les questions de responsabilité, etc. (3) »

Le concept d'organisation du travail recouvre plusieurs niveaux de réalité :

- ❑ Un niveau macrosociologique constitué par l'ensemble des régulations de l'emploi, des conditions et contraintes de travail sur le marché de l'emploi et des institutions représentatives des salariés.
- ❑ Un deuxième niveau est constitué par l'entreprise au sens large : un réseau incorporant des salariés de différents statuts et de différents établissements.
- ❑ Le troisième niveau est constitué des conditions de travail et des contraintes d'organisation du travail sur le lieu même du travail.
- ❑ Les contraintes de travail peuvent être déterminées pour un emploi, caractérisé par une catégorie socioprofessionnelle dans un secteur d'activité particulier. En annexe 2, nous proposons la liste des contraintes de travail définies par une enquête de l'INRS, comprenant 14 contraintes liées à l'organisation du travail et 9 à l'environnement physique (15).

Une organisation offrant de bonnes conditions psychologiques de travail ? Il s'agirait d'une organisation qui n'écraserait pas les individus, qui leur donnerait la possibilité de développer une activité autonome, de lutter contre la souffrance et la domination, les moyens (formations...) de comprendre la prescription. Elle reconnaîtrait l'initiative des salariés, limiterait les périodes d'urgence et rendrait le travail prévisible, subordonnerait l'évaluation à la reconnaissance de l'activité réelle de travail, procurerait des carrières sûres à ceux qui le souhaitent et une bonne visibilité des perspectives professionnelles, offrirait des phases de changement (permettant d'échapper à la routine et à l'ennui) mais aussi des phases de stabilité (indispensables pour se préparer au changement), s'occuperait activement du soutien technique et affectif de chaque salarié, et procurerait des espaces de parole et d'expression collective sur les difficultés du travail.

Le monde du travail évolue et l'organisation du travail change. Thébaud-Mony (sociologue) en effet a décrit quatre caractéristiques de ces nouvelles formes d'organisation du travail : la flexibilisation du temps de travail (temps partiel, horaires atypiques), intensification du travail (gestion dite à flux tendus, accroissement des rythmes de productivité, etc.), flexibilité interne aux entreprises, menace de licenciement individuel et collectif (16).

Aux prises avec une concurrence de plus en plus vive, notamment en raison de l'ouverture des marchés et de la globalisation, les entreprises cherchent à améliorer leur flexibilité et à réduire leurs coûts de production, d'où la fin du taylorisme, adapté à un environnement stable, et l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail caractérisées par une autonomie et une responsabilisation plus grandes des salariés (-ées), par l'intensification des échanges d'information, et par une intensification des rythmes de production. Ces réorganisations ont également été rendues possibles par la diffusion des nouvelles technologies dont les effets vont dans le même sens, à savoir une augmentation de l'autonomie et une intensification du travail. Tout peut et doit aller plus vite. S'ajoutent à cela la culture du client – roi, qui ôte à toute entreprise le droit à l'erreur en terme de flux tendus avec des stocks nuls, de respect maximum de l'offre et de la demande, dans des coûts toujours plus réduits, l'accélération des process, la réduction du temps de travail...

Le travail réunit les gens pour la complémentarité de leurs compétences, pour faire, pour produire. Contrairement à la sphère privée dans laquelle les gens sont côtoyés pour ce qu'ils sont, dans le travail, nous sommes jugés sur ce que nous faisons, pas sur qui nous sommes. Nous ne sommes pas payés pour être, mais pour faire.

I. B. 1. Travail et reconnaissance

Le produit d'un travail est jugé par l'encadrement sur ce qu'il en attend, ce qui est dans la prescription. Il sera jugé par les pairs (personnes qui font le même travail) dans ce qu'il a de conforme aux règles du collectif. Ces jugements sont le seul reflet qui nous permet de savoir si ce que nous faisons est en accord avec ce que nous voulons être.

C'est de cela qu'est née la notion de reconnaissance.

En résumé, la reconnaissance du sens de son travail par autrui passe par deux types de jugements :

- le jugement d'utilité des supérieurs et/ou des clients. Il porte sur l'utilité technique, économique et/ou sociale des contributions
- le jugement de beauté porté par les pairs. Il correspond à la conformité, à l'originalité de la contribution, selon les règles de métiers (17).

La construction du sens du travail par la reconnaissance en gratifiant le sujet par rapport à ses attentes vis à vis de l'accomplissement de soi peut transformer la souffrance en plaisir.

La reconnaissance au travail porte sur « le faire ». L'identité du sujet est inséparable des gestes techniques effectués par le sujet. Les gestes de métier ne sont pas uniquement des actes efficaces et opératoires. Ils sont aussi des actes d'expression de la posture psychique et sociale du sujet, des gestes d'expression adressés à autrui, communauté d'appartenance culturelle, sociale ou professionnelle, et empreinte d'une tradition transmise.

La conquête de l'identité dans le champ social passe donc par la dynamique de la reconnaissance. La reconnaissance impliquant le jugement des pairs, elle n'est « possible que si fonctionne un collectif ou une communauté de pairs (3) ».

La reconnaissance d'autrui agit comme le guide qui montre que ce que l'on fait correspond à ce que l'on veut être. Elle est le reflet de nos connaissances.

<u>Jugement des pairs</u>	<u>Jugement de la hiérarchie</u>
Moi, je fais ainsi : travail réel	Il faut faire ainsi : travail prescrit
On se donne des tuyaux, des alternatives, du savoir-faire, des « ficelles »	Rigidité de la prescription
Pas de concurrence ou de compétition	Jugement du travail accompli (objet final)
Jugement de beauté : noblesse RECONNAISSANCE SYMBOLIQUE	Jugement d'utilité, d'exécution de la prescription RECONNAISSANCE OBJECTIVISTE

Tableau 2 : différences entre la reconnaissance les pairs et la reconnaissance de la hiérarchie

La mise en jeu de la subjectivité est obligatoire dans toute activité humaine. La recherche du bien-faire, de la reconnaissance d'autrui ou de la satisfaction personnelle varie chez chaque individu mais est indispensable à la mise en œuvre de la volonté de faire. Le sujet, confronté à l'organisation du travail, ne peut pas s'empêcher de mettre à contribution les ressources de son intelligence et de sa personnalité. Cette mobilisation subjective dépend de la dynamique entre contribution et rétribution. Le sujet ne souhaite pas qu'on le tienne pour « strict exécutant », condamné à l'obéissance et à la passivité.

La reconnaissance a deux dimensions (5) :

- reconnaissance au sens de constat : réalité que constitue la contribution du sujet à l'organisation du travail

- reconnaissance au sens de gratitude : échange intersubjectif du travail accompli avec la notion d'utilité et de service rendu.

C'est son absence qui fait souffrir :

- La non-reconnaissance du travail : absence de jugement des supérieurs en termes d'utilité, de compétence, d'habileté.
- La non-reconnaissance d'une identité professionnelle : pas de statut, déqualification du travail (11).

Si la dynamique de la reconnaissance est paralysée, la souffrance ne peut plus être transformée en plaisir, elle ne peut plus trouver de sens.

La plupart des sujets en bonne santé espèrent avoir l'occasion, grâce au travail, de construire leur identité dans le champ social (3), d'accéder à une reconnaissance de leur valeur.

La reconnaissance de la qualité du travail s'inscrit donc en termes de gain dans le registre de l'identité. Elle est la réponse aux attentes subjectives quant à l'accomplissement de soi. Elle transforme la souffrance en plaisir au travail malgré l'effort.

La question de la qualité est essentielle pour les salariés. Ils ne la laissent jamais s'effondrer, sauf en désespoir de cause. Ils essaient toujours de bien faire. On retrouve là les enjeux de l'identité investie au travail. Davezies explique que « les salariés font toujours plus que ce qui leur est demandé. Ils satisfont non seulement les critères formels dictés par la direction, mais aussi d'autres critères de performance au travers desquels ils prétendent donner sens à leur travail : la notion du travail bien fait, le respect du matériel, le respect des hommes, de la justice, de la solidarité, l'authenticité, etc. (18) »

I. B. 2. Travail et subjectivité

La subjectivité est définie comme « l'appropriation par le sujet de ses expériences, expériences de soi et expériences du monde. La subjectivité renvoie donc au sens et à la symbolisation. Elle traduit pour le sujet le sens de ses expériences, le sens que prend pour lui la rencontre avec le monde et avec lui-même (16) ».

Dejours écrit que « la dimension de l'affect est menacée dans notre société qui a tendance à pousser la subjectivité dehors : on assiste aujourd'hui à un développement de la tolérance à l'injustice et au malheur d'autrui : une banalisation du mal (19) ».

On ne supporte plus, dans notre société, le subjectif et le qualitatif. Zarifian (19) nous donne l'exemple des hôpitaux dans lesquels « tout doit être objectif et quantifiable. Est prônée la disparition de tout ce qui permettait à un malade d'être un sujet et pas seulement un objet et d'avoir un appareil psychique qui aurait un message à exprimer. On doit pouvoir faire des PMSI (Profils Moyens Statistiques Informatisés : recueil de données informatisées auxquels sont astreints les hôpitaux, données qui ont pour objectif d'évaluer et de comparer des coûts de soin pour des profils de "malades homogènes" dans un but de rationalisation gestionnaire). »

Comme nous l'avons vu, pour Davezies, le travail est « la mobilisation coordonnée des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail (12) ». Cela implique qu'il faut forcément faire plus que se soumettre à la prescription. Ajuster l'organisation prescrite du travail exige la mise en jeu de l'initiative, de l'inventivité, de la créativité et de formes d'intelligence spécifiques. C'est là toute la subjectivité de l'activité, de l'intelligence pratique (la praxis).

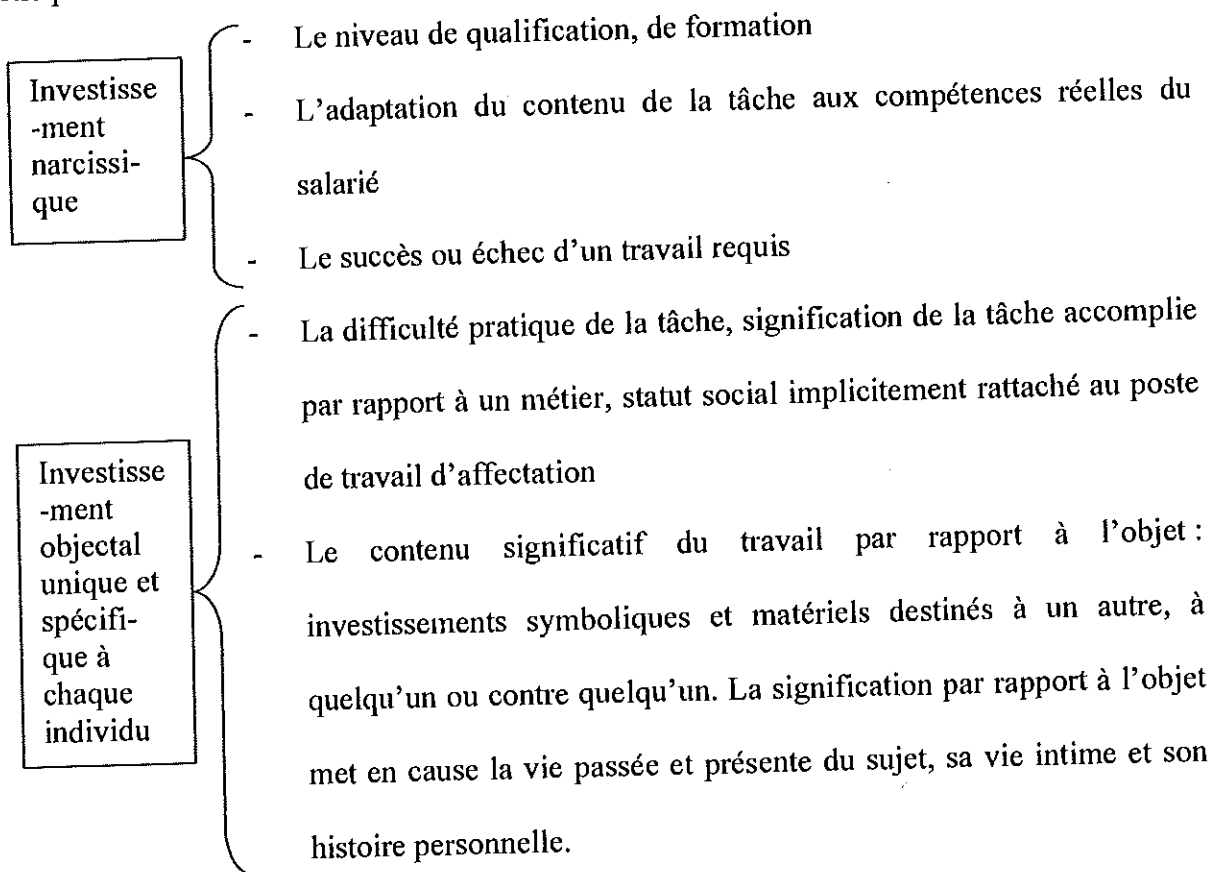
Le rapport des individus à leur travail est traversé de contradictions. Le travail peut à la fois être détesté en lui-même et valorisé comme emploi, comme envers du chômage et de l'inactivité. La privation de travail, le chômage, retentit sur toute la vie psychique et sociale des individus. Le travail peut être aussi valorisé par la résistance à son exploitation, à la souffrance qu'il cause (20). Serait valorisant par exemple, un travail qui aux yeux d'autrui, comporte énormément de contraintes, nécessite beaucoup de connaissances, impose nombre de sacrifices personnels. La reconnaissance se retrouve dans les propos des personnes qui n'auraient pu choisir ce travail en raison de ce qui les fonde en tant qu'individu, et se transmet en terme d'admiration et de félicitations.

Dejours écrit : « la souffrance s'inscrit dans l'attente de l'accomplissement de soi, tendue entre avenir et passé, et se vit au présent. Dans le travail, elle représente le vécu subjectif de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, elle devient le moteur de la gestion de cet écart ».

Chacun, selon sa structure de personnalité, va aborder différemment le monde du travail. Et chacun va réagir différemment à ses contraintes. « Prendre en compte la subjectivité dans le travail, c'est d'abord prendre en considération ces différences, en plaidant pour le respect d'une marge de manœuvre dans la répartition des tâches, le choix des modes opératoires et la dynamique temporelle du travail (21) ». Cela relève de ce qui vient du sujet. Intervient également ce qui, venant des contraintes du travail, affecte le rapport subjectif au temps et à l'activité. « Certaines modalités organisationnelles sont indéniablement pathogènes, indépendamment de la question des personnalités, source d'altérations ou de ruptures dans la dynamique temporelle individuelle et la dynamique identitaire ».

La complexité du problème tient ici à ce que l'essentiel de la signification du travail est subjective (3).

Participent à la formation de l'image de soi :



I. B. 2. a. Travail sexué

Une femme n'exécute pas la tâche prescrite comme un homme et inversement.

La femme est devant un dilemme culturel : la tradition de soumission reste très importante, obligeant les femmes à développer des attitudes viriles pour être reconnues et acceptées dans le monde masculin du travail.

Les hommes occupent plutôt des professions dans lesquelles le travail est socialement considéré et valorisé, des professions à risque, alors que les femmes occupent des emplois ayant rapport avec l'éducation, la santé, les services, les tâches ménagères, c'est-à-dire des activités que tout le monde est censé pouvoir faire sans apprentissage particulier. Cette répartition selon le genre est une construction sociale.

Le travail des hommes se situe dans les sphères productives, le travail de la femme dans l'univers reproductif.

Dans leur fonctionnement, les femmes sont dans l'éternel cycle de la vie, en revenant sur les choses dans leur globalité, plus endurantes, résistantes ; les hommes veulent taper du poing sur la table en disant ne plus vouloir entendre parler des problèmes, traités les uns après les autres, avec une forte empreinte d'éphémérité.

Les hommes s'inscrivent dans un registre de qualification acquise (formation, cursus, culture), alors que les femmes sont décrites dans des qualités innées, « c'est génétique, cela va de soi, c'est normal », comme une fatalité (22). Les savoir-faire féminins sont exclus de la reconnaissance.

Les femmes sont sensiblement plus nombreuses à exprimer une souffrance psychique quel qu'en soit le mode (23). La verbalisation de la souffrance est socialement plus acceptée de la part d'une femme. Il s'agit d'un aveu de faiblesse chez l'homme. La mentalisation de la souffrance psychique est plus développée chez la femme. L'homme reste plutôt dans le registre de l'évitement, du refoulement ou de la somatisation.

Cela renvoie à la division du travail, à la fréquence chez les femmes du travail déqualifié, à la façon différente d'investir le travail au masculin et au féminin, aux modalités différentes de reconnaissance dans le travail pour les hommes et pour les femmes.

Par contre, pour les hommes comme pour les femmes, avoir le choix de la façon de procéder, les moyens d'un travail de bonne qualité, un travail permettant d'apprendre des choses, avoir un travail varié, caractérisent les situations de travail qui ont un effet positif sur la construction de la santé psychique.

I. B. 2. b. Travail et âge

Plusieurs représentations de la notion de vieillissement au travail peuvent être déclinées :

- une vision « involution », mettant l'accent sur la diminution des fonctions biologiques et cognitives (sommeil, mémoire, fonctions motrices, vision...), intériorisant ce déclin inéluctable. Cela peut avoir pour conséquence des ressentiments, des comportements traduisant le côté péjoratif de la prise d'âge (cf. Travaux du groupe E.S.T.E.V. d'Angers (23)).

- une vision environnementale de l'âge : on peut être trop vieux à 30 ans pour un poste (ex : monteur en électronique)

- une vision mettant en avant la maturation, le développement de l'expérience, du savoir-faire.

De plus, le rapport au temps, à l'espace change avec l'âge, le sexe.

La jeunesse signifie rapidité, mais pas forcément efficacité, on ne peut pas comparer deux personnes d'âges différents. On ne peut pas demander la même chose à une personne de 20 ans et à une personne de 50 ans.

Se sentir vieux relève de la plus parfaite subjectivité. Il est difficile de s'avouer ne plus pouvoir faire « comme avant ».

Par ailleurs, il est difficile de voir inexploitée l'expérience acquise au prix de longues années. On demande aux jeunes de savoir avant d'avoir appris. On demande aux plus âgés de partir sans transmettre leur savoir.

Pourtant, les « anciens » sont la mémoire de l'entreprise. Ils peuvent autant être les relais d'une « marque de fabrique » et transmettre un savoir-faire qui pérenniserait la qualité de la production, qu'émettre des critiques d'une nouvelle politique d'entreprise perturbant les habitudes, et ils deviennent donc gênants pour un management d'entreprise. Cela peut être la raison pour laquelle, par exemple, on ne mélangera pas les anciens et les nouveaux qui eux seraient plus malléables, plus faciles à canaliser, en raison d'une méconnaissance de l'histoire

de l'entreprise et d'un manque d'expérience. Les « vieux » seraient frustrés de ne pas partager leur savoir.

La notion de lassitude s'exprime également avec l'âge chez les salariés qui ont tout donné, par exemple, à leur entreprise, ou chez ceux à qui on a promis monts et merveilles qui ne sont jamais arrivés, ceux qui souffrent de maladies imputables à leur profession.

Beaucoup de personnes se battent longtemps puis baissent les bras et se désinvestissent de leur travail. Parfois l'investissement dans le travail ne tient qu'à une cause privée, comme les enfants, qui un jour ont leur propre situation, faisant disparaître aux yeux des parents l'intérêt du travail.

Le temps de vie professionnelle fait partie intégrante de la vie en général, s'intercalant entre les temps de vie privée, s'opposant à la vie familiale et aux loisirs, mais les influençant dans leur rythme, leur programmation, leurs projets. Lorsque l'on revient sur l'histoire d'un salarié, la vie professionnelle est indissociable de la vie privée.

L'image de marque est importante pour une entreprise, et va de pair avec l'actuelle propension au « jeunisme », entraînant l'évincement des salariés âgés qui « ne font pas bien dans la vitrine ». La notion d'entreprise « jeune et dynamique » est très en vogue actuellement. La sélection sur l'âge du personnel peut avoir des répercussions sur la productivité et les bénéfices. La tentation est bien présente.

Avec l'âge enfin, des déficiences peuvent se manifester : baisse de l'acuité visuelle, auditive, fatigabilité cardiaque, douleurs articulaires, etc. Lorsque les conditions de travail le permettent, le salarié âgé peut compenser ses déficiences, et même être plus performant que le salarié jeune. A l'inverse, si la marge est étroite et que le salarié n'a pas de liberté d'action, les déficiences ne peuvent plus être compensées et le rôle de son expérience sera réduit (23).

Là se pose le problème récurrent d'un effet de sélection des salariés sur des critères d'âge. Il est répandu de penser, malheureusement, qu'une personne âgée a une probabilité de tomber malade plus importante par rapport à quelqu'un de jeune. La sélection à l'embauche porte sur l'état de santé de l'individu. Les entreprises sont en effet tentées de sélectionner selon l'âge, cela correspond à une représentation réductrice et univoque de l'avance en âge, comme une involution générale et inéluctable. Il existe pourtant beaucoup d'exemples du contraire...

Chaque salarié appartient à une génération qui a sa propre histoire, au cours de laquelle des évolutions positives ont pu survenir ou d'autres négatives, se réaliser. Ainsi les relations âge –

santé – travail ne peuvent-elles se comprendre que si on replace dans ces différentes dimensions temporelles individuelles ou collectives.

I. B. 2. c. Travail et temps

Toute activité de travail est soumise à des contraintes de temps. Ces contraintes sont de deux ordres (23) :

- Les unes pèsent directement sur l'activité. Il s'agit par exemple du rythme imposé par une machine, le rendement à faire par heure, etc.
- Les autres se manifestent indirectement sur l'activité. Ce sont d'une part les horaires de travail et d'autre part les durées de travail.

Guiho-Bailly explique que « notre fonctionnement psychique a ceci de particulier que coexistent en chaque sujet deux régimes temporels distincts, conflictuels, objets de compromis : l'un inconscient, l'autre conscient ; l'un est antérieur à l'autre dans le processus de maturation mais reste à tout jamais indéracinable ; le premier ancre le sujet dans l'intemporalité et l'immuabilité du désir ; le second ouvre le sujet au temps historique, à la mesure du temps objectif et l'inscrit dans la temporalité de la construction identitaire, temporalité dans laquelle la chronologie linéaire des faits restera toujours subordonnée à l'anachronisme subjectif des événements signifiants (21) ».

Les contraintes de temps sont pourtant nécessaires dans le travail. Mais les résultats ou les conséquences sur la santé psychique seront différents s'il y a ou non débat, négociations sur ces contraintes, s'il y a ou non marges de manœuvre et évolution possibles.

Ce qui caractérise à ce sujet les trente dernières années, est la chasse aux temps morts (ce que Taylor appelait « le temps des flâneries »), l'accélération perpétuelle et la disparition de l'échéance à moyen ou long terme. Toute l'activité et la pensée se placent dans un temps compressé immédiat et éphémère. On est toujours dépassé, on travaille pour hier. Il n'y a plus de pause, donc plus de temps pour penser.

I. C. La souffrance psychique au travail

Axiomes :

1. la souffrance est une donnée de la condition humaine
2. la maladie est l'une des expressions possibles de la souffrance
3. les hommes ont une capacité d'entraide
4. le malade est un sujet
5. la maîtrise d'un sujet est illusoire. Jean Carpentier in (19).

I. C. 1. La souffrance : l'infraliminaire, l'invisible, l'immergé

Il faut tout d'abord différencier la souffrance inhérente à tout travail, ce que Dejours (5) nomme la « normalité », « état réel (et non un idéal) où les maladies sont stabilisées et les souffrances sont compensées », de la souffrance créée par la violence des rapports humains.

Dans la psychologie classique, en particulier dans la métapsychologie freudienne, c'est sur l'angoisse et non sur la souffrance que portent les analyses. L'angoisse y est définie comme un affect pénible, douloureux, résultant d'un conflit intra-psychique : elle prend son origine dans l'histoire singulière du sujet (14).

La souffrance quant à elle, n'est pas un affect mais un vécu résultant de l'affrontement des individus aux contraintes organisationnelles, situé entre la maladie mentale d'un côté, le bien-être psychique de l'autre. Elle peut faire évoluer le sujet soit vers la maladie, soit vers le bien-être. Tant que le sujet reste entre ces deux extrémités, il demeure dans la normalité (cf. Schéma 1).

Dans la perspective de la psychodynamique du travail, la normalité résulte d'une lutte permanente et constitue un compromis entre souffrance et défense contre cette souffrance. Nous l'avons déjà dit, il existe un décalage irréductible entre l'organisation prescrite du travail (hiérarchies, modes opératoires, consignes, gammes...) et l'organisation réelle (qui correspond à la manière dont le sujet « remanie l'organisation prescrite pour assurer au mieux sa tâche »), décalage repéré depuis longtemps par les ergonomes. La souffrance psychique au travail naît de la perception de ce décalage, entre le travail que l'on nous demande (travail prescrit) et les moyens à déployer pour y parvenir (travail réel). Cette souffrance non pathologique, est toujours présente car l'écart est toujours présent.

Pour une situation de travail, chacun, avec sa structure de personnalité et son identité, développera ses propres moyens pour réussir. De même en cas « d'échec », d'absence

d'adaptation à la tâche prescrite, il y a autant de réactions somatiques ou psychiques que d'individus.

Le seul point commun est le travail.

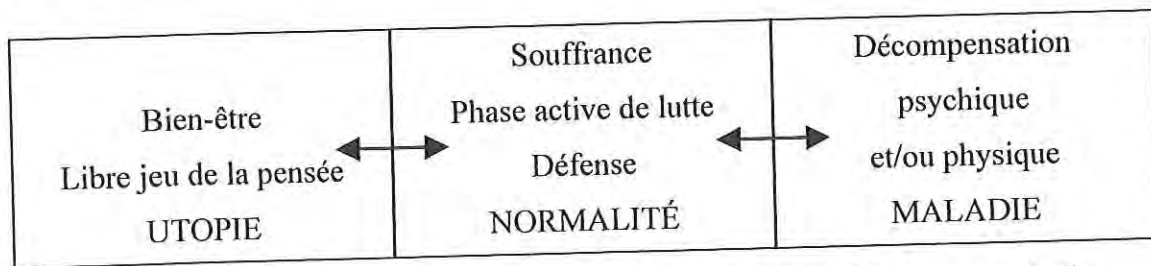


Schéma 1 : Le concept de la santé comme état fluctuant entre bien-être et maladie.

La souffrance est ressentie dans et par le corps, qui est dans le monde et le rapport à autrui. Cette souffrance ne fait pas partie de l'individu.

L'utilité d'être au monde se forge dans le regard des autres, maintenant la conscience d'exister. La souffrance appartient à l'ordre du singulier car il n'y a pas de corps collectif. Seule son expression peut être collective.

Ce n'est pas dans la personnalité que la souffrance prend naissance mais dans les efforts mis en jeu pour résoudre les problèmes de cet écart et arriver à faire ce qui est prescrit, jusqu'à l'illégalité et la prise de risque.

Cette souffrance n'est pas une pathologie, elle ne doit pas à tout prix être supprimée, elle peut au contraire être un moteur vers l'amélioration des conditions de travail. Il ne faut pas toujours la médicaliser. Il faut se demander si l'organisation du travail peut permettre d'évoluer pour réagir, de réaliser le travail prescrit. Il y a lieu de prendre acte de cette souffrance et qu'elle prenne sens pour le salarié, pour lui permettre de lutter. Il faut faire en sorte que les capacités de l'être humain à lutter contre cette souffrance se mettent en œuvre.

C'est alors, s'il n'y a pas d'issue, qu'apparaît la maladie, d'expression corporelle ou psychique ou les deux.

Historiquement, le travail a été compartimenté pour sa compréhension, en charge physique (expositions à des agents physiques, chimiques, biologiques), et en charge « mentale » qui comprend la charge cognitive (il n'y a pas d'activités physiques sans activités cognitives) et ce que Dejours appelle la charge psychique puis souffrance psychique.

La souffrance psychique est parfois liée à certains aspects du travail chers aux ergonomes :

- Incertitude sur la perception ou sur la signification des informations

- Troubles quantitatifs ou qualitatifs du sommeil liés aux horaires et au contenu du travail
- Surcharge cognitive qui si elle est excessive peut très rapidement s'accompagner de troubles psychiques (7).

La souffrance est aussi la résultante d'une diminution de l'activité mentale naturelle, le témoin de « la perte du pouvoir d'agir (18) », soulignant une atteinte à l'intégrité de soi. Elle concerne tout le monde, de l'ouvrier au dirigeant, toujours en rapport avec l'incontournable écart travail prescrit – travail réel.

La souffrance psychique est souvent muette et indolore. Elle n'en existe pas moins. Elle correspond à ce que Delaunay (19) appelle le syndrome de Ferenczi qui associe trois éléments :

- Anesthésie, souvent douloureuse (anesthésie affective ou sensorielle dont les patients se plaignent, insensibilité à la vie)
- Paralysie ou apragmatisme
- Clivage (personne comme coupée en deux avec une partie morte et l'autre vivante).

La souffrance dans le vécu ouvrier est organisée derrière deux maîtres symptômes : l'ennui et la peur (3). « C'est du contact forcé avec une tâche désinvestie que naît une image d'indignité. L'absence de signification, la frustration narcissique, l'inutilité des gestes façonnent une image narcissique terne, enlaidie, misérable ».

Accomplir une tâche sans investissement matériel ou affectif exige la production d'effort et de volonté, en d'autres circonstances supportée par le jeu de la motivation et du désir. Le vécu dépressif augmente les sentiments d'indignité, d'inutilité et de déqualification. « S'ajoute une sensation d'engourdissement intellectuel, d'ankylose mentale, de paralysie de l'imagination qui marque le triomphe du conditionnement au comportement productif ».

La souffrance commence quand le rapport homme/organisation du travail est bloqué, lorsque le salarié a utilisé au maximum ses facultés intellectuelles, psychosensorimotrices, psychoaffectives d'apprentissage et d'adaptation. La souffrance naît devant l'impossibilité de toute évolution vers son allègement. La certitude que le niveau d'insatisfaction atteint ne peut plus diminuer, marque l'entrée dans la « souffrance pathologique ».

Le schéma 5 en annexe 9 tente de résumer les origines de la souffrance.

Enfin, Dejours différencie la souffrance éthique (3) (peur de perdre sa propre dignité et de trahir son idéal et ses valeurs) de la souffrance liée à la peur. Il défend l'idée que « sans référence à l'apprentissage de nouvelles conduites de tolérance à la souffrance infligée, on ne pourrait pas comprendre comment s'accroissent l'inégalité et l'injustice dans la société néolibérale (24) ». La tolérance à l'injustice s'apprend surtout dans le monde du travail, dans l'entreprise plus précisément. Beaucoup en sont témoins, mais ne résistent pas. Nombreux sont ceux qui sont invités à participer à des actes qu'ils réprouvent mais y collaborent tout de même. Désapprouver certains actes et les commettre quand même, place le sujet dans une situation morale scabreuse. La contradiction morale a des conséquences qui sont non seulement morales mais encore affectives. Dejours introduit cette notion de « souffrance éthique » pour désigner la souffrance comme conséquence d'une contradiction morale – pratique. Face à cette souffrance, certains sujets, peu nombreux semble-t-il, se soustraient et refusent de collaborer (prenant le risque d'être congédiés). D'autres, nombreux aujourd'hui, ne parviennent pas à surmonter le défi de cette souffrance. Ils tombent malades. En général, ils ne comprennent pas ce qui leur arrive, précisément parce que la maladie signe qu'ils ne parviennent plus à maintenir l'unité de leur personnalité (24).

L'individualisation, même si elle est avant tout uniformisante, parce qu'elle anéantit les défenses collectives, parce qu'elle efface les initiatives spontanées, parce qu'elle brise les responsabilités et le savoir, aboutit paradoxalement à une différenciation de la souffrance d'un salarié à l'autre (3).

Grenier-Pezé écrit que la « honte de participer activement ou passivement à un cynisme collectif génère silence, mutisme, secret ». La honte est surmontée par l'intériorisation du système de valeurs proposé. L'exercice du mal s'infiltré habilement dans la construction sociale d'une valeur forte : le courage, vertu virile par excellence. « La virilité sociale se mesure à la capacité d'exercer sur les autres des violences dites nécessaires ». Plus les conditions de travail se durcissent, plus ces défenses se rigidifient poussant les attitudes viriles à la caricature.

La même souffrance au travail se définit différemment dans toutes les disciplines (sociologie, philosophie, ergonomie, psychologie, médecine...), ce qui rend difficile l'intégration de toutes les données d'un problème. La décompensation pathologique qui s'établit sur un mode propre à chaque individu en est la preuve.

De même, dans les différentes théories du stress se dessine une conception de la causalité systémique : on y voit toutes les influences (biologique, comportementale, sociale, cognitive

et émotionnelle) contribuant à définir la pathologie et on comprend qu'il ne faut rien prendre en considération hors d'un contexte propre. Une situation de souffrance au travail résulte en effet d'une succession d'événements qui se télescopent et produisent d'autres événements. Cet historique est nécessaire à la compréhension et au déblocage d'une situation. Les lumières de différentes approches scientifiques peuvent être nécessaires à la reconstitution de l'enchaînement de ces événements.

Plusieurs questionnaires existent pour évaluer la souffrance psychique du salarié :

- le G.H.Q.-12 : General Health Questionnaire de D. Goldberg (25, 26)
- Le N.H.P. : Nottingham Health Profile ou indicateur de santé conceptuelle de Nottingham (I.S.P.N.) (23)
- le M.B.I. : Maslach Burnout Inventory (27)
- le N.S.S. : Nursing Stress Scale

Un des premiers signes d'un vécu d'insatisfaction est la fatigue. La fatigue ne répond pas toujours à une charge physique de travail excessive (3). Si l'organisation du travail entre en opposition avec l'économie psychosomatique, le salarié devra développer toutes les ressources dont il est capable pour compenser la fermeture par l'organisation du travail des issues comportementales, caractérielles et mentales à son énergie pulsionnelle.

La fatigue peut aussi trouver son origine dans l'inactivité, parce qu'elle n'est pas une simple mise au repos, mais au contraire une répression – inhibition de l'activité spontanée. La majorité des gens n'éprouve aucun plaisir à l'inactivité durable.

Les signes cliniques de souffrance les plus fréquemment rencontrés sont :

- affects de peur sur le chemin du travail,
- état de qui-vive,
- angoisse, avec manifestations physiques (tachycardie, sueurs, tremblements, globus hystericus),
- cauchemars intrusifs,
- réveils en sueurs,
- insomnie réactionnelle,
- ruminations de scènes violentes, d'humiliation pendant la journée,

- pleurs spasmodiques, fréquents,
- désarroi identitaire spécifique (perte des repères moraux : le bien et le mal, le vrai et le faux, le juste et l'injuste),
- sentiment de culpabilité, position défensive de justification,
- perte de l'estime de soi, dévalorisation, perte de compétences,
- restriction de la vie sociale et affective,
- atteintes cognitives plus rares : pertes de mémoire, troubles de concentration, de logique.

Les manifestations indirectes de la souffrance :

- paralysie de la pensée : ankylose
- stratégies défensives : empêchent l'examen du travail réel
- comportement d'auto-accélération
- addictions
- bizutages, bravades
- plaintes : deviennent parfois mode d'expression, de reconnaissance
- faire celui qui ne comprend rien, mais difficulté d'être prisonnier de l'image que l'on construit
- faire la grève du zèle
- dire « je m'en fous », stratégie défensive individuelle qui ne soulage qu'un temps.

I. C. 2. La décompensation : la maladie clinique, le visible, l'émergeant

Les formes cliniques de la souffrance psychique (3) se partagent comme suit :

- Les pathologies de surcharge : Troubles Musculo-Squelettiques (T.M.S.), Karôshi (mort par accident vasculaire cérébral ou cardiaque), considéré également comme pathologies psychosomatiques, le burn-out
- Les atteintes psychosomatiques : ulcères gastroduodénaux, asthme, lombalgies, T.M.S., Karôshi, hypertension artérielle, amaigrissement, épuisement, désorganisation

psychosomatique progressive de gravité croissante, atteinte de la sphère gynécologique chez les femmes, aménorrhée, cancer de l'ovaire, du sein, de l'utérus, métrorragies

- Les affections post-traumatiques : agressions de personnel de plus en plus fréquentes
- Les violences pathologiques : certaines personnes deviennent violentes dans le cadre de leur travail, envers leurs collègues, envers leur environnement de travail (sabotage, vandalisme, erreurs intentionnelles), envers eux-mêmes, passages à l'acte suicidaire
- Les pathologies cognitives : troubles de la mémoire, de la concentration, du jugement, du cours de la pensée, affectant un secteur étroitement lié aux activités professionnelles
- Les troubles de l'humeur et du comportement : agressivité, irritabilité, troubles du sommeil, actes de « fauche », vandalisme, syndrome dépressif
- Les conduites addictives : éthylisme, tabagisme, consommation de cannabis, de psychotropes.

Nous verrons les trois plus importants tableaux nosologiques rencontrés et les plus graves : le syndrome de stress post-traumatique, le burnout et le syndrome dépressif.

I. C. 2. a. Le Post-traumatic Stress Disorders ou Syndrome de Stress Post-Traumatique (S.S.P.T.) : syndromes psychotraumatiques

Il s'agit de troubles psychiques très particuliers survenant après des situations traumatisantes exceptionnelles, impliquant un danger vital pour le sujet ou ses proches immédiats (28). Le syndrome de stress post-traumatique a été décrit dans le contexte particulier de la fin de la guerre du Viêt-nam : lorsque les soldats américains sont revenus aux Etats-Unis, ils se sont heurtés à des difficultés d'accueil. Ils n'ont pas été accueillis par une communauté nationale solidaire de leurs souffrances, mais reçus comme des agresseurs et confrontés aux réactions de rejet de nombre de leurs concitoyens (29).

La caractéristique essentielle de l'état de stress post-traumatique est le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer

une menace de mort, ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ; ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner sa mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne ; ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche. La réponse de la personne à l'événement doit comprendre une peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur. Les symptômes caractéristiques résultant de l'exposition à un traumatisme extrême comprennent le fait de revivre de manière persistante l'événement traumatique, un évitement persistant des stimulus associés au traumatisme avec émoussement des réactions générales et des symptômes persistant d'activation neurovégétative. Le tableau symptomatique complet doit être présent plus d'un mois et la perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (30).

L'événement traumatisant peut être revécu de diverses manières. Habituellement, le sujet a des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement ou des rêves répétitifs provoquant un sentiment de souffrance, durant lesquels l'événement est remis en scène. On observe souvent une souffrance psychologique ou une réactivité physiologique intenses quand la personne est exposée à des événements déclenchants qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique.

Les stimuli associés avec le traumatisme sont évités de manière durable. Le sujet fait habituellement des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique et pour éviter les activités, les situations où les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs de celui-ci. Cet évitement des souvenirs peut inclure l'amnésie d'un aspect important de l'événement traumatique. Une diminution de la réactivité au monde extérieur, appelée « émoussement psychique » ou « anesthésie émotionnelle » débute habituellement peu de temps après l'événement traumatique. Le sujet peut se plaindre d'une diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités antérieurement sources de plaisir ou de se sentir détaché ou étranger vis-à-vis des autres ou avoir une capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (particulièrement celles associées avec l'intimité, la tendresse, et la sexualité). Le sujet peut avoir le sentiment d'un futur « amputé ».

Le sujet présente des symptômes persistants d'anxiété et d'hyperéveil qui n'étaient pas présents avant le traumatisme. Ces symptômes peuvent comprendre une difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil qui peut être due à des cauchemars répétitifs durant

lesquels l'événement traumatique est revécu, une hypervigilance et des réactions exagérées de sursaut. Certains sujets font état d'une irritabilité ou d'accès de colère ou d'une difficulté à se concentrer ou à mener à bien les tâches.

Il existe une échelle des symptômes post-traumatiques permettant de le dépister dans une étude : le P.T.S.S.-10 (31). Un second instrument est l'Impact of Event Scale (I.E.S.) pour mesurer la détresse subjective associée à un événement spécifique.

Les victimes de harcèlement moral, qu'elles aient ou non subi des traumatismes à risque vital, présentent la plupart du temps un syndrome de stress post-traumatique (29).

Exemple 1 :

Mme L. a 37 ans. Elle travaille en tant que bibliothécaire dans une collectivité, à temps plein, depuis dix ans, avec le statut d'agent d'entretien. Son chef de service a tenté de l'embrasser, lui a mis des « mains aux fesses », a tenté plusieurs fois d'entrer dans son domicile. Devant son refus d'accepter ses avances et après une grossesse de Mme L., son chef a décidé de l'humilier, devant ses collègues, en affirmant qu'elle se trompait souvent, qu'elle manquait à toutes ses obligations. Il ne lui fournissait plus aucune information sur les tâches qu'elle devait faire. Il lui rend impossible de partir en vacances avec ses enfants.

Devant ces pratiques de harcèlement sexuel et de harcèlement moral, Mme L. développera une symptomatologie typique d'un syndrome de stress post-traumatique, avec des cauchemars intrusifs sur le thème professionnel avec des situations de souffrance la mettant en scène avec son chef de service, avec des conduites d'évitement jusqu'à ne plus prendre le tramway dans sa vie privée, de peur de croiser son chef qui l'emprunte quelques fois. Cela retentit sur sa vie familiale, ses activités personnelles qu'elle a abandonnées. Mme L. présente des troubles des fonctions cognitives (mémoire et idéation).

Mme L. a déposé plainte au commissariat, mais les agissements sur les lieux de travail perdurent et ses collègues ont décidé de l'isoler en l'accusant de paranoïa.

Mme L. pleure dès qu'elle évoque cette situation, se sent trahie par tout le monde, mais ne souhaite pas quitter son emploi, ce qui la blesserait de nouveau, et constituerait une nouvelle injustice.

I. C. 2. b. Le syndrome de burnout

Freudenberger (1985) fut un des premiers à décrire ce syndrome pour rendre compte d'une forme de dépression particulière qui frappe les membres de certaines équipes travaillant dans

le secteur socio-sanitaire. Il s'agit d'un syndrome d'épuisement des ressources physiques et mentales d'individus qui s'évertuent à atteindre des buts irréalisables, en raison d'un niveau d'aspiration trop élevé, impliquant le développement d'images négatives de soi-même, des attitudes défavorables envers le travail et une perte d'intérêt à l'égard des clients (32-34).

On peut le conceptualiser comme un désordre progressif : un processus de combustion lente qui va soit vers l'amélioration (intégration de la souffrance comme mode de travail) ou, au contraire, vers l'aggravation (capacités d'adaptation dépassées) (33).

Il en a été décrit quatre phases successives :

- La phase d'enthousiasme où tout est beau
- La phase de stagnation, essoufflement devant les choses qui ne se passent pas comme prévu
- La phase de désillusion, de frustration, où les valeurs de la profession sont remises en question. Là s'installe le doute de soi, de son jugement, de ses capacités. Souvent cette phase voit s'instaurer des conduites addictives, aux alcools ou médicaments.
- La phase d'apathie et de démoralisation : la personne se sent alors nettement dépassée, incompétente.

Les symptômes sont comportementaux, somatiques, émotionnels et cognitifs. Désintérêt pour le travail, appréhension devant les responsabilités professionnelles avec évitement, retards, absences subites, signes de relâchement vestimentaire et hygiénique ; signes de fatigue, de tension chronique, troubles du sommeil ; irritabilité, sautes d'humeur, tristesse, idées suicidaires, insatisfaction ; troubles de l'attention, de concentration, de mémoire et même de jugement.

Aubert et de Gaulejac (34) l'appellent la « maladie de l'idéalité ». Elle atteint en général les gens nourrissant un idéal élevé et ayant mis le maximum d'efforts en œuvre pour atteindre cet idéal. Ce dernier amène les salariés à développer une image d'eux-mêmes en décalage avec leur personnalité réelle. Leur énergie se transforme en ennui, leur enthousiasme en colère et leur optimisme en désespoir.

« La peur et la honte qui s'attachent à l'échec dans notre société narcissique sont des sentiments omniprésents qui empêchent l'individu d'échapper à la pression du succès, à l'exigence de réussite tous azimuts. Mais l'individu est complice de son entreprise dans l'élaboration de l'idéal du moi : on ne l'a pas obligé à être là ».

Le problème apparaît à partir du moment où, pour une raison ou une autre, l'individu ne parvient plus à suivre le rythme imposé par l'entreprise. A ce moment-là, l'organisation ne

génère plus les signes de reconnaissance et les récompenses qui soutenaient le moi idéal et l'ensemble du système s'effondre.

La fin de l'idéal est vécu comme la mort d'un être cher, qui est en fait une partie de soi-même.

Exemple 2 :

Employée depuis 25 ans dans une maison d'édition, Mme J., 56 ans est secrétaire. Elle aime son travail et le travail bien fait. Rapidement elle obtiendra le poste de responsable de service et accepte d'assumer de nombreuses responsabilités et se définit elle-même comme « le pilier de l'entreprise ». Elle joue le rôle d'interface entre les services administratifs, les services commerciaux et les services d'imprimerie.

En janvier 1998, deux personnes sont licenciées. Mme J. en assumera les fonctions. En août 1998, l'entreprise passera au « tout informatique », entraînant une surcharge de travail immense non compensée par ses supérieurs malgré ses demandes. Une nouvelle baisse d'effectif survient, suite à un départ en retraite, toujours non remplacé, majorant d'autant la surcharge de travail. Mme J. n'écouterà pas les migraines qui apparaissent le soir, les lombalgies qui deviennent de plus en plus fréquentes et invalidantes, symptômes dont elle n'avait auparavant jamais souffert.

Puis tout à coup, Mme J. craque, devant une panne « classique » d'un photocopieur. L'absence de moyens de faire un travail correct, l'absence de reconnaissance et de considération pour les efforts qu'elle a fournis (elle dira : « j'ai tout donné ») ont été plus fortes que son dévouement et sa volonté de bien faire. Elle pensait pouvoir tout assumer et dira plus tard « je ne suis plus bonne à rien ».

Elle souhaitait se faire agresser sur le trajet de l'entreprise, ou imaginait un accident de la voie publique pour ne plus se rendre sur son lieu de travail.

Elle sera mise en arrêt de travail, sous traitement antidépresseur. Mme J. n'a jamais pu reprendre, épuisée, brûlée de l'intérieur devant son impossibilité à répondre aux exigences de l'entreprise.

Mme J. a pris une retraite anticipée, va bien depuis et témoigne du fait que son équilibre personnel aurait chaviré si elle avait continué.

I. C. 2. c. Le syndrome dépressif

C'est la principale forme de décompensation suivant une souffrance en lien avec le travail. La dépression s'exprime en clinique par une baisse du tonus psychique associant un trouble de l'humeur orienté dans le sens de la tristesse et une inhibition psychomotrice avec ralentissement et « vécu » de fatigue (35). Il s'y associe généralement de l'angoisse, et des troubles des grandes fonctions somatiques. Le risque suicidaire est toujours présent. Un polymorphisme clinique considérable complique le diagnostic pourtant indispensable car si l'évolution spontanée est généralement favorable en moins d'un an, le traitement antidépresseur raccourcit cette évolution et prévient chronicisation et rechutes.

Le syndrome dépressif commun comprend habituellement :

- présentation : gestes lents, mimique pauvre, abattement et tristesse exprimés, voix basse et parole monocorde
- habillement peu soigné et négligence corporelle
- asthénie
- absence de motivation dans le travail
- les tâches simples exigent un effort
- désintérêt du présent, sentiment d'échec
- pessimisme disproportionné
- doute des capacités à affronter l'avenir et exagération des difficultés
- mauvaise humeur constante, morosité, réactions caractérielles
- retentissement sur l'entourage
- indifférence aux êtres qui sont chers : anesthésie affective
- baisse du rendement
- troubles du sommeil, soit insomnie d'endormissement, soit insomnie de la seconde moitié de nuit avec ruminations anxieuses
- angoisse avec sa peur paralysante
- cortège de sensations douloureuses
- anorexie globale ou élective avec perte de poids
- troubles de la fonction sexuelle

Les formes symptomatiques comprennent la mélancolie, forme la plus intense et la plus grave (douleur morale, idées délirantes, idées de suicide), les formes à dominante anxieuse (états

« mineurs » associant des éléments des deux séries, dépressive et anxieuse, faisant parler de syndrome anxio-dépressif), les formes à dominante caractérielle (l'irritabilité faisant partie intégrante du syndrome dépressif, formes avec émergence de colères pour des motifs futiles, une susceptibilité extrême, comportements exigeants témoignant d'une grande intolérance à la frustration).

La prévalence des épisodes dépressifs majeurs sur un an en France est de 3,4 % pour les hommes et 6 % pour les femmes. La prévalence sur toute la vie est en France de 10,7 % pour les hommes et de 22,4 % pour les femmes (35).

70 % des déprimés ont moins de 45 ans ce qui montre l'impact socio-économique de la dépression. La prévalence des épisodes dépressifs majeurs est trois fois plus élevée chez les sujets sans emploi ou assistés que chez les sujets autonomes financièrement.

Une étude américaine (36) montre que l'on s'attend à ce que la dépression devienne la deuxième maladie la plus commune en 2020, atteignant environ 15% des maladies graves dans le monde.

17 % des adultes américains auraient eu l'expérience d'un épisode dépressif dans leur vie. Une personne souffrant de dépression aurait 1,8 fois plus de risque d'avoir une maladie somatique à 12 mois ; 23 fois plus de risque d'avoir des désordres sociaux à 12 mois. Deux études américaines retrouvaient entre 37 et 48 % de salariés en dépression.

Les limitations physiques et sociales liées à une dépression sont plus importantes que celles causées par l'H.T.A., les coronaropathies, les problèmes pulmonaires et les problèmes de dos. 44 jours de travail sont perdus en lien avec des indisponibilités courtes dues à une dépression, contre 42 pour maladie cardiaque, 39 pour lombalgies et 21 pour asthme. 65 % des jours perdus le seraient en lien avec une dépression.

Le taux de récurrence dans l'année qui suit un épisode entraînant un arrêt de travail de courte durée est de 20 %, contre 8 % dans les lombalgies, 9 % dans les maladies cardiaques.

La population de cette étude est féminine pour deux – tiers, et les femmes font plus de dépression que les hommes.

Aucune donnée n'est disponible sur l'impact des programmes de management du stress au travail sur l'incidence des syndromes dépressifs.

I. C. 2. d. Les suicides

Les suicides sont de plus en plus souvent liés à la vie professionnelle (37) (Le Monde, mercredi 6 février 2002). Le médecin du travail d'un cadre d'E.D.F. qui s'était suicidé à la suite d'une dépression, a obtenu pour la première fois en octobre 2001 que les difficultés de l'employé soient reconnues comme maladie professionnelle, via le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (C.R.R.M.P.). Le désespoir des salariés frappés par des restructurations ou des licenciements les pousse de plus en plus à des réactions brutales.

La France est un des pays d'Europe où le taux de suicide est le plus élevé, 12 000 suicides environ par an ; environ 150 000 à 200 000 tentatives de suicide par an (19). On sait que, comme il y a 50 ans, les déterminants psychopathologiques dans les suicides ne représentent que 40 % des cas (dépressions et schizophrénies) et pour les 60 % restant c'est, comme Durkheim le disait, « l'éclatement de l'individu contre le mur de la société » (18).

Au Japon, 20 % des 33 000 suicides en 1999, étaient liés à des difficultés économiques ou sociales. En Suède, on estime à 15 % les suicides liés à des causes professionnelles (38).

I. C. 2. e. Le workaholism

Le workaholism ou l'intoxication par le travail (39) est un concept récent qui viendra appuyer les théories explorant les facettes de la construction de l'identité dans le travail. Il se définit comme un investissement excessif dans le travail, allant au-delà des exigences économiques. Il occulte les autres aspects de la vie sociale et privée. On peut y rapprocher ce que Dejours appelle l'activisme défensif (40), utilisé contre la pensée de la souffrance liée au travail. Il peut donc aussi se définir en tant que conséquence d'un mode de défense contre la souffrance psychique au travail.

I. C. 3. La clinique de la souffrance psychique liée au travail

Le métier de médecin du travail, c'est de pouvoir mieux que d'autres, dépister les situations de travail susceptibles de générer de la souffrance. Dans son cabinet médical, le médecin du

travail écoute les salariés puis se déplace sur les lieux de travail. Il va amener les salariés à penser leur travail, à trouver le sens qu'ils donnent à ce qu'ils font.

Dans la médecine traditionnelle de soin, seule la maladie physique peut être objectivée par des examens complémentaires (la plupart du temps) et bénéficie d'un statut de réalité. La souffrance psychique obtient encore trop rarement auprès des médecins une authentification bienfaisante, voire thérapeutique. Le diagnostic reste, cela dit, délicat et doit faire appel à tous les critères et signes connus et rassemblés en faisceaux de présomption, le diagnostic positif n'étant établi que beaucoup plus tard, souvent trop tard.

Une chronologie clinique peut être décrite comme suit :

Au départ, les symptômes de stress indifférencié dominent le tableau : irritabilité, agressivité, sentiment d'insécurité, hypersensibilité, rachialgies, douleurs musculaires, palpitations, troubles du sommeil, nausées... La sensibilité au stress varie de façon inter-individuelle et intra-individuelle.

La fatigue, comme nous l'avons vu, exprime d'abord un vécu d'insatisfaction. Parce qu'elle se situe dans le territoire infraliminaire, elle n'est pas prise au sérieux et souvent disqualifiée parce que difficile à cerner, à « vérifier » (22).

« La souffrance dans les situations de mobbing ou de harcèlement, naît dans la résistance du sujet à la contrainte exercée par une volonté d'emprise psychologique et de domination, et dans la solitude qui le déstabilise et le fait douter de sa raison, devant son abandon par sa propre communauté d'appartenance ».

On a pu décrire (22) :

- Une « phase d'alerte : asthénie et silence. La clinique est difficile à repérer. L'anxiété, les troubles du sommeil, le désengagement social, l'ennui, l'augmentation de la prise de médicaments, voire la consommation avancée d'alcool et de psychotropes... sans oublier la fatigue exprimée ! Souvent disqualifiée, il s'agit du premier niveau d'usure du geste de travail, vidé de son pouvoir de construction identitaire, signe précurseur d'une dépression atone, blanche, asymptomatique. Dans cette phase, le salarié ne s'exprime pas, ne pleure pas ; il se contente de « tenir ».

- Phase de décompensation :

- La névrose traumatique ; correspond au débordement de l'appareil psychique qui, pris par surprise (par une situation de menace), ne peut solliciter des mécanismes de

défense adéquats. Il n'y a pas de proportionnalité objective entre la gravité de la situation et celle du tableau clinique.

La névrose traumatique se caractérise par une angoisse subaiguë, accompagnée de manifestations physiques diverses : tachycardie, tremblements, sueurs... Il existe un affect de terreur à l'idée d'aller au travail, avec des idées suicidaires sur le trajet. Le retour en boucle des scènes d'humiliations et de brimades s'impose au patient, lui faisant revivre les moments traumatisants. Les attaques d'angoisse surgissent, déclenchées par une perception analogique avec tel ou tel détail des scènes de maltraitance. Des cauchemars intrusifs entraînent toutes les nuits un réveil en sueur. L'insomnie réactionnelle est un moyen de bloquer leur survenue. L'usure due au « tenir » aggrave l'effondrement anxio-dépressif généré par la position de constante justification, le sentiment de culpabilité et de honte d'être dans un tel état. Les atteintes cognitives sont récurrentes et portent sur la concentration, la mémoire et la logique. Les atteintes somatiques sont de gravité croissante suivant la durée de la situation : perte ou prise de poids importante, atteintes de la sphère digestive, cardiaque, et gynécologique chez la femme avec une fréquence inquiétante des aménorrhées, métrorragies et d'affections plus graves, cancer du sein, de l'ovaire, de l'utérus.

- La décompensation structurelle : le mode de décompensation dépend de la structure de personnalité du patient : bouffée délirante aiguë, dépression grave, désorganisation psychosomatique, paranoïa (41). Toute la variété des troubles psychiques peut entrer dans le champ de la psychopathologie du travail (9) ».

Ces manifestations cliniques sont généralement l'occasion d'un recours aux médicaments qui peut aller jusqu'à la pharmacodépendance.

L'évocation d'une souffrance psychique en lien avec le travail est légitime devant :

◆ Une anxiété chronique généralisée : état permanent d'appréhension et d'anticipation. Le sujet est en proie à des ruminations anxieuses de situations professionnelles. Il existe des désordres organiques liés aux variations neuro-hormonales : gastralgies, insomnies, anorexie, troubles de la mémoire et de la concentration, aménorrhée. Au maximum, cela donne le syndrome de stress post-traumatique (42).

◆ Les maladies psychosomatiques : ulcère gastro-duodéal, psoriasis, hypertension artérielle, troubles musculo-squelettiques... Ces symptômes souvent

multiples et de gravité croissante (43). Elles sont l'expression du corps face à une souffrance qui ne trouve pas d'autre issue (3). La somatisation (processus par lequel un conflit qui ne peut trouver d'issue mentale, déclenche dans le corps des désordres endocrino-métaboliques, point de départ d'une maladie somatique) apparaît lorsque les défenses caractérielles et comportementales ne trouvent pas à s'exercer dans le travail, ainsi le risque est-il celui d'une accumulation d'énergie pulsionnelle qui ne trouve pas à se décharger. L'effet principal de la neutralisation des défenses caractérielles et comportementales est l'apparition d'une maladie somatique. L'organisation du travail, dans la mesure où elle peut bloquer les efforts du salarié pour mettre en conformité le mode opératoire avec les besoins de sa structure mentale, peut être la cause d'une fragilisation somatique.

- ◆ Les troubles du comportement : le passage à l'acte hétéro-agressif est assez rare. Ces troubles dépassent souvent le cadre du travail, donnant la possibilité d'être interprétés et transformés en problèmes individuels et personnels pour ne pas « éclabousser » l'entreprise.
- ◆ La dépression : très fréquemment rencontrée à l'issue d'une souffrance psychique prolongée. Elle est souvent profonde, accompagnée de troubles phobiques. Le risque suicidaire est réel.
- ◆ Le suicide.

II. Souffrance psychique au travail : éléments de compréhension

Dejours nous présente la souffrance psychique comme inhérente à toute activité professionnelle. Il montre par ailleurs comment cette souffrance est exploitée par l'organisation du travail (3).

Le médecin du travail est confronté à une souffrance dont les causes apparaissent comme strictement étrangères au corps, donc à la biologie. Cela devient hors du champ de la médecine traditionnelle. Des chercheurs ont fait de nombreux travaux sur l'étiologie professionnelle de cette souffrance parmi lesquels Leymann, psychologue suédois, Dejours, médecin du travail et psychanalyste français et Hirigoyen, psychiatre. C'est sur ces travaux que repose l'essentiel de cette deuxième partie.

Comment arrive-t-on à la perte de l'estime de soi, à la perte de confiance en soi, à la perte de compétences, à la perturbation de la vie sociale et familiale, qui sont les principales conséquences chez le souffrant. Il n'y a pas de cible privilégiée, que l'on soit cadre ou ouvrier, personne n'est pas à l'abri d'une conduite ou d'une organisation, perverse ou d'une politique à dessein inavouable.

Nous verrons tout d'abord les différents concepts théoriques expliquant la souffrance issue des violences liées aux rapports sociaux du travail, puis les regards posés par différentes spécialités scientifiques.

II. A. Expressions et visibilité sociales de la souffrance psychique au travail

Ces phénomènes sont, en général, la conséquence d'un dysfonctionnement de l'organisation du travail.

II. A. 1. Le mobbing

Du mot anglais *to mob* houspiller, attaquer, malmener, assiéger, le mobbing a été employé par un spécialiste du monde animalier pour désigner un comportement visant à chasser l'intrus d'un groupe.

Dans les années 80, Heinz Leymann, psychologue du travail suédois, en donne la définition suivante : *le concept de mobbing définit l'enchaînement, sur une assez longue période, de propos et d'agissements hostiles, exprimés ou manifestés par une ou plusieurs personnes envers une tierce personne (la cible). Par extension, le terme s'applique aussi aux relations entre les agresseurs et leur victime* (1).

En pratique, il dénombre quarante-cinq agissements constitutifs du mobbing (cf. annexe 3) qu'il répartit en cinq catégories : agissements visant à :

1. empêcher la personne de s'exprimer (ex : en la menaçant),
2. isoler la victime (ex : en ne lui adressant plus la parole),
3. déconsidérer la victime auprès de ses collègues (ex : en lançant des rumeurs),
4. discréditer la victime dans son travail (ex : la « mettre au placard »),
5. compromettre la santé de la victime (ex : l'agresser physiquement).

Il y a mobbing lorsqu'un ou plusieurs agissements se répète au moins une fois par semaine sur une durée minimale d'une demi-année.

Il décrit quatre phases à ce processus : un conflit banal au départ, aucun supérieur hiérarchique n'intervient et le mobbing s'installe (phase 1) ; L'équilibre psychique de la victime est peu à peu détruit. Cet employé sur la défensive est à la fois isolé et sa personnalité mise à l'étude (phase 2) ; bientôt la situation perturbe le fonctionnement du travail, les responsables du personnel interviennent le plus souvent pour dénier les droits de la victime (phase 3) ; les conséquences sur son psychisme et sa santé l'empêchent alors de conserver ou de retrouver un emploi (phase 4).

En Suède, la prévalence du mobbing dans l'étude de Leymann, est de 3,5 % alors que le risque d'être confronté à un phénomène de mobbing, pour un salarié effectuant une carrière de 30 ans, est de 25 %. Les salariés confrontés au mobbing sont déstabilisés, puis sont confrontés à de fréquents arrêts de travail pour dépression. Souvent ils perdent leur emploi et éprouvent des difficultés à sortir d'un état psychologique morbide, où dominent la réminiscence des situations vécues, le besoin d'exorciser les difficultés en en parlant et la nécessité de donner

du sens à des événements qui les ont dépassés. Le plus souvent, les salariés confrontés au mobbing sont professionnellement bien intégrés, compétents et reconnus par leurs pairs (44). Selon Leymann, le processus de mobbing est la plupart du temps induit par un conflit non réglé. Ce conflit peut être un conflit relationnel entre deux personnes, mais également un conflit institutionnel : cahier des charges imprécis, injustice sociale, personne protégée, craintes des directions de ne pas savoir gérer les tensions, stress du « mobbeur », etc. (45) A partir de ce conflit, s'il n'est pas réglé, s'installe un processus de « communication non éthique », c'est-à-dire une forme de communication qui dénature et empêche toutes formes de relation permettant l'intégration d'un individu dans une communauté de travail. Une autre caractéristique du processus de mobbing est le déni de l'agression, que ce soit de la part de l'agresseur, de la hiérarchie ou même des collègues. Une véritable loi du silence se met en place qui aboutit à empêcher la victime de se défendre. Il s'agit là pour le groupe de travail, d'une forme de stratégie défensive collective tel que le décrit Dejours. Nous verrons cela au chapitre III. Ce déni de l'agression et donc du statut de victime pourrait être à l'origine des décompensations psychiques que vivent certain(e)s « mobbé(e)s ».

II. A. 2. Les autres termes utilisés

Le « bullying »

De l'anglais *to bully* qui signifie brutaliser, rudoyer, le bullying est introduit en psychologie du travail en 1984 par Lazarus pour décrire les brimades et intimidations dans les milieux militaires et policiers.

Cela comprend une notion de violence, d'agression physique et de menace. Il s'agit d'un phénomène davantage individuel que le mobbing, à orientation le plus souvent descendante.

Il s'agit d'une *agression répétée de forme verbale, psychologique ou physique conduite par un individu ou un groupe contre une personne ou plusieurs personnes* (46).

Cela a également été décrit chez les enfants et les adolescents dans les cours d'écoles.

Le « harrassment »

C'est le terme couramment employé par les américains pour désigner des phénomènes de harcèlement. Introduit en 1976 par Carroll Brodsky, psychiatre, qui parle *... d'attaques répétées et opiniâtres d'une personne sur une autre, pour la tourmenter, la miner, la frustrer, la provoquer* (43).

« L'ijime »

En japonais, harcèlement : *pressions de groupe afin de former les jeunes recrues ou de mater les éléments perturbateurs.*

C'est l'élément constitutif du système éducatif et du fonctionnement de l'entreprise au Japon.

L'ijime est un instrument de contrôle dont la forme la plus classique est le blâme en public.

II. A. 3. Le harcèlement moral

II. A. 3. a. Définitions

Harcèler vient de l'ancien français « herser » qui signifie tourmenter, partant du mot herse, instrument d'agriculture, qui présente sur un côté plusieurs rangées de dents, passé sur un sol pour en égaliser la surface en brisant les mottes de terres ou pour recouvrir un semis (définition Larousse).

En 1998 dans le best-seller *Harcèlement moral : la violence perverse au quotidien* (2) de Marie-France Hirigoyen, psychiatre, le harcèlement moral est défini comme :

« toute conduite abusive se manifestant par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettre en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat de travail. »

Dans le harcèlement moral, il y a l'idée de malveillance délibérée, de détournement du travail de sa finalité.

Michèle DRIDA, fondatrice et présidente de l'Association Mot pour maux au travail (47), donne une définition rigoureuse du harcèlement moral :

"ensemble de conduites et de pratiques qui se caractérisent par la systématisation, la durée et la répétition d'atteintes à la personne ou à la personnalité par tous les moyens relatifs au travail, ses relations, son organisation, ses contenus, ses conditions, ses outils, en les détournant de leur finalité, infligeant ainsi consciemment ou inconsciemment une souffrance intense afin de nuire, d'exclure voire parfois de détruire".

Il faut toujours revenir à la définition du harcèlement moral et ne pas oublier qu'il s'agit d'une notion subjective qui tient compte à la fois des agissements malveillants d'une personne ou d'un groupe de personnes, et de ses conséquences sur la santé et la dignité de la victime (48).

II. A. 3. b. Les types de harcèlement (41, 43, 49, 50)

- Le harcèlement individuel, appelé également gratuit, ou pervers : pratiqué par une personnalité obsessionnelle ou perverse narcissique, dans le but purement gratuit de destruction d'autrui et de valorisation de son propre pouvoir.
- Le harcèlement stratégique, appelé aussi économique ou « bossing », ou tactique : a pour visée la reddition émotionnelle du sujet dont on veut se débarrasser afin de contourner les procédures légales de licenciement (avec l'embauche de « fossoyeurs » ou « cost-killers »), trouve son origine dans des motifs économiques, dans un souci de rentabilité.
- Le harcèlement institutionnel, appelé aussi managérial : participe d'une stratégie de gestion de l'ensemble du personnel, arme de destruction de toute entrave à l'autorité hiérarchique.
- Le harcèlement coutumier : précarisation de l'emploi utilisée pour pousser les salariés à faire toujours plus, jusqu'à l'épuisement (50).
- Le harcèlement transversal ou organisationnel : expulsion sur un bouc émissaire d'une souffrance collective, qui permet d'imputer la responsabilité des dysfonctionnements de l'organisation du travail à un individu. Le « harcelé » est souvent celui qui ne participe pas au déni collectif.
- Le harcèlement moral pour vengeance est aussi décrit et peut entrer dans le harcèlement individuel ou gratuit.

Dans chaque type de harcèlement, il y a processus de destruction (43).

II. A. 3. c. Les techniques de harcèlement (49)

- Les techniques relationnelles : concernent la relation de pouvoir (tutoyer sans réciprocité, couper la parole, utiliser un niveau verbal élevé et menaçant, faire disparaître les savoir-faire sociaux, critiquer systématiquement le travail, cesser toute communication verbale, utiliser des injures, siffler le salarié, le regarder avec mépris, le bousculer).
- Les techniques d'isolement : visent la séparation du sujet de son collectif de travail par des changements d'horaires, l'omission d'information sur les réunions, l'injonction faite aux autres salariés de ne plus communiquer avec la personne désignée.
- Les techniques persécutives : passent par la surveillance des faits et gestes (contrôles des communications téléphoniques, vérification des tiroirs, des

poubelles, contrôle de la durée des pauses, des absences, obligation de laisser la porte ouverte, notation sur un cahier, etc.)

- Les techniques d'attaque du geste de travail : visent la perte du sens du travail.
 - Les injonctions paradoxales : faire refaire un tâche déjà faite, définir une procédure d'exécution de la tâche et une fois qu'elle est exécutée, contester la procédure, déchirer un rapport qui vient d'être tapé car devenu inutile, etc.
 - La mise en scène de la disparition : supprimer des tâches définies dans le contrat de travail, notamment des tâches de responsabilité pour les confier à une autre personne sans avertir le salarié, priver de bureau, de téléphone, d'ordinateur, vider les armoires.
 - La reddition émotionnelle par hyperactivité : fixer des objectifs irréalistes et irréalisables en entretenant une situation d'échec, un épuisement professionnel et des critiques systématiques, déposer les dossiers urgents cinq minutes avant le départ du salarié.
- Les techniques punitives : mettent le salarié en situation de justification constante (notes de service systématique, utilisation de lettres recommandées avec accusé de réception, avertissements montés de toutes pièces, heures supplémentaires non payées, indemnités d'arrêt maladies non payées, vacances non accordées au dernier moment).

Une liste de conduites abusives constitutives de harcèlement est en annexe 4.

II. A. 3. d. Les conséquences sur la victime (2)

Conséquences :

- « Santé perturbée : angoisse, consommation excessive de psychotropes, somatisations, importance des pertes de mémoire (troubles cognitifs), perturbations du sommeil, états dépressifs, pensées suicidaires, tentatives de suicide, la mort n'étant pas envisagée pour elle-même mais comme une libération sans retour d'une sensation d'annihilation
- Syndrome de stress post-traumatique
- Vie privée : irritabilité subie par la famille, divorce, troubles chez les enfants de la victime
- Désistement,
- Confusion,
- Doute, perte de la confiance en soi et en ses compétences professionnelles,

- Stress,
- Peur,
- Isolement ».

A long terme apparaît le choc, lorsque la victime prend conscience de l'agression. La personne s'effondre sur elle-même. Cela comprend perte de l'estime de soi et de sa dignité, honte. Puis, selon les ressources de chacun, viennent désir de vengeance, de réparation, recherche de réhabilitation, d'une reconnaissance de son identité, d'excuses de l'agresseur.

On rappelle les principales pathologies rencontrées : état anxieux généralisé, état dépressif, somatisations, dissociation (éclatement de la personnalité : D.S.M.-IV (30) : survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées comme la conscience, la mémoire, l'identité, la perception de l'environnement). La dissociation opère une séparation entre le supportable et l'insupportable, lequel serait voué à l'amnésie. Cette dernière filtre l'expérience vécue, amenant ainsi un soulagement et une protection partiels.

La victime peut réagir de deux façons :

- se soumettre et accepter la domination, l'agresseur pouvant dès lors poursuivre tranquillement son œuvre de destruction ;
- se révolter et combattre, pour partir...

Les tentatives d'oubli conduisent le plus souvent à l'apparition de troubles psychiques ou somatiques retardés, comme si la souffrance était demeurée un corps étranger dans le psychisme, à la fois actif et inaccessible.

Des facteurs de résistance ont été rapportés (1), comme une bonne constitution physique, un bon équilibre psychique, une bonne confiance en soi, le soutien de l'entourage, des conditions matérielles stables, une bonne connaissance de l'entreprise, la capacité à faire face (coping, traits de personnalité), l'origine et l'intensité de l'agression.

Les situations de souffrance liées à un harcèlement ont à voir avec ce que les personnes se représentent de la privation de travail. Ces représentations s'articulent autour de trois thèmes principaux :

- les conséquences matérielles de la perte d'emploi (fonction parentale, sécurité de famille)
- la construction de soi (atteinte à l'identité par les obstacles à la construction de soi par l'affrontement à la réalité et les obstacles à la reconnaissance, menace de la privation d'un plaisir lié au métier que l'on aime exercer)

- « partir, c'est perdre la partie » (c'est lâcher sur la réalité du bien et du mal, du vrai et du faux, l'hypothèse de la folie et de l'anormalité est validée, de même que la maltraitance aux yeux des autres)

Les composantes de la peur du chômage restent souvent l'explication principale de la résistance des victimes de harcèlement et de leur endurance à la souffrance (51).

II. A. 3. e. Les conséquences professionnelles pour la « victime »

- La démission peut être vue comme la seule issue possible, comme la seule qui permette de mettre un terme à la souffrance ressentie
- L'arrêt de travail puis l'inaptitude à tout poste
- L'arrêt de travail puis licenciement pour raison économique ou incompatibilité d'humeur
- Doute de ses propres compétences, voire de sa capacité à tolérer un environnement de travail et de s'y adapter
- Conséquences économiques graves : baisse de revenus, frais de médecins, de psychothérapeute, d'avocat...

et pour l'entreprise

- Absentéisme, arrêts de travail
- Nombre de jours de travail perdus
- Coûts des arrêts sur la production et le remplacement des personnes arrêtées
- Désorganisation des services liée aux arrêts maladie : affecte la productivité
- Démotivation des autres salariés
- Perte de confiance, atteinte à l'image de l'entreprise

et pour la collectivité

- Dépenses de santé prises en charge par la sécurité sociale
- Arrêts de travail
- Hospitalisations
- Indemnités de chômage
- Retraites anticipées...

II. A. 3. f. Les stratégies thérapeutiques

Conseils pratiques dans l'entreprise :

- Repérer

- Noter, accumuler des traces
- Trouver des témoignages
- Trouver de l'aide dans l'entreprise : Directeur des Ressources Humaines (D.R.H.) ; médecin du travail ; syndicats ; collègues
- Résister psychologiquement : consulter soit un psychiatre soit un psychologue
- Agir, contrer, ne pas démissionner
- Faire intervenir la justice
- Organiser la prévention : réintroduire le dialogue, éducation des responsables.

Attention aux amalgames. Dans son second ouvrage, Hirigoyen (43) précise les situations de malaise au travail qui ne sont pas du harcèlement moral.

Le harcèlement moral devient une « expression fourre-tout » regroupant d'autres souffrances qui ne relèvent pas, au sens clinique du terme, du harcèlement moral, mais qui expriment un malaise plus général du monde du travail qu'il est important d'analyser.

Dans la loi de modernisation sociale (L.M.S.) du 17 janvier 2002 (J.O. du 18 janvier), un chapitre intitulé « Lutte contre le harcèlement moral au travail » définit juridiquement ce type de comportement ainsi que les sanctions qu'il entraîne. Cette notion fait ainsi son entrée dans le Code du travail, le Code pénal et dans les statuts de la fonction publique.

Sur le plan juridique, trois critères – matériel, intentionnel et organique – président la caractérisation du harcèlement moral. Le critère matériel correspond à la nature des agissements incriminés, la loi est sur ce point relativement vague. L'usage d'une expression aussi extensive que « la dégradation des conditions de travail » laisse aux magistrats un grand pouvoir d'appréciation. Le critère intentionnel implique une volonté de porter atteinte à autrui, dans sa dignité et dans ses droits. Cela a été posé pour bien distinguer les actes de harcèlement moral, d'une part, des tensions inhérentes aux relations de travail ou autres formes de pression au travail et d'autre part, des situations conflictuelles où peuvent se multiplier les agressions et insultes n'en arrivant pas à des conduites visant à « l'élimination de l'autre ». En outre, l'action doit être répétée. Le critère organique est à l'appréciation des médecins.

Dejours met en garde devant la voie frayée par la notion de harcèlement moral qui, en mettant l'accent exclusivement sur une relation entre deux individus, l'agresseur et la victime, interprétée sur la base théorique de la perversion, laisse en dehors de la discussion les conditions collectives (sociales et politiques) de son étiologie : le consentement, au moins

Le harcèlement est à différencier :

- D'un conflit ouvert, individuel ou collectif, dans lequel les reproches sont nommés. C'est souvent lorsqu'il n'a pas pu être mis en place que le harcèlement apparaît.
- D'une altercation isolée, ou d'une humiliation ponctuelle.
- Des situations dans lesquelles les conditions de travail sont dégradées pour l'ensemble du personnel, ce sont alors la spécificité et l'intentionnalité qui marqueront la différence.
- Des situations de stress majeur engendrées par une organisation du travail de plus en plus exigeante. Cependant, le but conscient des stratégies utilisées n'est pas de détruire les salariés mais au contraire de les rendre plus performants. Il n'y a pas d'intentionnalité. Dans le harcèlement moral, la violence n'est utile ni à l'organisation, ni à la bonne marche de l'entreprise.
- Des situations de maltraitance managériale dans lesquelles on retrouve le comportement caractériel de certains dirigeants qui traitent irrespectueusement tous leurs salariés. Dans ce cas, les « victimes » ne sont pas isolées, et cela ne remet pas en question leur identité.
- D'une situation de violence d'usagers contre un membre du personnel.
- D'une appréciation négative du travail effectuée sur la base de critères clairs d'évaluation du travail prescrit.

Les fausses allégations de harcèlement moral (48, 52)

- Le harcèlement moral est un abus et ne doit pas être confondu avec les décisions légitimes concernant l'organisation du travail, telles que les mutations ou les changements de poste, lorsqu'ils sont conformes au contrat de travail.
- De même, les critiques constructives et les évaluations concernant le travail fourni, à condition qu'elles soient explicitées et ne soient pas utilisées à but de représailles, ne constituent pas du harcèlement.
- Certains salariés trouvent avec le concept de harcèlement moral l'opportunité de régler un contentieux avec leur hiérarchie parce qu'ils ne sont pas satisfaits de leur travail et qu'ils n'ont pas pu trouver d'autres voies d'expression de leur insatisfaction.
- Un vrai délire de persécution se repère facilement mais il n'en est pas de même avec les sentiments de persécution de nature paranoïaque qui n'entraînent pas de pathologie évidente et qui sont très proches d'une position victimaire.

- Le retournement pervers est le fait des individus pervers qui retournent la situation en accusant de harcèlement moral un collègue ou un supérieur afin de mieux masquer ses agissements.

Nous devons également rappeler que l'absence d'intentionnalité nuisible ne signifie pas pour autant qu'un comportement est normal.

II. A. 4. Le harcèlement psychologique au travail

Cette expression regroupe les notions de mobbing, de bullying et de harcèlement moral au travail. L'étude de Viaux (44) fait apparaître que le harcèlement psychologique au travail est un phénomène prioritairement collectif, touchant souvent plusieurs salariés de l'organisation, et impliquant de nombreux maillons de la chaîne, qui dans la plupart des cas jouent un rôle de relais de l'autorité ou bien se montrent indifférents aux actes de torture psychologique par crainte d'en être eux-mêmes la cible.

Viaux constate que « les victimes souffrent majoritairement d'un syndrome de stress post-traumatique tel qu'il est décrit dans la littérature internationale, et dont on sait que s'il dure plus de 6 mois, il devient un mal chronique, avec son cortège de troubles dépressifs. Que plus de 50 % des sujets aient eu recours soit à un spécialiste, soit à une augmentation de consultation de leur médecin habituel en dit long sur la souffrance vécue ».

La modification sensible des rapports à autrui sur un modèle qui ressemble pour une part à des troubles de la personnalité (méfiance à l'égard d'autrui et vécu de complot) et la fragilité des capacités individuelles d'adaptation, méritent qu'on s'intéresse de plus près aux solutions de soutien à apporter aux souffrants.

Ces souffrances enlisent le sujet dans un rapport au monde très persécutif, avec le risque de réponses extrêmes en terme d'auto-agressivité ou d'hétéro-agressivité.

Poilpot-Rocaboy (53) a tenté d'en établir un schéma (cf. schéma 3) montrant les liens entre les différents facteurs impliqués dans une situation.

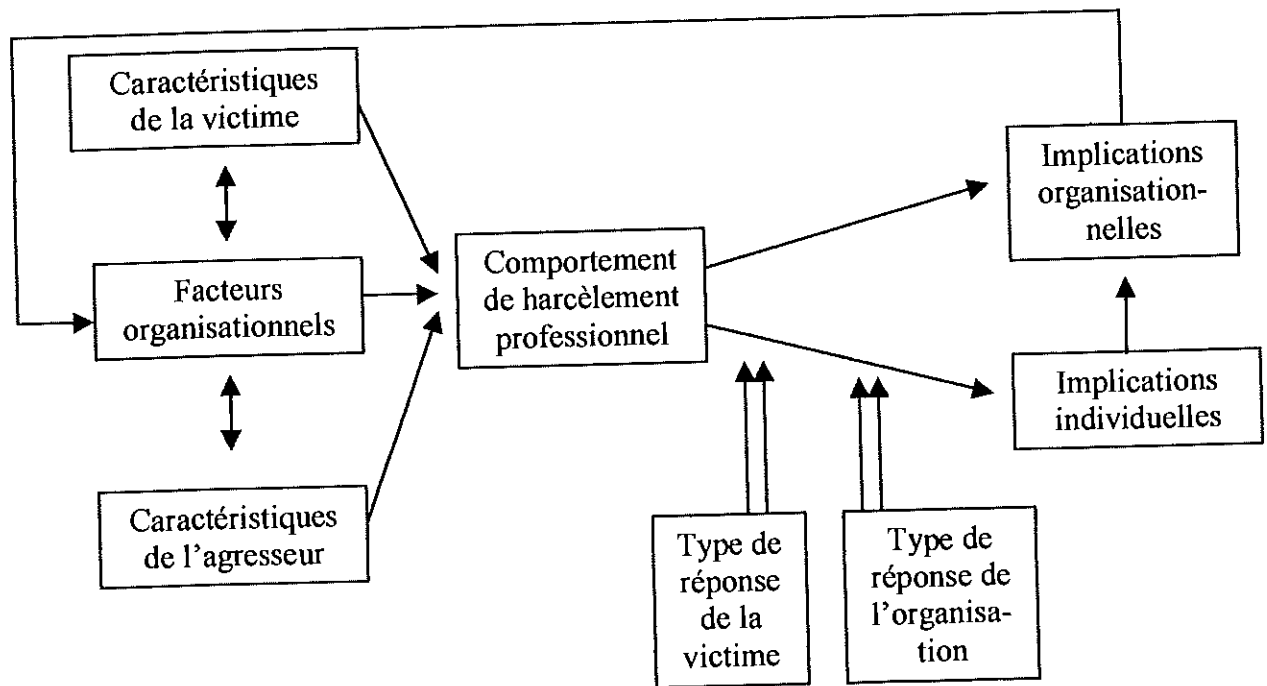


Schéma 3 : Modélisation du processus de harcèlement professionnel (53)

II. A. 5. Le harcèlement sexuel

Il s'agit d'un comportement non désiré, verbal, non verbal ou physique, à connotation sexuelle, qui tente de porter atteinte à la dignité d'une personne, en créant une situation intimidante, hostile, dégradante, humiliante ou offensante.

40 à 50 % des femmes en Europe auraient reçu des avances sexuelles non désirées (54).

Il est puni par la loi du 2 novembre 1992.

La France détiendrait le triste record du nombre d'agressions et de harcèlements sexuels sur le lieu du travail : 11,2 % des hommes et 8,9 % des femmes déclaraient avoir été agressés en 1995 et 19,8 % des femmes se plaignaient d'avoir été harcelées sexuellement pendant la même période (38, 55, 56).

II. A. 6. La dioxis (stalking)

La dioxis (mot grec désignant la poursuite, la traque, la persécution, le désir fort avec une notion de dangerosité), terme qui traduit le stalking (traque), désigne un harcèlement persécutif de surveillance, de filature et d'imposition de communications inappropriées et non

désirées (téléphone, courrier, etc.) assiégeant la victime et faisant naître un sentiment d'angoisse, de persécution, d'insécurité, de stress et de peur (38, 57).

La dioxis a été définie par Mullen et al. comme : « un ensemble de comportements représentant des tentatives répétées et persistantes d'imposer à une autre personne des contacts non désirés et toutes sortes de communications, infligeant peur et détresse (58) ». Il s'agit essentiellement de coups de téléphone, de lettres, de courriers e-mails, de colis...

Il y a désormais au moins trois types de harcèlement ayant une définition légale : le harcèlement sexuel (loi de 1992), le harcèlement moral (loi de 2002) et le harcèlement du type dioxis (stalking ou poursuite pseudo-relationnelle), défini légalement dans près d'une dizaine de pays anglo-saxons (38).

II. A. 7. La violence au travail

Elle prend toutes les formes que nous avons vues, elle est décrite dans toutes les publications avec des dénominations différentes, elle est disséquée, étudiée, mise en chapitres, verbalisée... Pour prendre conscience du phénomène, pour le faire connaître aux professionnels, pour l'expliquer aux salariés, pour lutter contre son fléau.

Dejours en fait une définition restrictive comme une « forme de conduite mettant à exécution une intention de destruction ou d'altération de l'objet ou de la personne désignée pour cible ».

Apparaît un processus d'emprise avec consentement qui agit sur l'individu ou le collectif.

La violence est définie différemment selon les disciplines. Le sociologue perçoit la violence selon sa formation, tout comme le médecin du travail la perçoit selon ses normes. « La part normative de la compréhension est différente dans chaque branche des sciences humaines » nous explique Roche, sociologue au C.E.R.E.Q. (centre d'études et de recherches sur les qualifications à Marseille) lors des Journées de la S.M.T.H.I.E.O. à Cholet, les 21 et 22 novembre 2002.

La violence signifie faire souffrir autrui, physiquement, psychologiquement, éthiquement... La souffrance naît du fait que notre dimension de sujet est niée. Est violent ce qui s'impose, au contraire de sa volonté, ce qui va contre la liberté d'agir.

« Chacun de nous a un stock de violence potentielle qui dépend de notre histoire. C'est l'usage de notre agressivité qui fait violence. La violence est l'action de l'agressivité ».

La violence naît quand les conditions primaires de la parole ne sont pas réunies. Cela rejoint Leymann expliquant qu'un conflit non réglé peut être à l'origine de pratiques du mobbing.

« La violence n'est pas toujours négative, elle peut être au contraire fondatrice, constitutive de notre Société, sous la forme de la légalité. Il faut canaliser l'agressivité pour en faire une énergie positive et créatrice. Eradiquer la violence n'est pas toujours, en ce sens, la meilleure solution ».

Roche dénonce une psychologisation de ce qui relève de la sociologie. Cela entraîne une déconnexion du contexte social qui est au cœur de l'engendrement de la souffrance. Qui dit rapport social dit inégalité d'office, d'emblée.

Il y a trois composantes de la violence : la violence au travail qui indique la localisation et comprend une part externe ; la violence qui vient de la rue, du contact avec les usagers, et une part interne qui se situe dans les actions propres à chaque individu. Troisièmement, la violence du travail qui indique la notion de contenu du travail : organisation du travail, organigramme, moyens mis en œuvre...

Cas des agressions verbales ou physiques dans les relations avec la clientèle

Il peut s'agir d'incivilités qui, par leur répétition, vont contribuer à ce que s'installe un sentiment d'insécurité dans le collectif de travail (59). Après une agression au travail, la victime souvent culpabilise, remet en cause ses compétences professionnelles. Se dire victime, c'est peut-être reconnaître que l'on n'a pas été le plus solide. La perte de confiance en soi survient fréquemment devant l'incapacité à faire face. Il peut s'agir également d'une perte de confiance dans les capacités de l'entreprise ou du service dans lequel la victime travaille. Elle va se mettre à ne plus croire à son travail et surtout aux valeurs de ce dernier. C'est un fait particulièrement traumatisant dans une période où l'on assiste à une survalorisation sociale du travail liée au chômage de masse. Si la réaction de l'entreprise fait défaut, un sentiment d'abandon apparaît (59). C'est alors que peuvent se mettre en place des réactions violentes de ces « victimes » abandonnées, qui se préparent à réagir à la prochaine tentative d'agression.

La répétition des actes agressifs peut atteindre progressivement les capacités de réagir du salarié ; elle va ainsi ouvrir la voie à un véritable épuisement psychique de la personne. Cette situation est comparable à celle du stress professionnel (lié aux conditions de travail, à la pression sur les salariés), l'une et l'autre pouvant s'enchevêtrer et déstabiliser, personnellement et professionnellement, la « victime ».

Si toute agression présente une dimension de traumatisme psychologique, celui-ci, la plupart du temps, sera facilement dépassé par la « victime ». Le soutien psychologique permettra souvent d'éviter l'apparition de complications et celles-ci surviendront d'autant plus que la « victime » présentait avant son traumatisme un état de fragilité personnelle.

Cette violence se rencontre plus fréquemment dans les métiers du commerce, des banques et des services avec des guichets clientèle.

Nous écrivons le mot victime entre guillemets car cette dénomination décrit l'état d'un individu dont la souffrance est liée aux agissements de quelqu'un ou au fait d'avoir été désigné comme bouc émissaire ou condamné à subir la vindicte d'autres personnes. La preuve n'est jamais établie avec certitude. Ce terme doit être utilisé avec parcimonie.

II. B. La souffrance psychique au regard des sciences humaines

Nous chercherons à séparer par discipline, une liste non exhaustive de regards sur la souffrance psychique au travail faisant appel des théories et des concepts différents, donnant une compréhension et des explications différentes.

Il est bien entendu que les mécanismes décrits ne sont pas cloisonnés, que ces causes sont intriquées, imbriquées entre elles, interdépendantes et inséparables et que notre description en est simplifiée.

La sociologie privilégie l'étude des groupes d'individus, de leurs comportements, et des rapports entre eux.

L'économie privilégie l'étude des activités humaines relatives à la production et à la consommation de richesses, des marchés et leurs régulations, sous le règne actuel du capitalisme.

La psychologie privilégie l'étude des événements psychiques de l'individu qui pense dans son environnement.

La psychodynamique du travail privilégie le sujet qui parle, acteur participant à la production, divisé entre sa santé et les contraintes de son travail.

II. B. 1. L'homme dans la cité : sociologie

Il n'y a pas de neutralité ou d'objectivité dans les sciences sociales. Chaque acteur a ses propres idées, ses propres engagements et doit en tenir compte dans ses analyses (60). La

sociologie du travail est née à partir des œuvres de Georges Friedmann, influencées par les écrits de Karl MARX. La première grande question des sociologues du travail a été historiquement l'analyse de l'évolution du travail face aux progrès du machinisme industriel (61). Touraine dans les années 50, en proposera les trois phases : ouvrier professionnel (O.P. ; travaillant sur une machine universelle), ouvrier spécialisé (O.S. ; décomposition du travail), ouvrier automatisé (remplacé par la machine, avec recombinaison du travail).

Mallet dans les années 60 et 70, voit l'apparition des techniciens, et un développement des ingénieurs et lance la notion de nouvelle classe ouvrière.

Dans les années 70-80, la sociologie se rapproche de l'économie. Les travaux s'intéressent à la fois aux champs de l'amélioration des conditions de travail et au champ du fonctionnement du marché du travail.

Dans les années 80, l'entreprise, semblant sortir du taylorisme tout puissant, s'est cru devoir mobiliser au maximum les ressources humaines. Les sociologues ont été convoqués à participer à une réflexion sur la « signification pour une entreprise de la mobilisation des capacités productives de tous ses membres ». On s'est orienté alors vers la formation professionnelle comme outil d'adaptation aux mutations industrielles et technologiques.

Depuis les années 80, l'objectif de la performance a été érigé en modèle avec toutes ses contraintes : le zéro défaut, la qualité à moindre coût avec des budgets resserrés et des délais les plus brefs, un challenge difficile à atteindre (50).

□ Le taylorisme, division et contrôle du travail :

- Taylor a dénoncé ce qu'il appelait « les temps de flânerie » (3). Ces temps sont en fait une étape du travail au cours de laquelle se jouent des opérations de régulation du couple homme – travail, destinées à assurer la poursuite de la tâche et la protection de la vie mentale du salarié. L'Organisation Scientifique du Travail (O.S.T.) a dépossédé le savoir-faire collectif. Dépossession d'un savoir et dépossession d'une liberté d'invention. Taylor va diviser le mode opératoire complexe en gestes élémentaires, plus faciles à contrôler. Plusieurs gestes ne devaient plus être exécutés par un ouvrier seul, sans qu'entre chacun d'eux s'interpose une intervention de la direction. Le personnel d'encadrement trouve ici sa place.

Donc 1°) division du mode opératoire, 2°) division de l'organisme entre organes effecteurs et organes de conception intellectuelle, 3°) division des hommes,

cloisonnés par la nouvelle hiérarchie. Les ouvriers sont confrontés un à un, individuellement et dans la solitude aux contraintes de la productivité. Ce système individualise les hommes devant la souffrance.

La rigidité de l'organisation du travail, les contraintes de temps, les cadences, le style de commandement, la surveillance, l'anonymat des relations de travail, l'interchangeabilité des ouvriers, la répétitivité des gestes, la monotonie de la tâche sont des facteurs aggravants la souffrance au travail des salariés.

En psychodynamique du travail, on préfère « privilégier ce qu'il y a de commun et de collectif dans le vécu plutôt que de s'attarder sur ce qui sépare les individus (3) ».

Face à la division du travail dans le taylorisme, les défenses collectives se sont construites différemment, car le travail réel était ignoré des concepteurs. Face à tout travail, le collectif s'adapte, au gré des changements, en inventant de nouvelles défenses.

Essayons de comprendre les effets du travail répétitif sur l'activité psychique :

- Avant Taylor, l'activité motrice était régulée, modulée, répartie et équilibrée en fonction des aptitudes et de la fatigue du salarié, par l'intermédiaire de la programmation intellectuelle spontanée du travail. Le corps obéissait à la pensée, elle-même chapeauté par l'appareil psychique, lieu du désir et du plaisir, de l'imagination et des affects. Y a-t-il une place pour la résurgence de souvenirs pendant l'exécution de tâches répétitives ? Individuellement oui, mais le monde ouvrier était alors solidaire, le syndicalisme encore présent.

Rien n'est plus pénible que de s'adapter à une tâche répétitive nouvelle. Une fois surmontées les difficultés, il reste à maintenir la performance jusqu'à refuser les arrêts de travail : « présentéisme » dont la cause peut être la lutte individuelle pour préserver un conditionnement productif chèrement acquis (contamination du temps hors-travail par les rythmes de travail). Il s'agit là du cercle vicieux sinistre de l'aliénation par le système Taylor, où le comportement conditionné, et le temps, coupé aux mesures de l'organisation du travail, forment un véritable syndrome psychopathologique que l'ouvrier, pour éviter pire encore, se voit dans l'obligation de renforcer lui-même. L'injustice veut qu'à la fin, l'ouvrier devienne l'artisan de sa propre souffrance.

- Le monde du travail a subi de nombreuses évolutions au gré des aléas politiques, économiques et sociaux :
 - Perte des valeurs éthiques traditionnelles (3)
 - Montée de l'incivilité, de l'insécurité
 - Déroute des syndicats (cf. « Le torticolis de l'autruche » de Linhardt)
 - Informatisation, automatisation et robotisation réduisant les manutentions mais augmentation de la productivité signant l'échec de la recherche d'un allègement généralisé de la charge de travail et de la pénibilité, même si on introduit la diversification, la complexification, la polyvalence, la réduction du temps de travail ou l'abaissement de l'âge de la retraite)
 - Augmentation des contraintes de cadences et de production
 - Perte de tout contrôle sur la durée du travail, horaires « à la carte »
 - Mutation du contrat salarial vers un contrat de droit commercial
 - Transformation de l'organisation du travail : rentabilité financière, assujettissement de la production aux variations quantitatives et qualitatives de la demande, flexibilité du travail (10)
 - Transformation notoire du profil de compétence et du mode de recrutement de l'encadrement. Les cadres issus du métier sont remplacés par des stratèges – exécutants, qui doivent être mobiles et interchangeable, et surtout qui doivent démontrer leur capacité d'exécuter sans objection toutes les directives, ou même d'anticiper les souhaits de la direction (62).

- La précarisation et l'exclusion sont liées à la montée du chômage, à la course à l'abaissement des coûts de production et de la main-d'œuvre, à la rationalisation des moyens de production. Des moyens de pression pérennisent la peur :
 - Les menaces individuelles de licenciement, menaces collectives de démantèlement ou de remplacement des services par le recours à la sous-traitance, entraînant la formation de défenses particulières : conduites déloyales vis-à-vis des collègues, « chacun pour soi », stratégie « des œillères volontaires », fuite en avant dans l'activisme...
 - La rigidité de l'organisation du travail : les contraintes de temps, les cadences, le style de commandement, la surveillance, l'anonymat des relations de travail, l'interchangeabilité des ouvriers, la répétitivité des gestes, la monotonie de la tâche (résultats de la taylorisation du travail)

- La flexibilité des personnes (réorganisations, restructurations, réingénieries des modes de production au nom de la qualité, de l'efficacité, et de la performance, face à la concurrence, compressions budgétaires de tout ordre).
- La réduction des personnels
- La sélection à l'embauche par l'âge et par l'état de santé.

□ Cette évolution a abouti à l'individualisation à tous les niveaux :

- Mise en concurrence des salariés, pour une question de prime, de poste, d'avancement, de difficultés financières de l'entreprise... « total productive management » : équipes de production qui se responsabilisent collectivement et « s'autorégulent » en se mettant elles-mêmes la pression (50)
- Les années 80 ont vu se développer une (fausse) autonomie « obligatoire » du salarié, lui imposant de prendre ses responsabilités au soulagement de la hiérarchie, le faisant seul maître de son destin, le seul responsable donc...
- L'intensification empêche chaque salarié d'adapter son travail à ses particularités individuelles (20), polarise l'activité du salarié sur ce qui s'impose comme urgent. Elle restreint la place de l'anticipation, de l'imagination, de l'innovation personnelles.
- Evaluation individualisée des performances, contrats individualisés d'objectifs, auto-évaluation, auto-notation, évaluation par les pairs, les collègues
- Passivité et absence de solidarité de la part de collègues, profonde transformation du sens de la justice dans le monde du travail ; déstructuration des stratégies collectives de défense contre l'injustice et la souffrance infligée à un collègue, due à une transformation en profondeur des formes de la domination sociale dans le monde du travail et à un remaniement des stratégies de défense en vue de se protéger contre les effets délétères de la peur, qui a massivement envahi le monde du travail avec la flexibilisation et la précarisation (3).

□ La violence du travail augmente lorsque les ressources diminuent. Les ressources sont les possibilités d'avancement, de reclassement, les moyens de faire son travail correctement, les revenus financiers. Lorsque les ressources diminuent, cela entraîne paradoxalement une plus grande tolérance sur les conditions de travail, les salariés s'accrochent à leur emploi sans se plaindre et intériorisent leur souffrance, résignés, ce qui rejoint l'analyse de l'ergonomie quant à l'écart travail prescrit – travail réel et les processus de

reconnaissance. On peut trouver un travail et s'appauvrir... Les ressources diminuent quand il y a explosion du collectif ; baisse de la solidarité ; effacement des syndicats ; priorité à l'emploi plutôt qu'à la santé. Elles diminuent également devant l'augmentation des contraintes du travail : intensification du travail, « abattage », densification du travail (chasse aux pauses, au relâchement), flexibilisation des horaires de travail, augmentation de l'exposition aux risques. On assiste à un phénomène de retour en arrière, de précarisation du travail. Roche explique que « le langage de stigmatisation de l'exclusion s'est généralisé, rendant compte d'un sentiment de fatalité dans les situations difficiles. Les gens sont regroupés dans des définitions arbitraires, on entend parler des "excédentaires", des "réserves médicales", des "bas niveaux de qualification", des "imperfectibles". Les salariés sont prisonniers d'un mot, d'une définition. Ils endossent ces mots, s'y conforment et créent une "auto-exclusion" ».

□ Le management a évolué avec le libéralisme économique :

- L'autocontrôle consiste à internaliser dans la tête des personnes des contraintes de productivité ; elles culpabilisent, se sentent fautives et incompetentes si elles n'arrivent pas à tenir le rythme (50)
- Le salarié se doit d'être toujours motivé, à l'optimum de ses performances et capable de communiquer en toute transparence avec ses supérieurs, ses subordonnés et ses collègues. Aucune part de lui-même ne doit échapper à l'engagement dans le travail : on évalue non seulement ses savoirs et ses savoir-faire, mais également son savoir être, ce qui relevait auparavant de la sphère privée
- Au sein du management : on note une logique de réduction des coûts, passant par une logique de réduction d'effectifs, même si des doutes s'expriment à ce propos dans l'univers des gestionnaires. Cependant, à l'occasion des « 35 heures », les cadres n'ont pas été les derniers à s'interroger sur leurs propres conditions de travail, et particulièrement sur le volume d'heures qui leur est demandé de façon plus ou moins explicite. D'autres inflexions pourraient intervenir, dans l'évaluation de l'efficacité de l'entreprise et la prise en compte de la valeur du travail, dans une attention accrue des entreprises aux processus d'exclusion auxquels elles peuvent contribuer, ou dans une volonté d'anticiper sur les caractéristiques futures de la main-d'œuvre, en lien notamment avec le vieillissement démographique (20).

□ Problème des dirigeants et des hiérarchies à assumer leurs responsabilités :

- Les hiérarchies sont de moins en moins capables de dire comment il faut effectuer le travail, puisqu'elles ne peuvent plus prévoir les aléas. Le mode d'organisation était autrefois déterminé en amont par la hiérarchie (taylorisme), aujourd'hui, il est piloté par l'aval (18). Les hiérarchies ne sont plus issues du métier, elles ne sont plus capables de soutenir techniquement les salariés. On développe le bottom up (de la base au sommet) plutôt que le top down (transmission des informations de la direction vers les employés) mais cela va toujours en sens unique. Le management « participatif » (tout salarié a son mot à dire sur le travail du voisin) équivaut à la connaissance réelle par la direction de ce qui se passe à la base, via les délations, les conflits que cela engendre. C'est le management par la peur, la menace et le non-dit. Il laisse en effet croire aux salariés qu'ils participent aux prises de décision, mais il n'en est rien. Il ne s'agit pas de « participation » mais d'illusion perverse puisque l'on fait parler les salariés non de leur travail mais de celui des autres, ce qui engendre des conflits entre collègues. Mais n'est-ce pas là finalement le but de la manœuvre ? Créer des conflits entre salariés plutôt que les laisser s'apercevoir des problèmes de l'organisation du travail.

Pour la hiérarchie, le plus simple est de ne pas discuter avec les salariés pour ne pas connaître leurs problèmes, donc ne pas avoir à le transmettre à la hiérarchie. La norme de qualité va être décidée dans un bureau et non dans un atelier ; la norme de qualité devient une prescription et ce qui relève de l'intelligence va être clandestin. Ces processus sont un vecteur majeur dans le monde du travail de la dissimulation et du mensonge.

- L'organisation du travail a évolué d'une conception pyramidale, hiérarchique et disciplinaire à des formes fonctionnant en réseaux beaucoup plus flexibles et complexes. L'adaptabilité, la flexibilité, la mobilité sont exigées en tant que qualités essentielles des salariés, à qui on demande en permanence de se transformer pour s'adapter aux marchés, aux évolutions du contexte, aux technologies nouvelles. Parallèlement, les modalités du pouvoir et le type de conflits se sont transformés. On est passé d'un pouvoir disciplinaire, centré sur l'obéissance aux ordres et aux injonctions de la hiérarchie à un gouvernement qui demande l'adhésion et la mobilisation psychique. Il s'agit dans les nouvelles formes d'organisation, de canaliser l'énergie psychique. Dans ce contexte, les formes de résistance sont moins une

contestation de l'entreprise sous forme de mobilisation collective que des conflits vécus sur le plan individuel, comme le mobbing (45).

- Une autre conception de l'autorité se développe en parallèle à ces nouvelles formes d'organisation du travail et de management. Aujourd'hui l'autorité est beaucoup moins donnée par la fonction que par la personne qui l'exerce. Ce n'est plus la fonction de chef qui donne l'autorité mais la reconnaissance par les subordonnés, des capacités de gestion et d'encadrement de ce chef. Les ordres ne sont acceptés que lorsqu'ils participent à un projet dans lequel les subordonnés se reconnaissent et peuvent développer leurs capacités et leur autonomie. Sans cet esprit de négociation, les ordres sont alors vécus comme des abus de pouvoir (45).

□ Le coût de l'excellence (34) :

« Le management consiste à produire de la médiation entre les exigences du profit et les intérêts du personnel et à trouver des compromis entre les logiques financière, commerciale, technologique, administrative et juridique qui traversent l'organisation. La fonction première du management est de produire de l'organisation, c'est-à-dire d'investir et de mettre en œuvre des dispositifs pour gérer les conflits qui apparaissent continuellement au sein de l'entreprise et dans ses rapports avec l'environnement. Il s'agit de produire des règles, des procédures, des modalités concrètes d'organisation du travail. Le management propose une culture d'entreprise, c'est-à-dire une plate-forme commune à l'ensemble des salariés définissant un projet commun fondé sur des valeurs clefs, une éthique, une philosophie. Il s'agit de susciter l'adhésion en proposant un idéal commun articulé sur un certain nombre de croyances et de principes : légitimité du profit, considération de la personne, recherche de la qualité, adéquation entre progrès social et progrès économique, etc. »

Le management correspond à un modèle de personnalité, basé sur le désir de réussite, le goût de la performance, la réalisation de soi-même dans le travail.

Le parcours social d'un individu est lié à sa carrière professionnelle, c'est-à-dire aux modes de sélection et d'orientation définis par les appareils éducatifs, les entreprises et les administrations. Entre l'identité sociale et l'identité personnelle apparaît l'identité organisationnelle. L'humain devient une ressource qu'il convient d'exploiter, un capital qu'il faut faire fructifier. Le profit personnel et le profit de l'entreprise se conjuguent. Ce n'est plus un salarié qui est exploité puisqu'il est invité à travailler pour lui-même, à devenir son propre patron, à devenir son propre actionnaire.

« Exceller, c'est l'emporter sur les autres avec la précarité que cela comporte, mais c'est aussi l'emporter sur soi-même. L'excellence est l'expression de ce stade suprême de l'individualisme auquel nous sommes parvenus. L'excellence devient une fin en soi : il ne s'agit plus de faire telle ou telle chose selon des normes liées à cette activité elle-même, mais de faire preuve sous n'importe quel prétexte d'excellence individuelle.

Les clés du discours managérial sont : survalorisation de l'action (comme si l'action était une garantie de succès), mythe de la réussite (la réalisation de soi-même passe par une réponse positive aux exigences de l'entreprise), thème du challenge et de l'élitisme (il y a un ennemi qu'il convient de battre), l'obligation d'être fort (ne survivent que les puissants), l'adaptabilité permanente (prêt à affronter l'incertitude mais sans laisser de prise au doute sur le bien-fondé de l'action), l'équivalence entre progrès économique et progrès social, la conciliation entre l'intérêt individuel et l'intérêt de l'entreprise (je suis mon propre patron ; le management est la réconciliation entre le salarié et l'actionnaire par la création d'un hybride mi-patron mi-employé, qui assimile les contraires).

"On accepte ou l'on part". Soit on adhère, soit on s'exclut. »

La production de l'excellence passe par des dispositifs de mise sous tension :

➤ explicites :

- ◆ la formation interne qui vise à inculquer à l'individu les façons d'être, d'agir et de réagir, et surtout à unifier les « mentalités de base des employés de l'entreprise.
- ◆ les systèmes d'évaluation et le management par objectifs : obligent au dépassement de soi permanent
- ◆ le renforcement positif : système de primes, acquisition des actions de l'entreprise, système de promotion interne ; utilisation de signes de reconnaissance positifs (fêter la réussite, titre de meilleur employé).

➤ implicites :

- ◆ le toujours plus : l'individu est sans cesse conduit à se dépasser lui-même, à faire toujours plus, toujours mieux et toujours plus vite, sans cesse.
- ◆ le management par l'implicite : dit sans être dit, cela doit être compris. Il faut toujours faire plus que ce qui est demandé, suscitant une angoisse permanente de n'en avoir pas fait suffisamment.
- ◆ le management par la sublimation : le manager formule la demande de façon à la fois exigeante et valorisante.

- ◆ la compétition permanente : interne, mise en concurrence des collègues par un classement, externe, par rapport aux marchés.

« La mobilisation psychique passe par l'adhésion passionnelle avec la même plénitude et les mêmes ravages que ceux suscités par la passion amoureuse, passe par un système d'enchaînement paradoxal de comportements et de sentiments de nature opposés ("on choisit les types de contraintes", "on est condamné aux succès") ».

□ Le tout normatif :

Pour éviter les erreurs, « fabriquer de la prévention », notre époque développe des normes pour toute activité humaine. Cela va parfois à l'encontre de l'intérêt du travail d'une part et de la sécurité d'autre part. De plus il y a quelques fois une atteinte au bon sens...

Croit-on qu'en ayant toutes les normes et les outils de standardisation, le risque sera éradiqué. Déjà faut-il savoir les comprendre et les appliquer. Par exemple, le médecin est maintenant réduit à sa prescription. Ce qu'il a déployé (travail invisible intellectuel pour aboutir au diagnostic) pour connaître et décider de cette prescription a disparu de l'imaginaire des gens. On ne voit que le prescrit, le beau, l'esthétique, ce qui pour nous est valorisant ou a de la valeur. On nous conforme aux normes, les normes sont rabâchées par les médias et elles modifient notre culture.

Il y a par ailleurs, l'augmentation croissante du « tout contrôlé », du risque zéro et de la pénalisation des compétences (les initiatives personnelles même si elles améliorent les conditions de travail ou la qualité du travail sont réprimées et découragées). Tout doit rentrer dans des normes et des choses écrites qui dicteraient les conduites et apporteraient des résultats identiques et bénéfiques en toute circonstance. C'est le contraire de l'humain.

On invoque actuellement la logique gestionnaire devant des choix qui semblent aller contre les objectifs de qualité d'un travail. Les salariés perdent leur identité professionnelle.

« Chaque incident ou accident conduit à l'élaboration d'une nouvelle consigne ou d'une nouvelle réglementation, qui vient s'ajouter à la somme des précédentes. De sorte qu'avec le temps, lois, réglementations, règlements, consignes deviennent de plus en plus difficiles à concilier. Au point qu'il est impossible de travailler si l'on veut respecter toutes les consignes (3) ».

On voit malheureusement arriver le « sauve-qui-peut individuel » où il s'agit « soit de tirer son épingle du jeu, soit d'être chargé des dysfonctionnements du service ».

□ D'après Deberdt (63), une des explications de l'augmentation de la souffrance au travail, dans les professions de santé, « peut être la rupture du lien positif qui nous rattachait au travail, par suite de l'importance croissante du chômage avec ses corollaires : précarité et exclusion. Si la finalité première du travail est de procurer un revenu suffisant pour assurer la satisfaction des besoins essentiels, les valeurs qui lui sont attachées dépassent largement ce cadre purement économique. Cependant, face à l'effondrement du symbolique, les préoccupations matérielles envahissent le débat ».

« La fierté d'un sentiment d'appartenance à des catégories professionnelles fraternelles et incontournables, l'engagement militant pour l'amélioration des situations, la reconnaissance sociale, les salaires, possédaient un caractère partiellement substituable. Ce bel ordonnancement reposait fondamentalement sur le fait qu'il y ait une place pour chacun dans la société, bonne ou moins bonne, assortie de la conviction politique d'un avenir meilleur pour tous. Tout cela a volé en éclats dans les années 90 avec la montée du chômage ».

« L'exigence d'une qualification professionnelle s'est considérablement accrue, accentuant les inégalités et laissant sur le bord du chemin ceux qui ne peuvent y satisfaire. L'apprentissage d'un savoir-faire unique a cédé le pas à l'acquisition d'aptitudes évolutives et exploitables (adaptabilité, compétences, multilinguisme). La promotion de la valeur individuelle isole une élite érigée en modèle et opère pour beaucoup d'autres un déclassé sélectif, vecteur d'une dévalorisation personnelle ».

Toujours d'après Deberdt, « le repli sur soi, la montée de l'individualisme témoignent d'une valorisation électorale de la sphère privée de la vie. Réussite professionnelle et réussite de la vie privée sont devenues concurrentes dans notre société. Le travail garde sa priorité économique mais cède le pas en terme de réalisation personnelle. Le phénomène de désinvestissement du travail n'est pas nouveau. Il se manifeste depuis quelques années déjà, dans l'entreprise à travers le désengagement des cadres et s'observe également dans l'affaiblissement général de la conscience professionnelle ». « Ce phénomène est une tendance de long terme au centre de laquelle se rejoignent les conséquences d'une longue crise économique et la transformation en profondeur des habitudes sociales ».

A contrario, Dejours et Davezies expliquent que le salarié fait toujours de son mieux, donne tout ce qu'il peut offrir dans la réalisation des gestes professionnels, dans l'intérêt de l'entreprise. Il faut différencier adaptation au travail et à l'entreprise, épuisement psychique au travail et manque de moyens pour faire son travail. C'est justement l'écart entre l'engagement professionnel et l'absence de reconnaissance qui fait souffrir et épuise.

L'affaiblissement de la conscience professionnelle n'est qu'une interprétation de ce qui est observé. Une analyse plus approfondie donnerait probablement d'autres résultats.

- Le fait d'avoir beaucoup de travail n'est pas en soi un élément suffisant pour prédire des atteintes à la santé. Karasek (20) montre qu'il faut comparer le niveau des exigences avec les ressources dont disposent les salariés pour y faire face. D'une façon générale, la pathologie combine toujours ces deux facteurs : fort niveau d'exigence, faible niveau d'autonomie décisionnelle (18) (cf. chapitre III. Résistance) et ceci se retrouve tout particulièrement chez les salariés auxquels ne sont pas donnés les moyens de faire jouer leur intelligence face aux contraintes. Ce ne sont pas les conditions de la situation qui provoquent le stress, mais le fait de ne pas avoir les moyens d'agir sur la situation. De plus, le salarié qui ne bénéficie pas de la coopération ni des collègues, ni de la hiérarchie, présente une plus forte probabilité de tomber malade.

- Théorie de la « rivalité mimétique » de Girard (50) : « l'homme désire ce qu'autrui désire, le monde moderne favorise ces situations de rivalité mimétique en prônant la liberté et la spontanéité naturelle du désir. La fin des interdits propre à l'idéologie libératrice du monde moderne produit l'univers concurrentiel et la rivalité mimétique. Les hommes croyant libérer leurs désirs des entraves des interdits extérieurs posés par la société traditionnelle, ont finalement libéré les forces négatives de la comparaison, de la jalousie et de l'envie à la base de la logique relationnelle de la rivalité mimétique. La société libérale qui favorise le capitalisme, permet l'exercice toujours plus poussé des phénomènes mimétiques et leur orientation vers les activités économiques et technologiques. Les rapports humains deviennent des rapports de doubles. Il y a une indistinction, une indifférenciation progressive des partenaires les uns des autres et ce processus d'uniformisation des individus est à la base d'une violence relationnelle ; la fonction du bouc émissaire est de permettre une régulation de la violence larvée, en déchargeant sur un substitut toute la violence accumulée ». Cette théorie, bien que négative sur le comportement humain, offre un sujet de réflexion quant aux attitudes stéréotypées de l'homme en groupe ou en collectif, face à une souffrance au travail. Faire comme et avoir comme le voisin peut être une échappatoire et un évitement dans la compréhension de la souffrance. L'individu pense seul mais agit comme le groupe, même au prix de contradictions et de « souffrance éthique ».

II. R. 2. L' homo economicus : économie

« Si l'économie chemine souvent de pair avec la sociologie, elle ne s'intéresse guère au coût humain (40) ».

De nombreux auteurs ont décrit les effets pathogènes d'un économisme galopant :

- ❑ Le néolibéralisme économique triomphant (3), entre capitalisme et mondialisation, ne répond qu'à ses propres règles
- ❑ L'application d'un modèle industriel productiviste au monde des services se fait au dépens de la qualité. La production devient la qualité. On ne produit plus un service mais la qualité d'un service. Les métiers fondés sur le don de soi sont désormais régis par les lois économiques du profit (62)
- ❑ L'augmentation du chômage, la pénurie de main-d'œuvre dite qualifiée, la mondialisation du marché, les transformations technologiques, la nouvelle économie, l'accroissement des activités de service au détriment des tâches industrielles, l'inflation des activités dites « immatérielles », la nouvelle flexibilité, autant de facteurs économiques qui développent la peur de la perte de l'emploi et l'individualisation, solitude pathologique du monde du travail
- ❑ Les objectifs sont formulés en terme de rentabilité, de chiffre d'affaire entrant en contradiction avec d'autres objectifs en termes de qualité totale, de zéro défaut, de satisfaction du client ou de sécurité
- ❑ Davezies (18) stigmatise le manque de considération du travail réel par les hiérarchies en décrivant le fait que l'activité de l'ouvrier est évaluée à partir du ratio chiffre d'affaire/coût en personnel, alors que cet indicateur ne traduit pas son activité
- ❑ La dictature du client-roi oblige les entreprises à répondre rapidement à la demande, sans se soucier des conséquences sur les personnels, oblige, dans l'optique de la réduction des coûts, à travailler à flux tendu avec un stock nul
- ❑ Auparavant, les clients attendaient que le produit soit fini pour l'acheter, maintenant, les entreprises ne produisent que si le client a acheté
- ❑ La mise en concurrence interne des services d'une même entreprise, la mise en concurrence des entreprises d'un même groupe, sont destructrices pour les collectifs
- ❑ Le taylorisme est encore une modalité de l'organisation du travail qui n'a pas fini de gagner du terrain notamment dans le secteur tertiaire (20)

II. B. 2. L'homo economicus : économie

« Si l'économie chemine souvent de pair avec la sociologie, elle ne s'intéresse guère au coût humain (40) ».

De nombreux auteurs ont décrit les effets pathogènes d'un ékonomisme galopant :

- ❑ Le néolibéralisme économique triomphant (3), entre capitalisme et mondialisation, ne répond qu'à ses propres règles
- ❑ L'application d'un modèle industriel productiviste au monde des services se fait au dépens de la qualité. La production devient la qualité. On ne produit plus un service mais la qualité d'un service. Les métiers fondés sur le don de soi sont désormais régis par les lois économiques du profit (62)
- ❑ L'augmentation du chômage, la pénurie de main-d'œuvre dite qualifiée, la mondialisation du marché, les transformations technologiques, la nouvelle économie, l'accroissement des activités de service au détriment des tâches industrielles, l'inflation des activités dites « immatérielles », la nouvelle flexibilité, autant de facteurs économiques qui développent la peur de la perte de l'emploi et l'individualisation, solitude pathologique du monde du travail
- ❑ Les objectifs sont formulés en terme de rentabilité, de chiffre d'affaire entrant en contradiction avec d'autres objectifs en termes de qualité totale, de zéro défaut, de satisfaction du client ou de sécurité
- ❑ Davezies (18) stigmatise le manque de considération du travail réel par les hiérarchies en décrivant le fait que l'activité de l'ouvrier est évaluée à partir du ratio chiffre d'affaire/coût en personnel, alors que cet indicateur ne traduit pas son activité
- ❑ La dictature du client-roi oblige les entreprises à répondre rapidement à la demande, sans se soucier des conséquences sur les personnels, oblige, dans l'optique de la réduction des coûts, à travailler à flux tendu avec un stock nul
- ❑ Auparavant, les clients attendaient que le produit soit fini pour l'acheter, maintenant, les entreprises ne produisent que si le client a acheté
- ❑ La mise en concurrence interne des services d'une même entreprise, la mise en concurrence des entreprises d'un même groupe, sont destructrices pour les collectifs
- ❑ Le taylorisme est encore une modalité de l'organisation du travail qui n'a pas fini de gagner du terrain notamment dans le secteur tertiaire (20)

- La « logique de guerre » (34) est prégnante dans nos entreprises, consiste à gagner la guerre économique sans jamais parler de paix. « La seule alternative semble être de gagner ou de disparaître. Cette logique tend également à se développer à l'intérieur de l'entreprise ». S'habituer à penser en termes de guerre économique amène à accepter plus ou moins consciemment les « dégâts collatéraux »
- Dans la *revue des conditions de travail* en 1984 (64), on pouvait déjà lire : « il serait puéril de vouloir minimiser l'impact de la crise économique sur les disponibilités réservées aux programmes [politiques] se donnant pour objectifs le changement dans l'organisation, le développement de la participation, la rencontre avec les attentes des salariés, et tout cela sans pour autant sacrifier l'efficacité du système productif. L'enthousiasme [dans la création de ces programmes] qui a pu naître aurait faibli, les projets relatifs aux aspects qualitatifs du travail seraient devenus d'intérêt secondaire (64) ».

Depuis longtemps, il existe une opposition entre les projets d'amélioration des conditions de travail et ceux favorisant les bénéfices et la productivité à moindre coût. Le capitalisme n'a que faire des considérations humanistes devant les règles économiques qu'il impose aux entreprises. Les hommes doivent suivre. Contre leur propre intérêt ?

II. B. 3. L'homme qui pense : psychologie du travail

La psychologie est convoquée aujourd'hui plus qu'hier dans les entreprises pour tenter « d'expliquer » le malaise ressenti par les salariés. Les premiers à y avoir fait appel sont les employeurs pour amener leurs salariés à s'investir totalement et psychologiquement dans leur travail. Sa légitimité actuelle réside dans le soutien des salariés en cas de difficultés, en cas d'agression, en cas d'accident. Cela amène deux constats : dans le premier cas, on a découvert que l'histoire professionnelle d'un salarié faisait partie intégrante de son histoire personnelle et donc de son identité ; dans le second cas, l'excès de recours à l'aide tend à masquer les liens avec l'organisation du travail en se focalisant sur l'individu.

Cependant, la psychologie du travail offre quelques outils de compréhension de la souffrance au travail :

- Un moyen de défense très répandu dans le monde du travail est l'écoute sélective, une capacité à ne pas entendre ce qui pourrait déranger. De même qu'est niée notre propre

souffrance, la souffrance d'autrui est bannie du champ de la conscience et remplacée par des accusations ou des préjugés : « c'est une personne fragile, folle ou malade »

- ❑ La peur de parler de sa propre souffrance fait obstacle à l'expression de leur souffrance par les autres. Si l'un parvient à l'exprimer, la peur que cela provoque chez les autres, les empêche de l'entendre, les renvoyant à leur propre souffrance
- ❑ L'hyperactivité professionnelle finit par paralyser la pensée, l'imagination et la capacité de penser (3). Les salariés accélèrent leur rythme de travail pour ne plus se laisser de temps pour penser (exemple des téléphonistes de Dejours). Cette hyperactivité devient alors le témoin (le voyant) d'une souffrance au travail
- ❑ La souffrance mène à une perte des repères pour distinguer ce qui est juste ou injuste, bien ou mal, vrai ou faux (2)
- ❑ 3 piliers du développement du harcèlement moral :
 - 1) mise à mal de la solidarité professionnelle entre les salariés qui constitue un contrepoids considérable aux tentatives de déstabilisation psychologique des individus,
 - 2) absence de discours et de volonté de la direction prônant un souci de prévenir et de proscrire les « conduites abusives »,
 - 3) absence ou difficulté d'accès aux recours extérieurs (50)
- ❑ On observe qu'un grand nombre de salariés présente un état de soumission forcée et de démission personnelle, avec de forts sentiments d'impuissance face à ce qui lui arrive
- ❑ « L'obsession de la rentabilité financière du service rendu » est source de perte de contact avec le sens du travail (en particulier dans les métiers de services). L'essentiel du travail devient non pas faire mais prouver que l'on a fait. Cela devient difficile de faire croire que l'on a fait. D'où la place prépondérante prise par l'informatisation de la saisie d'activités, d'où la proportion du temps de travail passée à rendre compte de son emploi du temps selon des grilles toujours complètement décalées par rapport aux pratiques effectives (62)
- ❑ « L'intoxication productiviste aboutit à l'expulsion de l'essentiel du travail au profit d'une focalisation sur le volume et sur les résultats financiers, à la destruction des cultures professionnelles, à la falsification généralisée de l'activité et finalement à une barbarie croissante des rapports sociaux. (...) Nous ne sommes pas des machines à faire du pognon (62) »
- ❑ En 1979, Sartin (65), psychologue du travail, parlait d'une désadaptation de l'homme devant son travail et d'une insatisfaction profonde. Il disait que « le développement de

l'instruction a rendu insupportable les tâches monotones, répétitives et sans signification qui avaient été conçues au temps du taylorisme pour des salariés incultes ». « L'organisation de la production doit désormais tenir compte du fait que le salarié aspire aujourd'hui à plus d'autonomie, et l'employeur doit admettre que l'épanouissement des hommes devrait être un des objectifs de l'entreprise au même titre que son expansion ou sa réussite économique ». La psychodynamique du travail n'arrivera que beaucoup plus tard en invitant à faire penser le travail par les salariés eux-mêmes. On voit aujourd'hui les dégâts de l'autonomie « obligatoire » des salariés.

Toujours selon Sartin, « ces travaux monotones et parcellaires, qu'un enfant de 7 ans peut apprendre en quelques heures n'offrent plus au salarié instruit d'occasions suffisantes d'exercer son jugement ou son esprit créateur. Or, ces travaux débordent aujourd'hui le cadre de l'industrie et des catégories de salariés qui y étaient astreints. Ils se rencontrent de plus en plus souvent dans les bureaux et services et affectent même les cadres et certaines professions libérales (médecins scolaires, magistrats chargés des contraventions de stationnement, etc.) ».

« Quel que soit son travail, celui qui l'exécute a besoin de savoir ce qu'il fait, pourquoi il le fait, d'être intégré à une œuvre commune dont il comprend les rouages ». « En période de conjoncture normale on connaît des entreprises affectées d'un turn over de 100 % ». « Plus instruits, mieux informés, les salariés (les jeunes surtout) acceptent mal une tâche qui les réduit à l'état de machines, les emprisonnent dans des activités étroitement limitées et dans la conception rigide des relations hiérarchiques que ce mode d'organisation [l'O.S.T.] implique ».

« Les médias et tous les moyens de communication de masse ont joué dans la naissance de ses aspirations nouvelles [autonomie, intérêt de la tâche, possibilité de créer ou de prendre des initiatives] un rôle non négligeable, car ils permettent des comparaisons ». « On perd sur le plan psychologique les avantages gagnés par les améliorations des techniques ».

La psychodynamique du travail a montré l'inexactitude de ces propos. Le salarié en effet cherche toujours la création dans son travail et les « améliorations techniques » ont surtout apporté beaucoup de contraintes supplémentaires, en intensifiant et densifiant le travail. C'est l'absence de reconnaissance et la suppression des marges de manœuvre qui ont favorisé la souffrance psychique au travail.

Ces observations ont vieilli, et mettent au jour les avancées scientifiques et les progrès dans une meilleure compréhension du fonctionnement psychique des salariés.

II. B. 4. L'homme qui parle : psychodynamique du travail

Davezies enseigne que « l'analyse psychodynamique du travail a pour objet l'étude des relations entre plaisir et souffrance au travail d'une part, organisation du travail de l'autre (12). Il s'agit de mieux connaître comment le travail, qui comporte toujours une dimension de peine, de souffrance, au point de conduire parfois à une usure voire à une mort prématurée, peut aussi, dans bien des cas, constituer un puissant opérateur de construction de la santé ». L'étude du travail en psychodynamique du travail « se place du point de vue de celui qui doit "appliquer" les consignes ». Davezies prend l'exemple d'un opérateur « particulièrement ignorant » pour « admettre qu'il possède une intelligence de son travail : il ne fait pas n'importe quoi ». L'intelligence du travail se développe là où les discours théoriques défont, « là où il ne s'agit plus de parler mais de faire ». L'ergonomie soutient « que les gens ne font jamais strictement ce qu'on leur dit de faire. (...) Il ne suffit plus de juxtaposer les tâches et de prévoir les communications entre les postes ». Le travail réel né de l'intelligence de ceux qui travaillent, passe par une coordination, une coopération des hommes. « La coopération n'est pas donnée, elle demande un travail très important d'élaboration de règles ». C'est par la parole que chacun vérifie le sens qu'il donne à son travail, enrichit le patrimoine collectif en partageant sa contribution singulière. La parole va créer des réponses aux « questions déontologiques, éthiques, qui vont fournir la base de la confiance » sur laquelle se greffe la coopération. L'organisation du travail est nécessaire mais ne peut offrir qu'une prescription, qui répartit, divise, ordonne, obligeant les « opérateurs » à se rendre coupables de « tricheries » pour bien faire leur travail. « Il faut le cadre imposé par l'organisation du travail pour pouvoir mettre en œuvre ce processus de subversion », « qui va amener les sujets à trouver, inventer, à construire une expérience professionnelle ». « La reconnaissance du caractère imparfait mais aussi perfectible de l'organisation du travail ouvre sur la reconnaissance du travail du personnel ». Il faut en effet bien que quelqu'un fasse le travail qui est demandé. Et il faut que ce travail soit reconnu pour ce qu'il a de particulier et pour ce qu'il a de conforme aux règles établies. « A défaut de ces reconnaissances, la souffrance, qui est irréductiblement liée à toute expérience du travail, va prendre le devant de la scène. Le plaisir du travail disparaît. On va alors voir s'installer une économie de la souffrance et une économie des défenses contre la souffrance (...) Dans ces conditions, on ne va plus assister à la mobilisation du sujet à la recherche de la reconnaissance mais à la mobilisation du sujet directement pour la défense de sa santé. S'ouvre alors un mode de

comportements jugés paradoxaux, irrationnels, mais qui trouvent leur logique dans la nécessité impérieuse de se défendre contre la souffrance ».

La psychodynamique du travail s'intéresse donc à « l'identification des éléments qui permettent à l'homme qui travaille de maintenir un équilibre psychologique malgré les contraintes rencontrées dans son travail (66) ».

II. B. 4. a. L'ennui et la peur

L'ennui est source de souffrance psychique, car il n'y a pas d'espace d'investissement, on ressasse un sentiment d'inutilité, de déqualification, d'indignité. On pense toujours que l'on est jugé sur ce que l'on fait. Le sentiment d'inutilité naît dans l'absence de désignation, de contenu du travail, de sens de ce qu'on fait. L'indignité est liée à l'absence de signification entraînant une frustration narcissique. La déqualification envoie un reflet de soi négatif, un sentiment d'ankylose.

La peur naît de l'angoisse née du conflit intra-psychique entre personnalité et identité, ce qui caractérise l'individu, mais elle trouve son origine dans le travail devant la menace, menace de licenciement, de perturbation de l'équilibre psycho-somatique...

De sorte que les salariés sont enchâssés entre la peur de perdre leur emploi et la peur de dire ce qui ne va pas. Ils s'habituent à ne plus y penser. La peur est devenue un instrument de contrôle social dans l'entreprise. Non seulement une augmentation de la souffrance psychique au travail est aujourd'hui observée mais Dejours décrit un phénomène d'exploitation de cette souffrance par l'organisation de travail, qui l'entretient et l'exacerbe (exemple des téléphonistes) (3).

II. B. 4. b. Expression de la souffrance

Le médecin du travail peut en être le témoin sans s'en apercevoir. La souffrance est visible au travers de la défense développée contre elle. La dépister nécessite une écoute particulière qui oblige le médecin du travail à prendre le risque d'entendre la souffrance. La psychodynamique du travail propose de se demander : « mais comment font-ils pour tenir dans ces conditions et continuer à travailler ? »

Le salarié ne fait pas que subir. Il se défend, il élabore inconsciemment des processus défensifs pour contrecarrer, pour circonscrire la peur et la souffrance qu'elle génère. Ces stratégies défensives, individuelles ou collectives reposent toujours sur le déni du risque, le déni des contraintes, le déni de perception de la réalité. Elles mobilisent aussi bien l'intelligence individuelle (ingéniosité, imagination) que l'intelligence collective (coopération), et participent donc à la solidité des collectifs de travail soudés par le déni, le plus souvent sur le mode viril. C'est ce que nous verrons au chapitre III.

II. B. 4. c. Rupture et disparition des collectifs de travail

Tout est fait pour casser les collectifs, et leur dynamique de reconnaissance. On invoque des principes de méfiance, pour s'en sortir, on dit des gens qu'ils en font le moins possible. Ces techniques sont connues et répandues depuis longtemps. La nouveauté réside dans l'efficacité de celles-ci depuis le début des années 90. Les salariés ont un sentiment d'isolement et d'abandon, occupant tout le champ de leurs revendications.

La reconnaissance du travail effectué n'est plus la priorité face à l'accélération fulgurante de la production, via la technologie, et à l'augmentation majeure des exigences de chacun.

Le savoir, les savants, se spécialisent. Ils expliquent par chapitre leur discipline, sans élargir à celle du voisin. Dans le monde du travail, le caractère global de la production ou de l'action de travail n'est plus mise en valeur, n'est plus mise en exergue comme condition sine qua non pour penser le travail et lui trouver un sens.

La psychodynamique du travail cherche à faire une « analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail (3) » en tentant d'inclure le savoir le plus important pour comprendre le travail : celui du travailleur.

Il ne s'agit pas d'imposer aux salariés leur participation à des stratégies collectives de défense. L'échange, les paroles entre le médecin du travail ou le psychodynamicien du travail et les salariés doivent laisser ces derniers maîtres de leur compréhension de ce qu'ils déploient dans leur activité. Cette discipline neuve offrira certainement une qualité de pratique du métier de médecin du travail dans une application future plus répandue.

II. B. 4. d. Méthodologie

Concernant la méthodologie en psychodynamique du travail (cf. tableau 3, p. 96), Dejours (3) écrit : « Une fois pour toutes, nous laissons de côté les observations quantitatives, les statistiques, les questionnaires ouverts ou fermés, les patterns comportementaux, qu'il s'agisse de l'économie des gestes répétés, des ratés du comportement productif ou de l'augmentation des performances, en d'autres termes toute la psychologie abstraite qui laisse délibérément en marge la vie mentale elle-même, l'émotion, l'angoisse, la rage, le rêve, les fantasmes, l'amour, tous sentiments éprouvés qui échappent à l'observation dite "objective" ».

L'individu souffrant n'est jamais dissocié du groupe auquel il appartient et des rapports que ce groupe entretient avec les autres, dans un cadre de travail précis. La souffrance désigne le vécu particulier, résultant d'une situation spécifique liée à la contrainte organisationnelle. Tout sujet n'existe que dans un collectif. Le processus par lequel un groupe de travailleurs devient un collectif passe par l'élaboration de règles, des actes de langages, les interactions et un vécu partagé. Il se constitue dans un ensemble de rapports avec les autres groupes et les divers niveaux de la hiérarchie.

« L'intelligence des agents est souvent en avance sur la conscience qu'ils en ont. (...) L'analyse de la dimension subjective du travail, ou " l'objectivation de la subjectivité ", passe nécessairement par l'accès au sens que la situation a pour les sujets eux-mêmes. L'objectivation du vécu exige donc un travail réflexif de perlaboration collective porté par le désir de réappropriation et la volonté d'émancipation des travailleurs concernés. Comme dans la tradition compréhensive, on considère que les travailleurs ne sont pas des crétins sociaux, en psychodynamique du travail, on considère que les sujets ne sont pas des crétins psychiques. »

La parole est la seule voie d'accès à cette réalité qui n'est pas encore advenue. Elle fonctionne alors comme un moyen de faire advenir à l'intelligibilité ce qui n'est pas encore conscient.

« La psychodynamique du travail est une discipline qui recourt à la technique de l'interprétation, selon des modalités méthodologiques précis ».

Pour ce qui est d'une bonne relation avec le patient qui souffre, il faut intégrer que :

- seule sa volonté fera que le patient acceptera de parler, de témoigner ou de permettre une intervention auprès des dirigeants. Cela suppose une information préalable pour exposer les méthodes et les objectifs de cette intervention. De même lorsqu'une action de prévention en entreprise est prévue, cela se fait sur le principe du volontariat. La coutume de l'encadrement comme des représentants du personnel est plutôt de désigner, de solliciter ou de décourager les candidatures, selon la représentation qu'ils ont de ce que tel ou telle va dire (67)...
- leur parole a été ignorée ou utilisée contre leur intention déjà à maintes reprises, ce qui rend plus méfiant
- les actions de prévention ou interventions de psychodynamique inquiètent à la fois les directions et les organisations syndicales (67).

III. Souffrance psychique au travail : conséquences et résistances

Le laboratoire de psychologie du travail et de l'action, dirigé par Dejours, a montré (3, 8) que les salariés élaborent des défenses individuelles et collectives spécifiques contre la souffrance psychique. Défenses qui permettent aux salariés d'obscurcir leur perception de la souffrance liée au travail (déli). Le déli s'accompagne inévitablement d'un engourdissement de la capacité de penser et du remplissage du vide par le recours à des stéréotypes socialement construits de rationalisation : le travail, la production, la guerre économique, la fin du travail, sont des alibis ou des pseudo-justifications utilisés pour obturer la conscience douloureuse. C'est toujours au prétexte du travail que le sujet se défait de sa souffrance éthique et non au prétexte de la morale : suspension de la morale au nom de la raison instrumentale. Les gens ont un sens moral, mais les défenses contre la souffrance éthique parviennent à le neutraliser, voire à inverser leurs conduites par rapport à ce qu'indique leur sens moral. Le déli est un mécanisme de défense collectif, élaboré face à la souffrance liée au travail, dans la confiance mutuelle et la reconnaissance des pairs.

Les moyens de faire face physiologiques sont, en psychologie, le stress, le coping et la résilience ; les moyens décrits en psychodynamique du travail sont les stratégies défensives individuelles et/ou collectives, les conduites addictives, les conduites de mise en danger (bravades), omission du danger.

III. A. Le stress professionnel et sa gestion

Il existe plusieurs modèles et théories du stress depuis Hans Selye qui, en 1936, définit le stress comme « les réactions physiologiques non spécifiques développées par l'organisme pour faire face à une agression quelle qu'en soit la nature ». Ces agressions sont appelées stressors ou agents stressants (33).

Il décrit le syndrome général d'adaptation (S.G.A.) (32).

- Phase d'alarme : c'est la première réaction de l'organisme face à une agression, elle est marquée par une décharge d'adrénaline, une augmentation des pulsations cardiaques et par des changements dans le tonus musculaire et dans le sang ;
- Phase d'adaptation ou de résistance au stress : stade qui apparaît après cette première réaction d'alarme, c'est le moment où l'organisme s'adapte et résiste à l'agression ;
- Phase d'épuisement : survient quand l'agression se poursuit trop longtemps, la force d'adaptation a été en quelque sorte vaincue. Ce dernier stade n'apparaît toutefois que sous un stress très grave.

Selye décrit également le rôle des facteurs conditionnants susceptibles de modifier la réceptivité de l'organisme :

- facteurs propres à l'organisme : hérédité, antécédents chirurgicaux, etc.
- facteurs de nature externe : alimentation, facteurs sociaux, environnementaux.

C'est la conjonction des caractéristiques de l'agent stresser et des facteurs conditionnants qui déterminera le degré de vulnérabilité d'un sujet en état de stress.

III. A. 1. Le modèle interactionniste

Friedman et Rosenman définissent en 1959 l'individu de type A comme quelqu'un exprimant une forte hostilité, de l'ambition, de la compétitivité et étant souvent préoccupé par les délais et le travail (33). Il s'engage dans une lutte chronique pour atteindre un nombre toujours plus grand de buts dans des périodes de temps de plus en plus courtes. Les sujets de type A expriment de l'impatience et un sens chronique de l'urgence du temps. Ce type de sujet est également fortement motivé à maintenir un contrôle total sur son environnement.

Il est stressant pour lui et pour les autres. Son hyperactivité est à la fois fatigante mais aussi culpabilisante pour les autres. Sa compétitivité, ses émotions hostiles sont génératrices de difficultés relationnelles importantes. L'impulsivité non maîtrisée peut mener à des situations extrêmes ou de conflit.

Il s'agit principalement d'un comportement grâce auquel l'individu peut faire face à la situation, surtout lorsque celle-ci présente un certain challenge.

Les personnes ne présentant pas la personnalité de type A, sont appelées type B. Celles-ci n'ont pas de sens de l'urgence du temps et ne sont pas hostiles. Elles sont capables de se

relaxer sans se sentir coupables. Les individus de type B sont donc plus insoucians, plus tranquilles et plus satisfaits que les individus de type A.

Ivancevitch et Matteson développent en 1984 un modèle interactionniste reposant sur ces deux types de personnalité. Ils proposent qu'à chaque personnalité correspond un milieu de travail qui lui est optimal. Ces milieux professionnels sont également qualifiés de type A ou de type B.

Le milieu de type A est un environnement contrôlable, à allure rapide, présentant des défis importants et encourageant l'autonomie. A l'opposé, l'environnement de travail de type B est un milieu routinier, à allure modérée, présentant des défis peu importants et encourageant peu l'autonomie.

Le modèle des deux chercheurs postule que si les qualités des contextes environnementaux de type A ou B sont présentes de manière optimale pour chaque type de personne (A ou B), il en résultera ce que l'on appelle une congruence ou adéquation entre l'individu et son milieu de travail. S'il y a incongruence ou manque d'adéquation, il peut en résulter des problèmes physiologiques, psychologiques et organisationnels pour l'individu (33).

Plus tard seront individualisées les personnalités de type B et de type C.

La personnalité de type B correspond à des personnes tranquilles, avec assurance et confiance en elles, sages, réalistes et positives. Elles sont en harmonie avec ce qu'elles font, ont une bonne analyse et une réponse adaptée, peuvent encaisser et s'emporter mais toujours à bon escient, sans excès et parce qu'elles l'ont décidé. Ce sont des personnes protégées face au stress car contrôlant leurs réactions, leur pensée et leur comportement.

La personnalité de type C est quant à elle plutôt introvertie, patiente, plutôt passive, soumise à l'autorité, cherchant l'harmonie, évitant le conflit, réprimant ses émotions. A l'extérieur, rien ne transparaît, mais à l'intérieur, beaucoup de pensées se télescopent. Le type C sécrète plus de cortisol ; il développera des pathologies type dépression, rhumatismes, allergies, infections. Psychologiquement, il fonctionne sur un système de résignation apprise, avec sentiment d'impuissance et de désespoir.

Ce modèle offre une conception binaire de l'humanité. Il s'agit d'outils de réflexion à prendre comme tels, pouvant documenter un argumentaire. L'homme est composé de multiples facettes, innombrables et impossibles à classer ou à compartimenter en tel ou tel profil. De plus, la reproductibilité de tels schémas auprès d'un individu peut paraître douteuse.

D'après le modèle de Cooper sur le stress professionnel (68), les stressseurs proviennent de cinq sources potentielles :

- Les facteurs inhérents à la tâche : ils comprennent les ambiances physiques de travail, l'aménagement du temps de travail ainsi que la charge de travail physique, mental psychosensoriel et psychoaffective.

Toute charge excessive de travail et inversement toute sous-charge peuvent être à l'origine de stress ;

- Les rôles occupationnels : ils peuvent être stressseurs lorsqu'il y a par exemple un conflit entre deux rôles que doit réaliser la même personne, une ambiguïté de rôle (objectifs imprécis, responsabilités floues, manque d'informations) ou encore de lourdes responsabilités en particulier d'ordre humain ;

- Les perspectives de carrière : elles sont des facteurs de stress dans des situations où règne notamment une grande incertitude comme par exemple l'insécurité de l'emploi, l'absence de perspective promotionnelle ou des promesses de promotion non tenues ;

- Les relations interpersonnelles dans le travail : elles sont essentielles et peuvent contribuer à l'augmentation ou à l'apaisement du stress ;

- Le contexte sociopolitique et économique de l'entreprise : il s'agit ici de l'image interne et/ou externe que propage l'entreprise. Il va sans dire que cette image est susceptible de jouer un grand rôle au niveau des salariés en fonction des caractéristiques, bonnes, médiocres, ou franchement mauvaises.

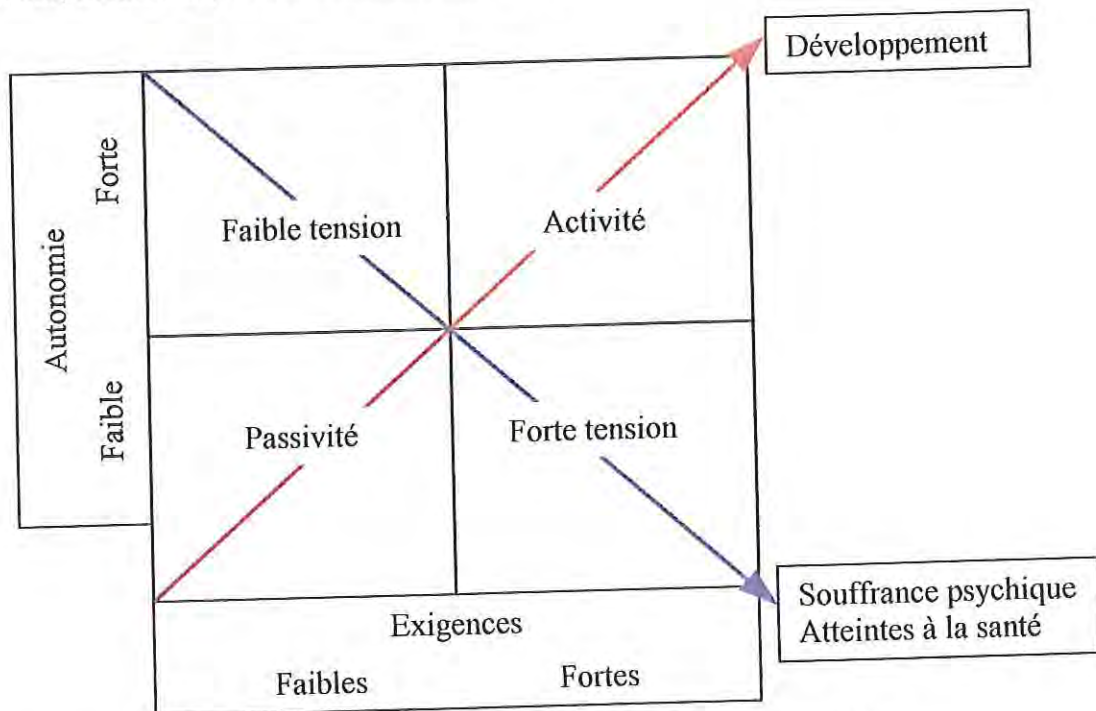


Schéma 4 : Modèle de Karasek : les situations de travail et leurs effets (20)

Selon Karasek, le stress professionnel est un déséquilibre entre les objectifs et les moyens. Les exigences du travail (contraintes de temps, quantité, complexité) ne suffisent pas à expliquer les effets du travail. Il faut y ajouter une seconde dimension qui correspond au degré d'autonomie : possibilités de choisir ou d'adapter les modes opératoires et capacités à peser sur les décisions. Lorsque la durée du stress dépasse un certain temps, les limites des capacités de réponse au stresser sont atteintes. Le modèle « contraintes – contrôle » de Karasek est représenté sur le schéma 4. Le stress professionnel est maximal si le travail est à la fois très contraignant et très peu contrôlable.

III. A. 2. Le modèle transactionnel

Lazarus définit le stress psychologique comme le produit d'une transaction entre la personne et son environnement. Il s'agit alors de comprendre pourquoi un individu perçoit ou non un événement comme stressant, et comment il s'adapte lorsque des réponses automatiques ne sont pas disponibles, car ces modes d'adaptation peuvent être multiples et leur choix varié, non seulement en fonction de l'environnement mais aussi des caractéristiques individuelles. Les contraintes effectives liées à l'exercice d'une profession peuvent être perçues de façon fort différente d'un individu à l'autre, et leur effet sur la santé de ces personnes n'est pas systématique (27). Selon cette conception, il convient de distinguer très nettement les caractéristiques objectives de l'environnement, ou stresser, des caractéristiques environnementales perçues comme menaçantes par un individu, ou stress perçu, d'une part, et des conséquences dysfonctionnelles éventuelles de ces facteurs ou ajustement ultérieur de cet individu, d'autre part.

D'autres facteurs peuvent également entrer en ligne de compte : le niveau d'incertitude, le degré de la menace, la proximité du conflit, le degré de désespoir engendré par le problème (32).

On pense toujours actuellement qu'il existe des vulnérabilités différentes d'un sujet à l'autre et d'une situation à une autre.

Selon Mariage, le stress professionnel résulte de la perception des contraintes, stimuli et agressions subis dans une activité professionnelle et de l'adaptation du sujet (10).

On en distingue six sources intrinsèquement liées :

1. au travail
2. au rôle dans l'organisation
3. au développement de la carrière
4. aux relations professionnelles
5. à la structure et au climat organisationnels
6. à l'interface travail – famille.

La combinaison de certaines sources du stress et de certains traits de personnalité pourrait être prédictive de la manifestation de réactions au stress telles que les maladies coronariennes, certains troubles mentaux, les toxicomanies, les conduites alcooliques, l'insatisfaction professionnelle, les conflits familiaux, etc. Il convient donc de resituer ces pathologies dans un contexte et un environnement de travail plus larges pour en comprendre le sens et en particulier en intégrant une dimension psychologique vécue des salariés (69).

MOORS (33) propose une approche basée sur la relation « exigences – aptitudes » (cf. figures 2, 3 et 4). « Le travail nous impose un certain nombre de tâches. Appelons cela les "exigences". La notion "d'exigences" évoque aussi la question de savoir si une personne est en mesure d'exécuter cette tâche. Appelons cela les "aptitudes". Ce qu'une personne est en mesure de faire dépend de ses capacités personnelles, de ses aptitudes acquises ainsi que des moyens qui sont mis à sa disposition. Lorsqu'une personne doit faire plus qu'elle n'est capable de faire, nous sommes confrontés à une situation qui présente les caractéristiques typiques d'une situation génératrice de stress. Le stress, en tant que réaction à cette situation, n'apparaît cependant que lorsque la personne a le sentiment de ne pas être à la hauteur de la tâche et le ressent comme une menace, provoquant ainsi des sentiments d'angoisse ».

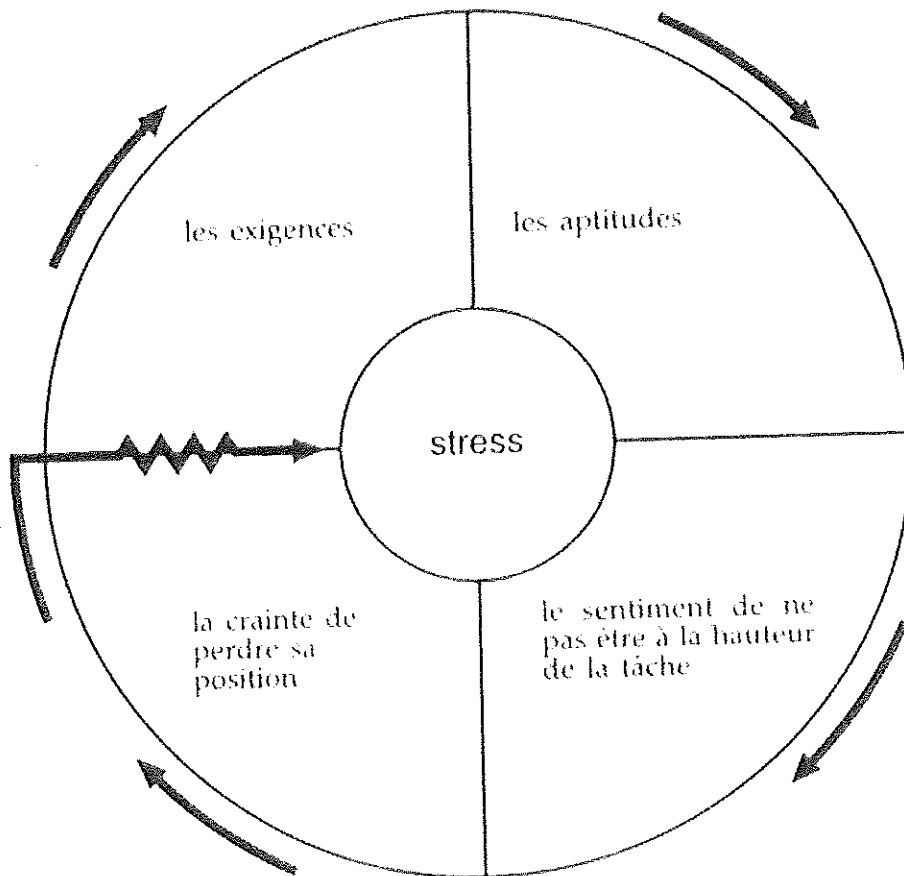
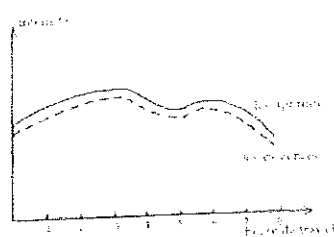
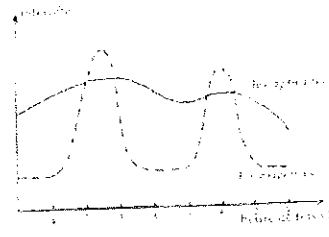


Figure 2 : Le modèle du stress de Moors (33) : les quatre éléments distingués dans la naissance du stress : les exigences, les aptitudes, le sentiment de ne pas être à la hauteur de la tâche et la crainte de perdre sa position.



Exemple d'évolution des courbes des "exigences" et des "aptitudes" tout au long d'une journée de travail. Il s'agit d'un travail de cycle court pour un ouvrier expérimenté qui détermine le rythme lui-même. Bien que la charge moyenne soit très élevée, à tout moment il peut faire face à la situation.



Exemple du travail d'un opérateur sur machines de production automatisées : l'évolution des courbes des "exigences" et des "aptitudes". Bien que la charge moyenne soit relativement faible, l'opérateur connaît quelques moments de pointe avec surcharge qui dominent la perception de sa charge.

Figures 3 et 4 : exemples d'application du modèle du stress de Moors.

III. A. 3. Le modèle cognitif

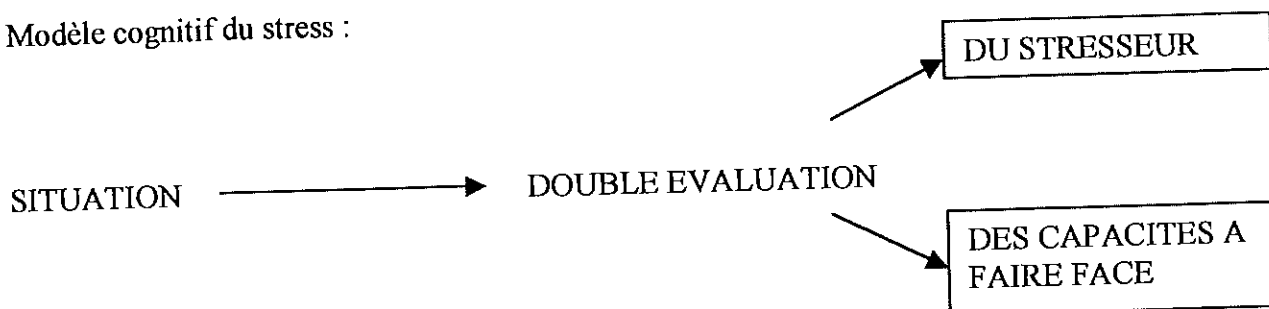
La psychologie cognitive est la science des opérations mentales qui permettent l'acquisition et le traitement des informations filtrées par les schémas inconscients enfouis dans la mémoire à long terme (70). La cognition est « l'ensemble des activités par lesquelles toutes les informations sont traitées par un appareil psychique, comment il les reçoit, les sélectionne, les transforme et les organise, construit des représentations de la réalité et élabore des connaissances (70) ».

Cela introduit la notion de frontière entre le stress qui peut également être abordé selon le modèle dit objectif (quantitatif) et le stress selon le modèle subjectif (qualitatif).

Le stress est présent partout dans la vie de l'entreprise comme dans la vie de l'individu. Il faut faire face aux situations nouvelles, et à chaque situation nouvelle s'adapte une réaction nouvelle de l'individu. Le stress est la réaction à une nouvelle situation, la souffrance naît des problèmes d'adaptation : adaptation permanente des entreprises au monde extérieur, à la bourse, aux acheteurs, aux clients... adaptation permanente des salariés aux changements liés à l'adaptation des entreprises.

L'adaptation comprend des phénomènes d'assimilation et d'accommodation des individus. L'intelligence ne suffit pas car nous sommes dans le domaine des émotions et des cognitions.

Modèle cognitif du stress :



Dans les situations en entreprise, ce sont les changements qui sont la plupart du temps source de stress. Ces changements sont décrits comme une série de perte : la perte de contrôle (les décisions se prennent sans possibilité d'y apporter son expérience), la perte de certitude et de prévisibilité de l'avenir, la perte d'identité (« je n'ai plus le même travail »), la perte des compétences (modifications des missions ou des techniques), la perte des compagnons de travail, la perte des possibilités d'avenir (« quelles sont mes perspectives après ces

changements ? ») Plus le changement est perçu comme non prévisible, non contrôlable et non désirable, plus le changement risque d'être difficile et lent.

Les étapes psychologiques face à une perte sont les suivantes :

1. Le déni (« non, ce n'est pas possible »)
2. L'anxiété (« que vais-je devenir »)
3. La colère (« ce n'est pas juste »)
4. Le désespoir (« c'est fichu... »)
5. Le marchandage (« et si on s'arrangeait »)
6. L'acceptation (« il faut bien s'y faire... »)

Face au traumatisme du changement, le salarié passe par plusieurs étapes :

Le doute sur les valeurs de l'entreprise

7. La diminution du sentiment de sécurité
8. Un sentiment de futilité ou d'inutilité des efforts et de la recherche de performance
9. Une suspicion envers la hiérarchie
10. Une diminution de l'estime de soi
11. Un sentiment de culpabilité

D'où découlent différentes attitudes qui peuvent être mêlées :

1. Désengagement (« je n'ai rien à déclarer ! »)
2. Colère (« je trouve ça nul ! »)
3. Désorientation (« je fais quoi, maintenant ? »)
4. Attachement au passé (« c'était mieux avant »)

Devant un changement traumatisant, des pensées automatiques viennent à l'esprit au gré de ces étapes et attitudes. Une série de questions ont été proposées (annexe 5), questions à se poser en cas de pensée automatique, afin de dépasser le stress occasionné par le changement et le moyen de défense de la pensée automatique.

Il s'agit d'une méthode individuelle de gestion du stress semblant enfermer le sujet dans des questions auxquelles il est de plus en plus difficiles de répondre, jusqu'à oublier que l'on a eu une pensée automatique. Comment repérer une pensée automatique ?

Le modèle biologique :

La psychobiologie du stress montre qu'un certain nombre de médiateurs biologiques a été décrit parmi lesquels les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) et le système sympathique qui contribuent principalement à l'évolution des affections cardio-vasculaires et même à l'apparition de la mort subite. Le CRF (corticotropine releasing factor) jouerait également un rôle important. Le système HMAc (axe hypo-thalamo-hypophysaire-adrénocortical) pourrait expliquer particulièrement les ulcères à l'estomac comme conséquences immunologiques du stress. Le stress pourrait aussi influencer l'évolution des infections chroniques et du cancer par l'effet de l'immunosuppression (33).

A quelques nuances près, tous ces modèles font apparaître les éléments suivants :

- tout d'abord des agents stressseurs de natures diverses (physique, chimique, biologique, mécanique, psycho-social, etc.)
- ensuite, un ensemble de caractéristiques personnelles (type de personnalité, mode de réactions au stress, appartenance socio-démographique...)
- une série d'indicateurs de stress (symptômes somatiques, psychologiques, comportementaux, physiologiques)
- un groupe de variables modératrices (soutien et réseau social)
- et enfin un ensemble de conséquences sur la santé de l'individu (souffrance psychique infra-clinique ; maladies organiques, cardio-vasculaires, troubles psychologiques, etc.) et sur celle de l'organisation du travail (absentéisme, accidents, taux de roulement, productivité, performance, etc.)

Le stress au travail est un phénomène complexe. Il n'existe actuellement aucune méthode simple et valable pour mesurer le stress au travail. Des travaux sont orientés vers le développement de mesures dites « objectives » et « subjectives » pour évaluer le stress au travail. Les mesures « objectives » nécessitent l'observation et l'enregistrement de paramètres physiques, psychosociaux et physiologiques. Les mesures « subjectives » portent sur les expériences et opinions des personnes et ne peuvent être mises en évidence qu'au moyen d'un questionnaire.

Le J.S.S. (Job Stress Survey) est un instrument évaluant le stress professionnel, validé en français (27).

III. A. 4. Opposition d'approches des théories du stress professionnel et de la psychodynamique du travail

	Théories du stress	Psychopathologie PSYCHODYNAMIQUE
But de l'étude	Relier la réponse physiologique à des variables psychosociales	Saisir les sources vécues de la souffrance et du plaisir des travailleurs dans le travail
Champ cognitif d'étude	OBJECTIVITÉ	SUBJECTIVITÉ
Disciplines d'origine	Positivismes, béhaviorisme, scientisme (épidémiologie, recherches cliniques, biologie, physiologie)	Psychanalyse, phénoménologie, sociologie et psychologie du travail
Sujet d'étude	L'individu Conception individualiste des problèmes de santé	Le collectif de travail Coopération des travailleurs dans la construction de leur santé : facteurs sociaux
Méthodologies	QUANTITATIVES, DESCRIPTIVES Questionnaires Sciences exactes, travaux de laboratoire : critères de représentativité de l'échantillon	QUALITATIVES Faire surgir ce qui fait sens Dévoiler les subjectivités Entrevues individuelles et collectives
Données	CHIFFRES QUI PARLENT	SUJETS QUI PARLENT
Résultats	FAIRE, CALCULER Mise en relation de variables, statistiques, significatives lorsque démontrées et reconnues Réponses individuelles	DIRE, ECOUTER Explication de phénomènes subjectifs en rapport avec une situation et un contexte particuliers ; interroge l'organisation du travail Réponses collectives
Modèle de l'être humain	« Machine » biopsychosociale, abstraite, soumise à la normalité statistique MODÈLE OBJECTIF	Etre concret, sujet en acte soumis à des contraintes organisationnelles MODÈLE SUBJECTIF
Suggestions	Saine gestion individuelle du stress	Amener les gens à penser

Tableau 3 : d'après Chanlat (32), différences entre deux approches : théories du stress et psychodynamique du travail.

Il est possible de résumer dans un tableau les oppositions méthodologiques des théories du stress et de la psychodynamique du travail. Cette dernière discipline propose des outils offrant une adaptabilité de l'intervention à la réalité du terrain en entreprise.

III. A. 5. Exemples de méthodes de lutte contre le stress : lutte individuelle

La souffrance psychique au travail est une pathologie de la solitude et de l'isolement. La gestion individuelle du stress ne semble pas adaptée, et renforce même le processus.

Maîtrise de la réaction physiologique :

- Respiration abdominale
- Relaxation musculaire progressive (relaxation de Jacobson)
- Le training autogène de Schultz

Gestion du stress par l'hygiène de vie :

- Alimentation antistress : manger équilibré
- Eviter les excitants (tabac, alcool, café) et les médicaments (tranquillisants, antidépresseurs, bêtabloquants)
- Pratiquer sport, activité de loisirs et de plaisir (support social : soutiens émotionnels, d'estime, matériel, informatif)

Maîtrise de la réaction cognitive :

Selon cette méthode, le meilleur moyen de maîtriser le stress est de gérer ses pensées de façon rationnelle :

- Pensées : ce que je me dis à moi-même
- Emotions : ce que je ressens
- Comportement : ce que je fais

C'est en agissant à ces trois niveaux qu'on obtiendra la meilleure maîtrise des réactions négatives face au stress.

III. B. Le coping

Le concept de « coping » ou processus d'ajustement est apparu aux Etats-Unis depuis quelques décennies. Le « coping » permettrait à un individu une adaptation face aux différents « stresseurs » environnementaux et participerait ainsi à la mise en place de comportements adaptatifs (71). Il replace l'individu face à ses propres motivations et capacités d'adaptation au milieu où il se trouve.

La fonction des mécanismes défensifs inconscients (ex : les rêves, les lapsus, etc.) est de maintenir l'anxiété dans des limites supportables, ils diffèrent des aptitudes de « coping » qui sont des techniques acquises pour permettre à l'individu d'affronter volontairement l'anxiété et les événements adverses. Lazarus (72) le désigne comme *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant ou comme dépassant ses ressources, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique*. Son modèle s'appuie sur la théorie du stress élaborée par H. Selye en 1936.

Mariage oppose le coping et le stress en notant que l'on ne décrira plus « les réactions de stress par les stressors (événements auxquels l'individu est exposé), mais par la façon dont le sujet réagit à un stressor (10) ».

Il existe pour Paulhan (73), cinq types spécifiques de stratégies de coping :

- les facteurs de résolution du problème
- les facteurs d'évitement avec pensée positive
- les facteurs de recherche de soutien social
- les facteurs de réévaluation positive
- les facteurs d'auto-accusation

Les caractéristiques d'un stressor (ex : mutation professionnelle) n'indiquent pas l'intensité du stress qu'un individu peut éprouver.

Graziani (74) distingue huit sous-échelles de coping : Confrontation, Planification d'une solution du problème, Prise de distance, Autocontrôle, Acceptation de responsabilité, Réévaluation positive, Recherche d'un soutien social et Fuite/Evitement.

Ces sous-échelles peuvent être regroupées selon deux fonctions principales :

- l'aménagement du problème qui provoque la détresse (coping centré sur le problème : ensemble des efforts entrepris pour affronter la situation) : recherche d'informations, de moyens d'action, plans d'action, actions effectives...
- la régulation des émotions de détresse (coping centré sur l'émotion : ensemble des tentatives effectuées pour contrôler la tension émotionnelle induite par la situation) : évitement, réévaluation positive, expression émotionnelle, auto-accusation...

Le coping centré sur le problème est donc un effort pour changer les circonstances stressantes provoquées par l'interaction individu – environnement. Le coping centré sur l'émotion se réfère aux pensées et actions dont le but est de minorer l'impact émotionnel du stress.

Le regroupement des sous-échelles dans l'un ou l'autre groupe est subjectif : chaque action ou pensée peut avoir plusieurs fonctions de coping, selon le contexte psychologique dans lequel

elle a lieu. Afin de réduire le niveau de son anxiété, un individu peut utiliser une stratégie d'affrontement pour minimiser les conditions qui provoquent chez lui de l'anxiété et établir un plan d'action pour les résoudre.

Le questionnaire des stratégies de coping W.C.C.-R. est le plus couramment utilisé.

Une troisième fonction principale a été décrite : le coping de recherche de soutien social où le sujet recherche auprès de son entourage une aide, des informations pour faire face à la situation (75).

Une telle approche centrée sur les perceptions et les attitudes individuelles conduit inévitablement à privilégier des interventions orientées vers l'individu plutôt que sur l'organisation du travail (66). Cela permet de comprendre certains mécanismes psychopathologiques. Elle apparaît un peu réductionniste en ramenant les problèmes de santé mentale au travail à l'échec des efforts d'adaptation des individus. Cette approche ignore les différences individuelles dans les habiletés à faire face au stress, qui sont dues aux différences de socialisation et d'expérience parmi les groupes sociaux. Cette approche ne prend pas non plus en considération l'existence de différences de pouvoir et de systèmes de valeur dans le milieu de travail.

III. C. La résilience

Dans sa conception anglo-saxonne, le comportement de résilience a été défini comme un comportement adaptatif positif, comme la « capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative (76). La théorie de la résilience est fondée sur un aspect psychobiologique de l'individu, sur sa robustesse, sa capacité à tenir le coup en toute circonstance, son endurance impliquant une capacité d'engagement, de défi et de contrôle, dans les situations à risque, mais aussi une compétence à endurer la souffrance. La résilience se caractérise par la capacité à surmonter les épreuves de la vie, à rester soi-même quand le milieu nous cogne et poursuivre, malgré les coups du sort, notre cheminement humain ».

Cette conception réduit aux seules ressources individuelles la possibilité de dépasser le traumatisme, conduisant à la notion d'être d'exception (voire supérieurs)...

Face à une situation difficile, le sujet devra non seulement faire face (coping) mais surtout s'en sortir avec le moins de dommages possibles (résilience). La résilience s'apparente au coping dans son souci d'adaptation mais elle se définit d'abord par la capacité de rebondir face à un choc, la capacité à utiliser au mieux le handicap qui survient.

La résilience, en sciences physiques, est la capacité d'un matériau à reprendre sa forme initiale après une déformation. Cyrulnik écrit « qu'un événement peut mener à un secret, analogue à une sorte de corps étranger au fond de l'âme, à une compensation combative qui n'avouera jamais pourquoi on se bagarre, ou à une réflexion enrichissante sur le sens de la vie. Il n'est plus possible de prétendre qu'un traumatisme provoque un effet prédictible. Il vaut mieux s'engager à penser qu'un événement brutal ébranle et dévie le devenir d'une personnalité. La narration d'un tel événement, clé de voûte de son identité, connaîtra des destins différents selon les circuits affectifs, historiques et institutionnels que le contexte social dispose autour du blessé ». La résilience passe par la désignation d'un tuteur, d'un modèle, choisi par le traumatisé. Cela passe donc par des relations interhumaines et pas seulement des ressources intra-individuelles.

Il n'existe pas d'étude sur la résilience de « victimes » de souffrance liée au travail.

III. D. Traits de personnalité

L'approche factorielle et dimensionnelle de la personnalité normale débouche sur le modèle en cinq facteurs présenté par Rolland, comme une organisation hiérarchique de traits de personnalité en cinq dimensions basiques (77, 78) :

- La dimension de névrosisme contre stabilité émotionnelle : le névrosisme se réfère à un état chronique d'irritabilité et de prédisposition à la détresse psychique indépendant des conditions objectives. Il correspond à une forte instabilité émotionnelle dont les traits principaux sont l'anxiété, une tendance dépressive, l'irritabilité, le sentiment de gêne et d'insécurité, la réactivité émotionnelle, la tendance à « broyer du noir » et à se focaliser sur les aspects négatifs de la réalité. Cette dimension rend compte des différences individuelles de prédisposition à construire, à percevoir et à ressentir la « réalité » comme problématique, menaçante et pénible (soucis, inquiétudes, dévalorisation de soi...) et à ressentir des émotions « négatives » (peur, honte, colère...)

- La dimension d'extraversion – introversion est décrite très tôt par Eysenck. L'extraversion (sociabilité, impulsivité et activité) se manifeste par la recherche de stimulations. Les introvertis seraient plus sensibles aux stimulations et tendraient donc à les éviter, alors que les extravertis les rechercheraient. « Cette dimension régule la vigilance et permet de prédire les performances professionnelles dans les tâches requérant une attention soutenue ». Les traits contribuant à définir cette dimension sont la sociabilité, le besoin de compagnie, l'assurance, la volubilité et l'activité. L'extraversion renvoie à la quantité et à l'intensité des relations avec l'environnement (social, notamment), elle concerne la tendance à rechercher le contact avec l'environnement avec énergie, entrain, enthousiasme et confiance, et à vivre ces expériences de manière positive.
- La dimension « ouverture aux expériences » : dimension de curiosité intellectuelle, d'ouverture vaste à l'expérience nouvelle pouvant concerner différents domaines et différentes sphères de conduites humaines. Les composantes de cette dimension sont la curiosité, l'imagination, l'ouverture culturelle, l'originalité, l'ouverture et la vivacité d'esprit, la sensibilité esthétique.
- La dimension « caractère agréable » ou agréabilité : rend compte d'une constante opposant des caractéristiques telles que la confiance en autrui, l'altruisme, la bienveillance coopérative à l'indifférence, la méfiance, l'intransigeance, la dureté, l'hostilité, l'agressivité envers autrui. Cette dimension comporte également une composante de conformité aux normes sociales et de docilité et soumission dans les conflits. Les traits participants sont la courtoisie, la flexibilité, la confiance en autrui, le caractère accommodant et facile à vivre, l'esprit de coopération, l'indulgence, la bienveillance et la tolérance. Elle se différencie de l'extraversion dans la mesure où cette dernière concerne plus l'individu lui-même tandis que l'agréabilité concerne de manière plus explicite la sphère relationnelle et la tonalité (bienveillance, empathie ou cynisme, hostilité) des relations à autrui. « L'agréabilité renvoie à la qualité des relations interpersonnelles sur un continuum allant de la compassion à l'antagonisme (78) ».
- La dimension « caractère consciencieux » : dimension de tempérament ou de personnalité composée d'éléments dynamiques : le besoin de réussite et l'implication dans le travail, et parmi les aspects d'inhibition : le caractère scrupuleux et méticuleux. Les traits retrouvés sont le caractère responsable, organisé, soigneux,

fiable, minutieux, persévérant, et orienté vers la tâche. Le caractère consciencieux est une dimension centrée autour du problème de l'orientation, de la persistance de la conduite et du contrôle des impulsions.

Le modèle de personnalité en cinq facteurs « a montré son potentiel de prédiction et d'explication des conduites humaines dans des champs comme l'efficienne professionnelle, la psychologie clinique et la psychiatrie, la psychologie de la santé (77) ».

L'expression des traits de personnalité est indépendante des mesures d'intelligence générale.

Cette interprétation « découpée » de l'esprit humain n'est pas adaptée à la réalité de l'homme dans un contexte en mutation permanente. L'individu est un mélange de tous ces caractères, avec certains s'exprimant plus ou moins, selon une somme insoupçonnée de facteurs internes et extérieurs à lui. L'apport de la génétique, les acquisitions, l'expérience ne sont pas évoqués. Cela s'apparente à une description idéale de l'homme vertueux d'un côté et de l'homme mauvais de l'autre (dichotomie du manichéisme).

De plus, nous pouvons percevoir le danger d'une utilisation comme outils de sélection humaine de ces approches de la personnalité. Rolland exprime la possibilité de prédire qui pourra être performant au travail, selon l'expression principale des traits de personnalité. Nous souhaitons préciser que la présentation de ces théories n'ont qu'un but d'information sur l'approche pluridisciplinaire de l'homme au travail. L'histoire de la médecine du travail depuis sa création en 1946, pour reconstruire la France de l'après-guerre, nous a fourni un outil potentiel de sélection : l'aptitude au travail. Nous verrons au chapitre V. C. l'évolution du métier de médecin du travail.

D'après Rolland, on peut s'intéresser à trois types de facteurs reliant personnalité et réaction de stress :

- L'histoire personnelle : interactions précoces comme les expériences traumatiques et la manière dont elles ont façonné le moi : tout événement stressant réveille les traumatismes anciens refoulés
- Les variables de type « état » (trouble de l'humeur dépressif ou maniaque, modification du niveau de vigilance, dette de sommeil, syndrome d'épuisement pourront modifier de façon transitoire la réponse de l'individu à la situation de stress) ou « trait » (dépression ou anxiété-trait : la survenue de dépression aggrave le pronostic vital des maladies organiques graves)

- Les traits protecteurs contre les effets du stress : optimisme, humour semblent évoquer une meilleure adaptation au stress.

Cependant, l'individu est loin de se comporter durablement de façon identique face à un événement traumatisant qui se répète.

Les théories du stress, de coping, des traits de personnalité, sont des outils de travail. Elles ne permettent pas de comprendre toutes les implications des comportements humains. Ceux-ci sont imprévisibles et relèvent de la plus parfaite subjectivité. Ces outils n'explorent pas les relations collectives des salariés dans les situations de travail. Selon que l'on se trouve dans la sphère privée ou professionnelle, la gestion du stress ne relève plus des mêmes contraintes et des mêmes buts. Le médecin du travail ne peut pas se limiter à ces théories pour venir en aide aux salariés. Il doit intervenir sur le plan individuel, sur le plan du collectif de travail, et sur le plan de l'organisation du travail.

III. E. Conduites addictives et travail

Certains salariés se droguent pour « tenir » en milieu de travail, pour supporter les difficultés. Récemment, l'utilisation du cannabis se développe énormément. L'alcoolisme lié au travail est un phénomène bien documenté.

En milieu de travail et dans les situations de consommation de substances psychoactives, il faut différencier (79) :

- la dépendance qui est définie par le fait de ne plus pouvoir se passer de consommer une substance sous peine de souffrances psychiques ou physiques. La dépendance nécessite une thérapeutique et il existe des échelles de quantification des dépendances ;
- la faute professionnelle qui est un concept juridique et peut appeler une sanction ;
- enfin les troubles cognitifs pouvant avoir pour conséquence une incapacité professionnelle, et donc une inaptitude. Il n'y a pas de corrélation entre l'aptitude professionnelle et la quantité de produit consommé.

Une étude dans le Nord de la France (79) retrouvait 24 % de consommateurs (entre opiacés, cannabis, éthanol, benzodiazépines, amphétamines, propoxyphène, barbituriques, cocaïne). 4 salariés sur 10 affectés à un poste de sûreté/sécurité étaient consommateurs. Certains d'entre eux ont expliqué la nécessité de se servir de ces substances comme d'une « béquille ».

Le workaholism vu précédemment, entre également dans ce chapitre.

III. F. La loi

Dans certains cas, la loi offre des moyens de défense contre les situations de souffrance psychique en lien avec le travail. Par exemple, l'article L 231-8-1 du Code du travail qui définit le droit de retrait : « aucune sanction, aucune retenue de salaire ne peut être prise à l'encontre d'un salarié ou d'un groupe de salariés qui se sont retirés d'une situation de travail, dont ils avaient un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave ou imminent pour la vie ou la santé de chacun d'eux ». Cet article confère au salarié un espace de liberté dans le champ de la subordination lui permettant de protéger son intégrité physique et mentale.

III. H. Les stratégies collectives de défense : concept de psychodynamique du travail

Selon les travaux de Dejours, tout travail crée de la souffrance et de la peur, chez des salariés confrontés aux pénibilités et aux risques d'une part, aux adaptations nécessaires pour parvenir à répondre à la prescription d'autre part.

Pour se défendre de cette souffrance et cette peur, les salariés déploient des stratégies (inconscientes) de défense, individuelles (cf. chapitre précédent) et/ou collectives. Ces stratégies ont pour but de réduire le niveau ressenti de cette souffrance (20).

Collectif vient du latin *collectivus*, de *colligere*, recueillir ; c'est « ce qui concerne un groupe et présente des caractères appartenant spécifiquement au groupe et non aux individus ». (Larousse)

III. H. 1. Qu'est-ce qu'un collectif de travail ?

Un collectif de travail est un lieu où se construit une coopération. Dejours décrit une coopération comme « les liens que construisent entre eux les agents en vue de réaliser, volontairement une œuvre commune ».

Les collègues de travail ne forment pas forcément un collectif. Un collectif naît donc au travers de la réalisation d'un travail commun et d'une reconnaissance mutuelle basée sur la confiance.

Le collectif est l'une des dimensions qui va permettre d'asseoir l'identité au travail, fusion de l'identité personnelle et de l'identité collective de métier. La notion de construction renvoie à la difficulté pour y parvenir, à une lutte contre les contraintes internes ou externes. La notion d'œuvre montre l'enjeu, le sens commun, partagé que prend le travail, vers un accomplissement de soi dans le respect de ses valeurs.

Selon Dejours, les conditions de construction des liens de coopération nécessaires à l'élaboration d'une œuvre commune sont :

- La visibilité
- La confiance
- Les principes éthiques
- Les règles morales
- L'espace de discussion

III. H. 2. La notion de règles de métier.

Il s'agit d'un élément important en psychodynamique du travail pour comprendre le travail en collectif. L'organisation du travail donne la prescription du travail : analyse, limites, division des tâches ; le collectif répond par une synthèse, par des inventions et par la réunion de tout ce qui transforme la prescription en travail réel. Les règles de collectif s'inscrivent donc dans l'écart entre le prescrit et le réel.

Les salariés doivent collaborer pour atteindre l'objectif prescrit, sans que les règles de la collaboration soient clairement édictées par l'organisation.

Pour faciliter la coopération, l'encadrement devrait reconnaître les limites de l'organisation du travail et le bénéfice de la coopération qui permettent que le travail soit réalisé. Il devrait autoriser la discussion, la pensée pour permettre l'intelligence collective.

D'après Gonik (45), les collectifs de travail établissent des règles qui se différencient comme suit :

- règles techniques, qui concernent comme leur nom l'indique la technique de travail ;
- règles langagières, dont le but est de communiquer plus efficacement ;
- règles sociales, c'est-à-dire tenant compte des us et coutumes ;
- règles éthiques, qui correspondent aux valeurs communes confrontées au réel ;
- règles défensives, qui proviennent de la nécessité de devoir nier inconsciemment une réalité, afin de mieux la supporter.

III. H. 3. Souffrance psychique au travail et défense du collectif

La psychodynamique du travail a développé le concept de stratégies collectives de défense.

« Les défenses fonctionnent pour une bonne part à l'insu même de ceux qui les mettent en œuvre. On peut les qualifier de défenses "inconscientes" (= "impensées"). Elles supposent une intelligence individuelle (imagination) et l'intelligence collective (coopération), elles sont une construction humaine qui suppose une intentionnalité. La défense vise la protection contre la souffrance psychique engendrée par les effets délétères du travail sur la santé mentale. Rôle conservateur vis-à-vis du fonctionnement psychique et de la personnalité, mais aussi vis-à-vis de la contrainte. Au maximum, une défense agit comme un anesthésique et permet au sujet d'ignorer sa souffrance et d'en négliger les causes, même si cela se fait au prix d'une distorsion de son propre fonctionnement psychique, voire d'aménagements psychiques coûteux imposés aux proches. Une fois sa défense construite, le sujet "équilibré" cherche à protéger cette économie de toute perturbation qui viendrait la déstabiliser. C'est pourquoi il a tendance à opposer une réticence à toute transformation des contraintes de travail, même lorsque cette dernière pourrait, en fin de compte se révéler favorable à sa santé (3). » Cela définit l'essentiel de la « résistance au changement ».

La souffrance est strictement individuelle, et n'existe pas au niveau collectif. En dépit de la singularité de chaque sujet et de chaque souffrance, plusieurs sujets sont capables de coopérer pour constituer des défenses communes contre la souffrance de chaque individu. « Elles sont produites (pas toujours d'ailleurs car cette production ne relève pas d'un mécanisme) par le truchement d'un processus qui suppose une coopération intentionnelle entre les sujets. Et ces conduites collectives sont notoirement différentes de la sommation de conduites individuelles. Dans ces conduites intentionnelles, les aspects concrets sont conscients, mais le sens est méconnu des agents ». Ces règles défensives ne sont jamais prescrites par le haut. Ce sont au contraire les salariés eux-mêmes, qui mettent en place ces conduites collectives, afin de ne pas penser ce qui les fait souffrir (= mettre en pensées).

Toutes les stratégies de défense vont donc vers la formation d'un déni de perception de la réalité, de ce qui fait souffrir le sujet. Le déni fait obstacle à la capacité de penser ce qu'il faudrait penser pour pouvoir agir et lutter contre ce que l'organisation du travail a de délétère...

« Contre la souffrance de se laisser prendre par le processus d'adhésion à l'idéologie dominante mais sans en être totalement dupe, plusieurs stratégies de défense existent :

- certains – des hommes majoritairement – se spécialisent dans la technique, la réglementation, les calculs de masses salariales, l'élaboration d'outils,
- d'autres – plutôt des femmes – s'orientent vers des missions « réparatrices » d'intégration des calculs, de formation, d'amélioration de conditions de travail.

Mais aussi justifiées soient-elles, ces activités ont en commun de ne pas mettre en débat ce qui pose problème (67) ».

Ces stratégies défensives s'avèrent indispensables dans leur office d'occultation de la réalité génératrice de souffrance issue de la situation de travail.

Par exemple, une stratégie défensive développée par les femmes cadres consiste à « serrer les dents, se taire, assurer qu'il arrive puisque nous avons été reconnues et promues bien que nous soyons "femmes" ».

➤ Comment de telles stratégies se mettent-elles en place ?

Lorsqu'une situation de travail recèle une menace pour l'intégrité physique ou psychique des agents, ceux-ci peuvent mettre en œuvre deux types de réponses (80). Ils peuvent en discuter, élaborer de nouvelles règles, de nouvelles méthodes de travail qui transforment la situation dans le sens d'une meilleure maîtrise de l'élément menaçant. C'est le mode le plus normal : la peur constitue une incitation à la transformation de la situation.

Mais bien souvent, au travail, les salariés sont confrontés à des menaces qui dépassent leurs capacités d'action. Alors, il faut faire avec la peur. On passe alors de la maîtrise du risque à la lutte contre la peur. Deux types de pratiques sont alors développés. D'une part des pratiques de réassurance, de bravade qui mettent en scène la capacité à faire face au risque. Pratiques qui peuvent conduire à s'exposer délibérément au risque afin d'éprouver sa propre virtuosité. D'autre part, un contrôle collectif sur l'expression de la subjectivité de chacun qui concourt à exclure toute parole sur la peur, toute expression de crainte, toute allusion à l'appréhension pourtant légitime face à un danger insuffisamment contrôlé.

Enfin, ces stratégies de défense contre la souffrance se manifestent par la marginalisation et l'exclusion de ceux qui ne s'y conforment pas.

Ces défenses s'appuient sur des structures sociales et psychiques profondément enracinées. Selon Dejours, elles sont liées à la « virilité », c'est-à-dire aux dispositions caractéristiques de l'appartenance au groupe des hommes, pris ici en tant que groupe exerçant une domination sur les femmes : il en serait ainsi même dans des univers majoritairement féminins. La domination virile était la domination sociale exercée, par exemple par le cadre « qui n'a pas peur de prendre ses responsabilités ». Elle permet de dénier ou de supporter la domination

subie, par exemple par l'ouvrier, qui, en affrontant le vide ou en portant de lourdes charges, prouve qu'il n'est ni une « gonzesse », ni un « branleur ».

Les conduites défensives sont nécessaires et efficaces contre la perception de la peur, et la souffrance psychique qui en découle. Sans elles, la peur risquerait de se transformer en panique : le danger en serait considérablement augmenté. Pour pouvoir continuer à travailler, mieux vaut se dire qu'on est assez vigilant pour ne pas tomber, assez fort pour soulever de lourdes charges, assez résistant pour supporter l'exposition à un toxique. Mais ces défenses vont faire obstacle à l'amélioration des conditions de travail. Pour participer activement à cette amélioration, les salariés doivent reconnaître le risque et la pénibilité, donc exprimer la peur et la souffrance. Changer les conditions de travail exige donc de lever les censures défensives, ce qui suppose des modes d'interventions adaptés, d'autant plus qu'il serait catastrophique de diminuer les défenses sans modifier suffisamment les situations de travail (20).

Le meilleur exemple se retrouve dans le bâtiment :

Dans le bâtiment, les risques sont tels que les ouvriers offrent une résistance aux mesures de sécurité prescrites ainsi que des attitudes de mépris du danger qui ne sont que parades (81). Tous ces comportements paradoxaux, loin d'être absurdes, s'articulent en des systèmes cohérents qui visent à contrôler la peur qu'engendrent les dangers du travail. Ce sont les « idéologies défensives de métier ».

De plus, lorsque l'organisation du travail le permet, spontanément s'harmonisent peu à peu préférences individuelles et compétences spécifiques (81). Il s'agit d'une véritable autorégulation de groupe, qui n'est pas sans incidence sur la sécurité. Cette répartition des tâches permet une harmonisation des personnes dans le groupe, par exemple, pour débiter, scier la pierre, il importe de bien s'entendre avec son coéquipier. Harmonisation des hommes et anticipation des tâches permettent à chacun une bonne répartition de ses efforts au long de la journée, de la semaine.

Un métier n'est pas une simple somme de connaissances. Pour chaque métier, on trouve un rapport spécifique au travail, aux outils, aux collègues, aux autres métiers. La langue de métier est le lieu privilégié où ces rapports s'inscrivent et s'articulent (81). En conclusion, on observe un déni de perception du danger chez les ouvriers du bâtiment, et une ignorance de leur propre connaissance positive en matière de sécurité. Cette méconnaissance apparente au niveau des attitudes patentes et des rôles, ne résiste pas à l'analyse des savoir-faire ouvriers : la prudence est complètement intégrée dans des savoir-faire purement techniques en

apparence au point que l'on peut parler de savoir-faire de prudence appris, transmis et adapté par le collectif de travail (81).

Les groupes concernés valorisent l'exhibition de l'endurance, de l'insensibilité à la douleur physique ou morale, au point d'adopter des conduites paradoxales de prise de risque, d'affrontement de la souffrance, et de soumettre les nouveaux venus à des sortes d'initiations. Ces conduites défensives sont évidemment présentes là où le risque est visible. On les rencontre aussi en cas de difficulté permanente à contrôler un process, comme dans la chimie ou le nucléaire, ou face à des activités physiquement pénibles. Mais les attitudes de défense sont loin de ne concerner que les métiers ouvriers ou industriels. La peur de ne pas demeurer compétent est une composante du travail des chercheurs scientifiques, des médecins, des cadres de haut niveau. Avec le « nouveau » management, l'individualisation du travail, l'évaluation serrée, le travail intense, et des moyens de travail souvent insuffisants, la peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas tenir les objectifs, peuvent susciter des attitudes d'hyperactivité, d'hypersociabilité apparente et de conformisme (20).

III. H. 4. La notion d'idéologie collective

Dejours la définit comme « reprise en positif d'une procédure défensive, c'est-à-dire une opération, souvent en dernière instance, qui consiste à ériger ce qui, dans le premier temps psychopathologique est une défense, l'ériger en valeur et la faire fonctionner ensuite comme s'il s'agissait d'une expression d'un désir ».

L'exemple pris par Dejours est celui du sous-prolétariat (3).

Elle a pour but 1°) de masquer, contenir, occulter une anxiété particulièrement grave. 2°) Elles sont spécifiques du groupe qui les a élaborées. Les caractères spécifiques sont à rapporter à la nature de l'organisation du travail. 3°) Elles sont destinées à lutter contre un danger et un risque réel. 4°) Elles doivent obtenir la participation de tous les intéressés. 5°) Elles doivent être dotée d'une certaine cohérence, ce qui suppose des aménagements relativement rigides avec la réalité. 6°) Elles ont toujours un caractère vital, fondamental, nécessaire, et obligatoire (pour supporter la réalité). Elles remplacent les stratégies défensives individuelles. Elles apparaissent dans des situations extrêmes de souffrance, où il n'y a plus d'espace de discussion pour réaménager le rapport à l'organisation du travail d'une part, où le renoncement des agents à toute action d'amélioration se traduit par l'apparition d'une pratique dominante de dénonciation et par l'effort désespéré de maintenir la cohésion des agents entre eux par référence à l'ennemi commun d'autre part.

Bien entendu, ces stratégies ne résolvent pas tout mais existent pour rendre le travail supportable par ceux qui le font.

Cela peut avoir des effets délétères.

Si un accident survient, la gestion individuelle des responsabilités permet de se protéger contre la peur. Ce qui est en cause, ce n'est pas l'organisation du travail, c'est cette personne qui a exagéré, qui s'est montrée maladroite. Les accidentés du travail mobilisent peu la solidarité dans les milieux de travail. « L'interprétation en terme de comportement individuel permet à chacun de lutter contre l'idée que la même chose pourrait lui arriver », explique Davezies (80).

Le traumatisme psychique lié au travail doit pour guérir, entraîner un travail d'intégration, non seulement de la personne victime, au sein de son histoire personnelle, mais également au sein des relations sociales de travail. Or, du fait des stratégies collectives de défense développées par les collectifs de travail, le traumatisme se comporte comme un corps étranger au sein de l'histoire propre, mais aussi au sein des relations sociales nouées autour du travail. Elles constituent un obstacle à la pensée.

La « résistance au changement » vient du fait que le salarié a réussi à trouver une valeur symbolique à son travail qui lui permet de tenir, et ne veut donc pas changer de travail malgré ses risques et son inintérêt, évidents pour quelqu'un qui ne sait pas, de peur d'avoir tout à recommencer sur un autre poste (3).

Il apparaît que pour vaincre la « résistance au changement », inévitablement liée à toutes les stratégies de défense, il faut en passer par la réouverture de la capacité de penser et d'élaborer l'expérience du travail, en particulier l'expérience de la souffrance.

En ce qui concerne la lutte contre la souffrance au travail, une action ne peut être tenue pour rationnelle que si elle est orientée et pensée par ceux-là même qui souffrent (24).

La recherche de stratégie défensive peut aller jusqu'à s'empêcher de penser, anéantir sa pensée, pour ne plus voir le sens du travail, le ressenti des actes, les risques pour la santé.

Le refus de solidarité et de levée des collectifs peut-il être considéré comme une stratégie défensive face à la précarisation de l'emploi, à la peur du licenciement ? Les collègues témoins, au moins se taisent, au pire s'allient contre la « victime » – stratégie collective d'alliance par l'exclusion.

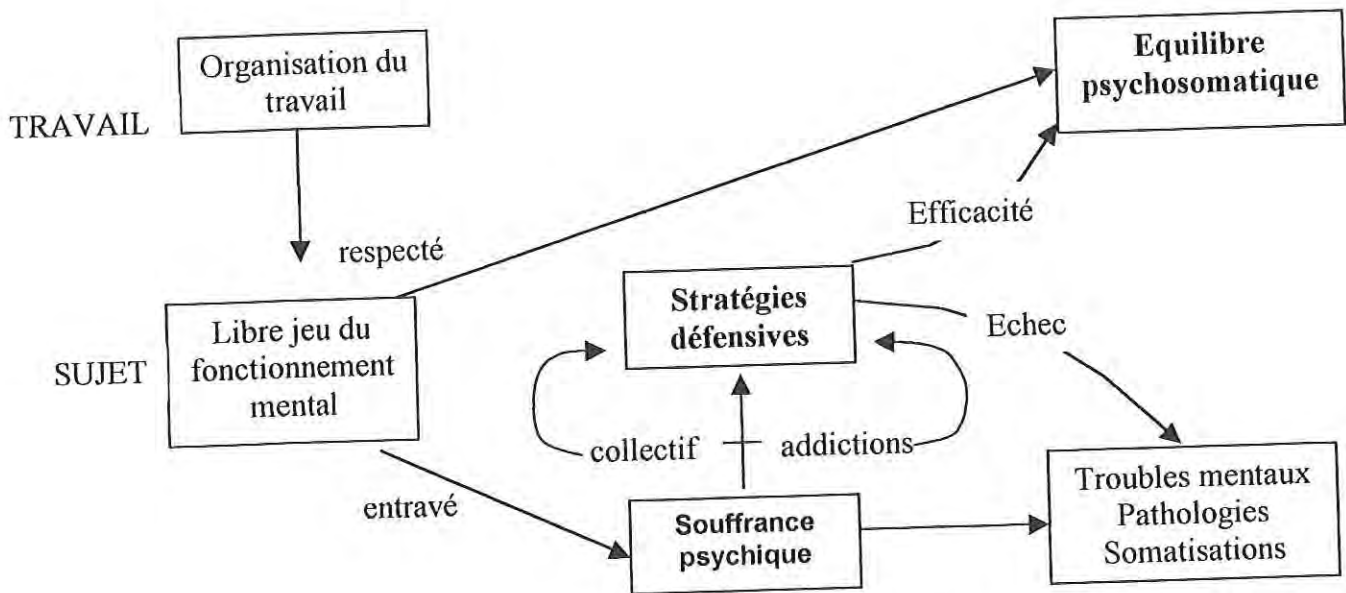


Schéma 5 : Représentation schématique de la place des stratégies défensives dans l'équilibre entre souffrance et plaisir au travail (23)

Selon Sigmund Freud, toute activité psychique se développe à partir d'une fonction corporelle sur laquelle elle s'appuie et dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental. La constitution de l'appareil psychique s'effectue donc, par paliers successifs, en rupture avec sa base biologique, rupture qui le rend autonome par rapport aux lois de la biologie. Mais ce développement s'effectue également au travers des échanges avec autrui (identifications, relations objectales, relations œdipiennes...), ce qui conduit les différentes fonctions psychiques à s'étayer sur le système psycho-familial dans lequel l'enfant grandit. Un autre palier est encore franchi lorsque l'enfant va substituer à ses premiers objets d'amour, des projets sociaux dans lesquels il va s'investir.

Chaque palier est différent du précédent dans la mesure où le corps, la famille, la société sont des éléments hétérogènes qui obéissent chacun à des lois spécifiques. Ils sont cependant influencés par les précédents puisque le fonctionnement de l'appareil psychique est lui-même influencé à chaque étape par les étapes précédentes.

L'appareil psychique se constitue donc sur un axe diachronique : chaque étape opère un remaniement du fonctionnement antérieur et détermine le fonctionnement ultérieur. C'est dire l'importance de l'histoire du sujet pour comprendre ses caractéristiques actuelles.

L'appareil psychique se constitue également dans la synchronie, constamment influencé par l'environnement et les modifications du contexte.

C'est sur les bases des théories de Freud et de la psychanalyse que Dejours développe son approche de l'homme au travail, au sein la psychodynamique du travail. Cette approche

permet le passage d'une représentation individuelle de la santé du sujet à une représentation de l'individu comme faisant partie d'un collectif et se nourrissant de ses relations à autrui. Pour Dejours (5) en effet, les défenses face à la souffrance psychique au travail proviennent d'un « apprentissage » au travers des relations de l'individu qui, de façon inconsciente mais intentionnelle (car il ne veut pas souffrir) va développer ces défenses pour la construction de son identité et de sa santé. Ces défenses reposent sur la « relation entre le sujet et un tiers ».

Le traitement de l'information par le psychisme humain fait appel à des processus de comparaison des objets perçus avec d'autres objets mémorisés dans la mémoire à long terme. Il s'ensuit un processus de classement nommé catégorisation. Cette opération mentale est fondamentale : elle permet d'identifier et de classer les données par une comparaison à un référentiel de données qui présentent des attributs similaires et d'attribuer une signification aux données perçues. Elle fait partie intégrante du processus de perception.

La psychologie sociale s'est beaucoup intéressée aux différences intercatégorielles qui aboutissent à des processus de discrimination et aux similitudes intracatégorielles qui débouchent sur les stéréotypes sociaux. La catégorisation est un processus cognitif de base qui organise et structure la perception du monde physique et social (70).

Aubert et de Gaulejac (34) ont décrit les systèmes de défense collectifs contre l'anxiété au sein d'une organisation de travail. « Il existe une articulation entre les processus psychiques et les processus sociaux ».

1°) Les mécanismes psychiques mobilisés sont semblables pour la majorité des individus qui composent une organisation de travail. Le mode de défense le plus commun contre l'anxiété est de projeter la menace interne à l'extérieur. La nature de l'angoisse et le mode de défense sont partagés et vécus en commun. C'est donc le caractère collectif de ce fonctionnement psychique individuel qui en fait un système.

2°) Le mode de fonctionnement produit par ces processus psychiques est institutionnalisé dans des règles ou des normes. En fait, le mode de fonctionnement répond à une double nécessité à la fois psychique et organisationnelle. Aubert et de Gaulejac donnent l'exemple de l'officier en second d'un navire qui est responsable malgré lui de bien des choses qui vont mal. Cet état de fait, accepté par lui-même et par l'inconscient des personnes de l'équipage, protège la hiérarchie de la mutinerie, et ce rôle « masochiste » est admis par tous comme normal. L'inconscient est rassuré : la hiérarchie est intouchable et idéalisée d'une part, les tensions qui s'accroissent sont projetées sur cet officier qui accepte sans murmure

d'endosser les reproches et les dysfonctionnements d'autre part. « Il y a production d'un système qui s'insère entre les individus et l'organisation, et qui "branche" des éléments psychiques (l'angoisse, le désir, les mécanismes de défense), sur des éléments organisationnels (la chaîne, la cadence, la machine, la technique...) Ce processus peut être généré, soit par des situations de travail qui provoquent des mobilisations psychiques défensives alimentant le processus de production, soit par des motivations psychiques qui cherchent à se réaliser dans des professions particulières ayant besoin de cette "passion" pour imposer leurs exigences techniques. Mais quoi qu'il en soit, « le processus devient **système** lorsque le bouclage s'opère entre l'organisation mentale et l'organisation organisationnelle. Chaque élément du système étant alimenté et alimentant les autres dans un mouvement circulaire et interactif ».

Aubert et de Gaulejac introduisent la notion de « système psychique organisationnel » qui rassemble en un tout cohérent les processus qui relient, d'une part l'appareil psychique des individus composant une organisation et, d'autre part, les dispositifs, les politiques, les procédures que l'organisation a mis en place pour remplir ses objectifs.

Les organisations ont un mode de fonctionnement dominant qui sollicite un certain type de personnalité et un mode de fonctionnement psychique particulier. En ce sens, on peut dire que les organisations cherchent à produire un certain type d'individu, à le façonner à leur image, à l'adapter à leurs exigences. Les entreprises hiérarchiques de type taylorien cherchent à produire des individus obéissants, respectueux de l'autorité et des règles. Par contre, les entreprises managériales cherchent à produire des individus motivés par la réussite professionnelle, la recherche de la performance, l'initiative individuelle.

Mais les individus investissent les organisations du travail à partir et en fonction de leur propre fonctionnement psychique. Ils cherchent à adapter les entreprises à leurs propres désirs. Ils inventent des règles, des procédures, autant d'expressions de leur investissement psychologique.

« Les organisations produisent les personnalités dont elles ont besoin et les individus façonnet les organisations pour les adapter à leurs besoins (34) ».

Il s'agit donc d'un système co-construit dans la mesure où il est le produit d'une part d'un mode de fonctionnement organisationnel conçu en fonction de nécessités économiques, technologiques, culturelles, sociales, et d'autre part d'un mode de fonctionnement psychique produit par l'histoire psychosexuelle et psychosociale des sujets.

Il s'agit également d'un système collectif dans la mesure où il est l'expression d'un certain type de fonctionnement psychique partagé par l'ensemble des individus qui le composent.

Chaque individu est invité à s'adapter à ce mode de fonctionnement, à le nourrir de ses propres investissements, à le modifier en fonction des transformations de l'environnement.

Une fois installé, le système psychique organisationnel devient partiellement autonome. De système produit, il devient producteur, au sens où il tend à influencer le fonctionnement psychique des employés et le fonctionnement de l'organisation.

Le système psychique organisationnel représente d'une part ce qui est en commun à l'ensemble des appareils psychiques individuels. En ce sens, c'est une production psychique collective. D'autre part, il fait partie du fonctionnement de l'organisation et s'impose aux individus qui la composent en les obligeant et en les incitant à penser et à se comporter d'une certaine façon. En ce sens, c'est une production organisationnelle.

« Le système cherche ensuite à se maintenir en mettant en œuvre des processus de régulation pour résister aux éléments qui viennent perturber son équilibre. Une fois installé, le système produit lui-même les différents éléments qui assurent sa consolidation, ce qui entraîne une série de conséquences :

1. Il acquiert une certaine autonomie par rapport à l'organisation et aux individus. Il tend à se reproduire en l'état, quand bien même l'organisation est amenée à se transformer du fait de l'évolution de son environnement.
2. Les individus nouvellement intégrés dans l'organisation sont amenés à calquer leur fonctionnement personnel sur le système psychique organisationnel. Ils sont sollicités pour se conformer à ce mode d'être, de penser et d'agir, invités à s'identifier aux modèles proposés, à intérioriser le système de valeurs, à ajuster leur comportement aux règles et aux procédures, à incorporer les habitus de l'organisation. Au niveau inconscient, la satisfaction des désirs et l'efficacité des mécanismes de défense nécessitent un "coulage/moulage" psychique sur les processus mis en œuvre par le système.
3. Produit par l'organisation et les individus qui la composent, le système psychique organisationnel devient producteur de ce qui l'a produit (...): il contribue à façonner le mode de fonctionnement psychique des agents de l'organisation ; de même, il influence le mode de fonctionnement de l'organisation ».

C'est l'existence d'un système psychique organisationnel qui permet de comprendre les résistances aux changements lorsque les transformations proposées semblent « objectivement » aller dans le sens des intérêts du personnel. Toute modification du système

ne remet pas seulement en question des procédures ou des modes d'organisation du travail. Elle nécessite une adaptation psychologique qui heurte l'équilibre que les individus ont appris à trouver dans le mode de fonctionnement antérieur.

IV. Etude d'une population

IV. A. Objectifs

Le service de Consultation de Pathologie Professionnelle (C.P.P.) du Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes reçoit en consultation, par l'intermédiaire d'un médecin psychiatre ou du Médecin inspecteur du travail et de la Main d'œuvre des Pays-de-Loire, des patients, adressés la plupart du temps par leur médecin du travail, pour une souffrance psychique en lien avec leur travail. Notre étude a rassemblé des dossiers établis dans cette activité entre 1999 et 2002. La psychiatrie représentait 8 % des consultations du service en 2002.

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer le devenir des salariés vus en consultation, 6 mois à 2 ans après, sur les plans médical et socio-professionnel. Il s'agissait d'apprécier le degré de souffrance psychique de ces patients, de savoir comment ils quittaient leur emploi, s'ils le quittaient, de connaître la proportion de ceux qui allaient retrouver du travail. Ces données pourraient être comparées selon le secteur d'activité, le temps d'arrêt de travail et l'ancienneté dans l'entreprise. Enfin, l'un des buts de l'enquête était d'évaluer l'état de santé psychique des salariés, à l'aide de deux échelles : l'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.) et le G.H.Q.-12.

IV. B. Méthode

IV. B. 1. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective par questionnaire.

IV. B. 2. Population

Les patients vus en Consultation de Pathologie professionnelle (C.P.P.) du C.H.U. de Nantes du 1^{er} Janvier 1999 au 31 juillet 2002 étaient éligibles pour l'étude.

Critères d'inclusion : tous les patients consultant pour une souffrance psychique, comme définie aux chapitres I.C.1 et I.C.2., en lien avec leur travail. Le lien était nécessaire et était retrouvé dans les compte-rendus des consultations.

Critères d'exclusion :

- Patients souffrant d'une pathologie bipolaire connue et traitée depuis longtemps, adressés en C.P.P. pour un avis sur l'aptitude au travail exercé
- Patients atteints de troubles de l'humeur liés à des événements personnels prédominant dans la genèse de la souffrance, adressés pour avis d'aptitude au poste de travail
- Patients dont le dossier était incomplet (renseignements cliniques partiels sur les signes de décompensation ou sur les origines de la souffrance).

IV. B. 3. Mesures et recueil de données

IV. B. 3. a. Variables recueillies

Dans le dossier :

- Les caractéristiques démographiques des patients : âge, sexe
- Les caractéristiques de la souffrance : durée, élément déclenchant, qualification de la personne en cause, signes cliniques
- Les caractéristiques de l'emploi du patient : ancienneté au poste, secteur d'activité, poste exercé

Dans le questionnaire (cf. annexe 6) :

- Les caractéristiques de l'emploi du patient lors de la consultation en C.P.P. : employeur, secteur d'activité de l'entreprise, statut de l'entreprise, nombre de salariés dans l'entreprise et dans l'atelier ou service,
- Les données relatives à l'arrêt de l'activité professionnelle : modalités de fin d'emploi (inaptitude, démission, licenciement, changement de poste, autres), même problème avec d'autres personnes dans l'entreprise
- Les données relatives à la prise en charge : décision de consulter, hospitalisation, prise de médicaments, suivi en cours, arrêts de travail et durée des arrêts, soutien des tiers

- Les données relatives à la demande de réparation : saisine des prud'hommes, tribunaux pénal et/ou administratif
- Les caractéristiques de la reprise du travail ou de l'absence de reprise et du nouvel emploi : employeur, secteur d'activité de l'entreprise, poste de travail, nombre de salariés
- Les données concernant l'état de santé psychique des patients au moment de l'enquête : Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.) visant à évaluer l'état de bien-être ou de mal-être psychique des patients en les faisant mettre un trait entre zéro (« je vais très bien ») et dix (« je vais très mal »), le General Health Questionnaire dans sa version à 12 items (G.H.Q.-12).

IV. B. 3. b. Circuit des données

Les données de l'étude ont été recueillies d'une part dans les dossiers médicaux, d'autre part, à l'aide d'un questionnaire rédigé par nous-mêmes (annexe 6). Ce questionnaire a été envoyé par courrier au domicile des patients, l'adresse étant fournie par les dossiers médicaux.

Les questionnaires ont été envoyés par la poste au départ du C.H.U. dans une enveloppe à entête de l'hôpital de Nantes, fin octobre 2002. Ils étaient accompagnés d'une lettre d'information signée par les docteurs Touranchet et Papon (annexe 7) ainsi que d'une enveloppe timbrée à l'adresse du service de C.P.P. afin de leur permettre de nous retourner les questionnaires remplis. Deux lettres de rappel ont été envoyées en joignant un nouvel exemplaire du questionnaire vierge, le premier en novembre 2002, le second en février 2003.

Les questionnaires reçus ont été numérotés selon leur ordre de retour, respectant ainsi l'anonymat et la confidentialité des données.

Les patients dont les questionnaires étaient incomplets ont été joints par téléphone, dans la mesure où ils nous y avaient autorisé, afin de fournir les données manquantes.

Si le G.H.Q.-12 n'était que partiellement rempli, les patients ont été joints par téléphone afin de leur expliquer les modalités de réponses attendues, puis un nouvel exemplaire du test vierge leur a été adressé, accompagné d'un courrier explicatif.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel EpiInfo version 6.04.

IV. B. 4. Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel EpiInfo version 6.04.

Dans un premier temps, les consultants « répondants » (ayant répondu) et les consultants « non-répondants » (n'ayant pas répondu) ont été comparés selon leur âge, leur sexe et leur emploi au moment de la survenue de la souffrance psychique. Les tests ont été réalisés en bilatéral, le risque alpha étant fixé à 5 %. Les variables quantitatives ont été comparées par le test t de Student. Les proportions ont été comparées par le test du χ^2 .

Dans un second temps, l'analyse a concerné uniquement les consultants ayant renseigné le questionnaire.

Une analyse descriptive de l'ensemble des variables recueillies a été réalisée. Les variables quantitatives ont été décrites par l'estimation de la moyenne, le minimum, le maximum et l'écart-type. Elles ont été décrites par la médiane quand les données étaient très dispersées. Les distributions des variables qualitatives ont été décrites par l'estimation des proportions.

Les consultants ayant repris le travail et ceux n'ayant pas repris le travail ont été comparés afin de déterminer si ces deux populations étaient différentes et afin d'identifier les facteurs associés à la reprise du travail. Les variables quantitatives ont été comparées par le test t de Student dans les conditions de normalité et par le test de Mann-Whitney sur les données rangées le cas échéant. Les variables qualitatives ont été comparées par le test du χ^2 .

Les deux données E.V.A. et G.H.Q.-12 évaluant la santé psychique des « répondants » ont été croisées avec d'autres variables afin d'identifier les facteurs influençant l'état psychique des patients souffrant de leur travail et plus précisément chez ceux qui ont repris une activité professionnelle. Les comparaisons ont été réalisées dans les conditions décrites ci-dessus.

IV. C. Résultats

IV. C. 1. Population

Du 1^{er} janvier 1999 au 31 juillet 2002, 172 patients ont consulté en C.P.P. pour souffrance psychique en lien avec le travail, avec des degrés différents de cette souffrance (du simple conflit au harcèlement moral avéré).

N'ont pas été inclus dans l'étude :

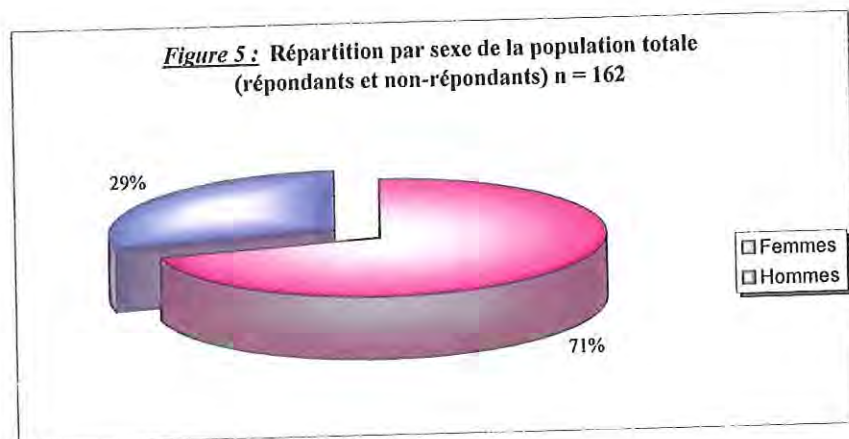
- Les patients atteints d'une pathologie bipolaire (n = 3)
- Les patients atteints de troubles de l'humeur liés à des événements personnels (n = 3)
- Les patients dont les dossiers étaient incomplets (n = 4).

Au total, 162 patients ont été inclus.

IV. C. 2. Description de l'échantillon

Sur la totalité des patients inclus, 113 ont renseigné le questionnaire envoyé par la poste (soient 69,7 %).

Notre population est composée de 162 personnes : 115 femmes (71 %) et 47 hommes (29 %).



IV. C. 2. a. Les données du questionnaire : description des consultants répondants

➤ Question 3 : statut de l'entreprise

Statut de l'entreprise		Répondants n = 112	Non répondants n = 40	
Entreprise privée } Association	Secteur privé	62,5 %	70 %	82,5
		17,9 %	12,5 %	
Entreprise publique } Administration	Secteur public	7,1 %	7,5 %	17,5
		12,5 %	10 %	

ns

80,4 % des salariés répondants sont du secteur privé. La population de non répondants n'est pas différente.

➤ **Questions 4 et 5 : nombre de salariés dans l'entreprise et dans le service ou l'atelier**

Nombre de salariés dans l'entreprise	Répondants n = 101	Non répondants n = 21
1 à 10	20,8 %	47,6 %
11 à 50	25,7 %	19,1 %
51 à 300	24,8 %	19,1 %
> 300 salariés	28,7 %	14,2 %

ns

Nombre de salariés dans le service ou l'atelier	Répondants n = 108
1	15,7 %
2 à 10	48,1 %
10 à 50	32,4 %
> 50 salariés	3,7 %

53,5 % des entreprises étaient des entreprises de plus de 50 personnes. 63,8 % des patients travaillaient dans un service ou un atelier de moins de 10 personnes.

➤ **Question 6 : décision de consulter pour souffrance psychique**

Le motif de décision de la première consultation a été renseigné dans 107 dossiers. Les consultants se disaient principalement « victimes » de harcèlement (29% des cas) ou souffrant d'une dépression (17,8 %) ou adressés par leur médecin, traitant ou du travail (22,4 %).

Motif de décision	Effectif n = 107	Proportion (%)
Harcèlement (auto-désignation)	31	29
Médecin	24	22,4
Syndrome dépressif	19	17,8
Problème organisationnel	14	13,1
Stress, surmenage, burnout	7	6,5
Plainte somatique	7	6,5
Violence, agression, conflit	5	4,7

➤ Questions 8, 12, 17, 19 : prise en charge médicale et arrêts de travail

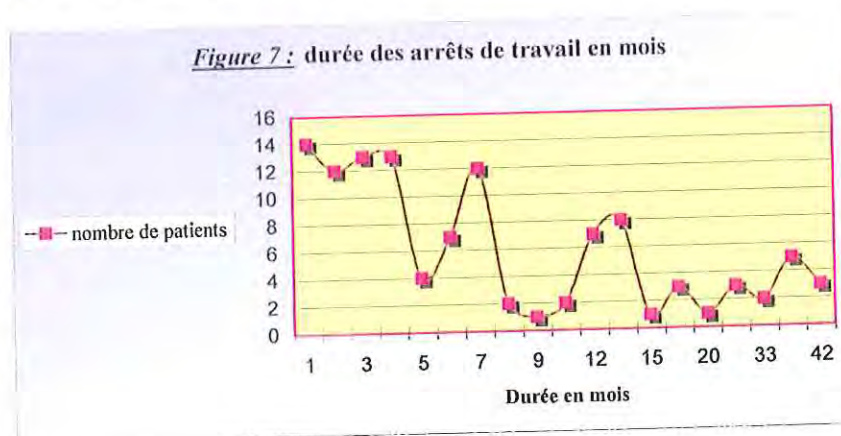
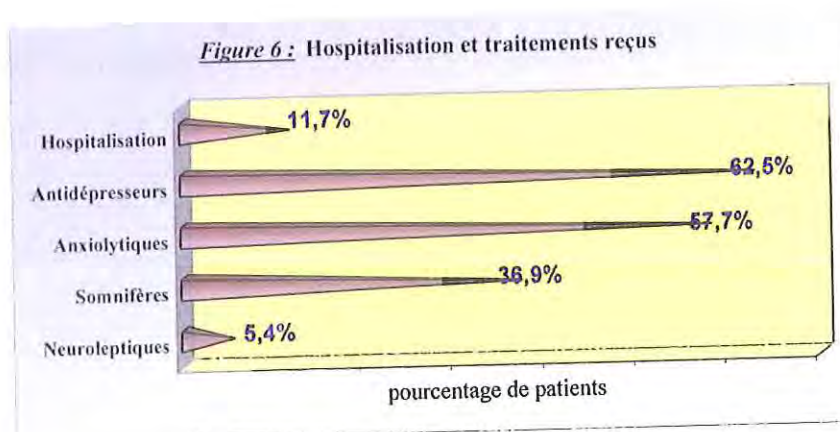
Une hospitalisation a été nécessaire pour 11,7 % des consultants enquêtés.

Au moment de la réalisation de l'étude, 35,1 % prenaient des médicaments pour cette pathologie. Ces

proportions ne varient pas selon l'année de la consultation.

62,5 % des patients avaient pris des antidépresseurs et/ou 57,7 % des anxiolytiques.

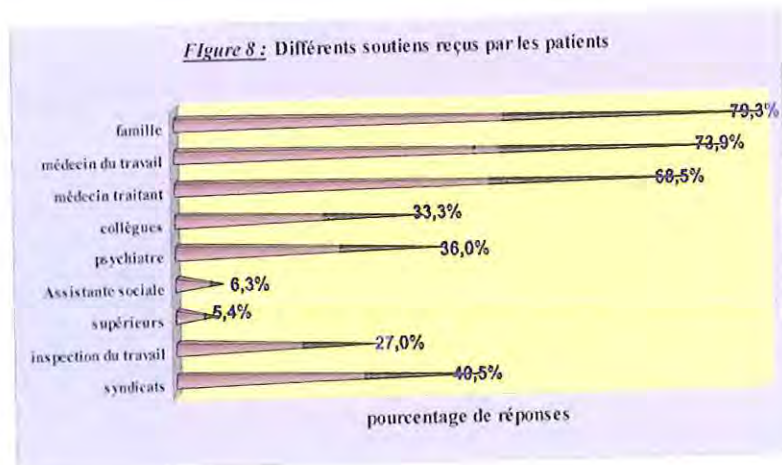
109 patients ont renseigné la question concernant la durée cumulée des arrêts de travail. Elle était supérieure à 135 jours pour la moitié des consultants (moyenne = 210 j +/- 239 ; minimum = 0 ; maximum = 1277).



➤ Questions 14 et 30 : soutiens (n = 111).

Soutien de la part de :	Effectif (n = 111)	Proportion (%)
Famille	88	79,3
Médecin traitant	82	73,9
Médecin du travail	76	68,5
Syndicats	45	40,5
Psychiatre	40	36
Collègues	37	33,3
Inspection du travail	30	27
Assistante sociale	7	6,3
Supérieurs	6	5,4

Dans cette situation de souffrance psychique, les consultants avaient bénéficié d'un soutien essentiellement de la part de leur famille et des médecins traitant et du travail. On note également la faible proportion de soutien des collègues, témoins silencieux.



➤ **Question 8 : suivi en cours (n = 111)**

Au moment de la réalisation de l'enquête, 36% des répondants étaient suivis pour un problème de souffrance.

Il n'y a pas de différence entre les années concernant la proportion de personnes toujours suivies médicalement au moment du questionnaire. Il semble qu'une partie de la population en souffrance ne « guérisse » pas (recul de 6 mois à trois ans).

Année	1999		2000		2001		2002		total	
Toujours suivi	7	36,8 %	4	18,2 %	16	38,1 %	13	46,4 %	40	36,1 %
Suivi arrêté	12	63,2 %	18	81,8 %	26	61,9 %	15	53,6 %	71	63,9 %

➤ **Question 16 : même problème avec d'autres salariés de l'entreprise (n = 110)**

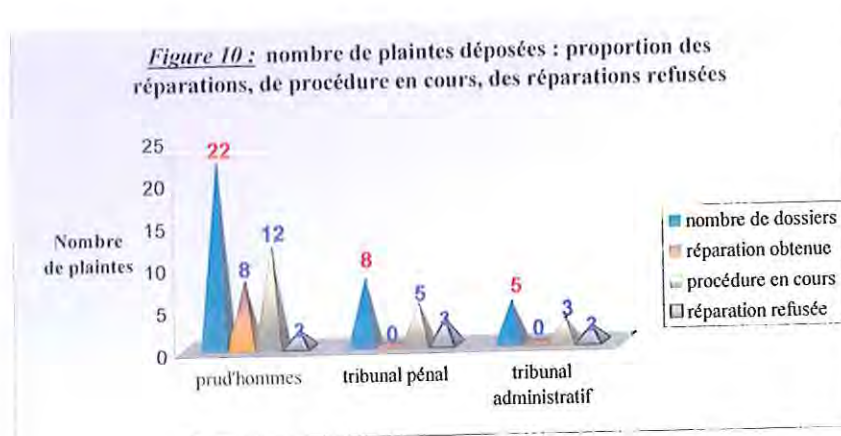
Parmi les consultants interrogés, 95 (soient 86,4 %) déclarent avoir eu connaissance de collègues vivant les mêmes problèmes.

➤ **Question 13 : fin de l'emploi (n = 111)**

Les répondants ont finalement quitté l'emploi dans 77,7 % des cas. Ils ont été licenciés dans 63,9 % des cas (dont 77,4 % pour inaptitude). Ils étaient déclarés inaptes dans 54 % des cas ; 19,3 % ont changé de poste et 7,2 % ont démissionné.

Ces proportions sont différentes en fonction du statut de l'entreprise, étant donné que l'inaptitude se rencontre essentiellement dans le secteur privé, et que le changement de service se retrouve principalement dans le secteur public (problème de différence de statut et de contrat de travail).

➤ **Questions 20 et 21 : plainte et réparation (n = 111)**



Plainte aux prud'hommes : 22 soit 19,8 % : 12 procédures en cours, 2 échecs

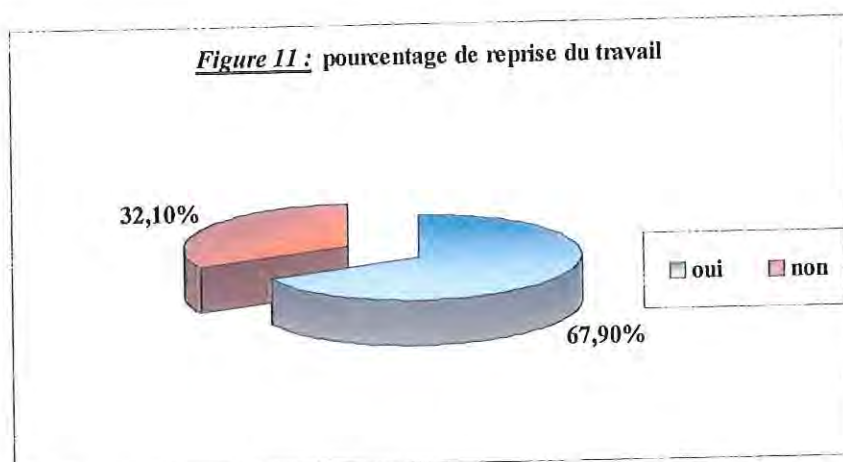
Plainte pénale : 8 soit 7,2 % : 3 échecs, 5 procédures en cours

Tribunal administratif : 5 soit 4,5 % : 2 échecs, 3 procédures en cours

Au total, la proportion de salariés portant plainte est faible (27 % des cas), notamment auprès des tribunaux pénal et administratif.

➤ **Question 22 : reprise du travail ou d'un travail (n = 112)**

67,9 % des patients vont reprendre leur poste ou retrouver un travail dans une autre entreprise.



➤ **Questions 23, 24, 25, 26, 27 : après la reprise : secteur d'activité, statut**

Statut de l'entreprise	Nombre de reprise n = 70	Pourcentage
Entreprise privée	37	52,8 %
Association	13	18,7 %
Entreprise publique	9	12,8 %
Administration	11	15,7 %

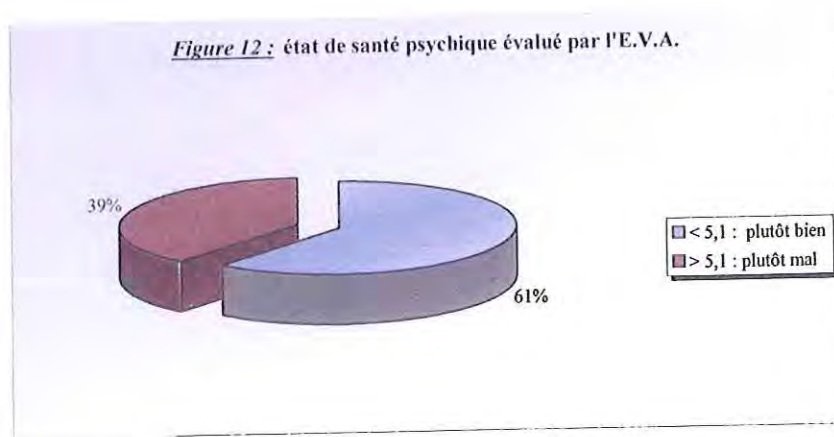
Après la reprise du travail, les secteurs public et privé sont représentés comme avant.

➤ **Profession (n = 111)**

	Après	Employés	Ouvriers	Cadres	Apprentis stagiaires	Chômeurs retraités	Total
<i>Avant</i>							
Employés	49	2	5	2	22	80	
Ouvriers	0	10	1	0	2	13	
Cadres	4	1	2	1	9	17	
A. / st.	0	0	0	0	1	1	

Notre population était composée de 72 % d'employés, 11,7 % d'ouvriers et 15,3 % de cadres. Ceux qui étaient ouvriers resteront ouvriers. Les plus nombreux à être au chômage ensuite sont les cadres avec 52,9 %, contre 27,5 % chez les employés et 15,4 % pour les ouvriers.

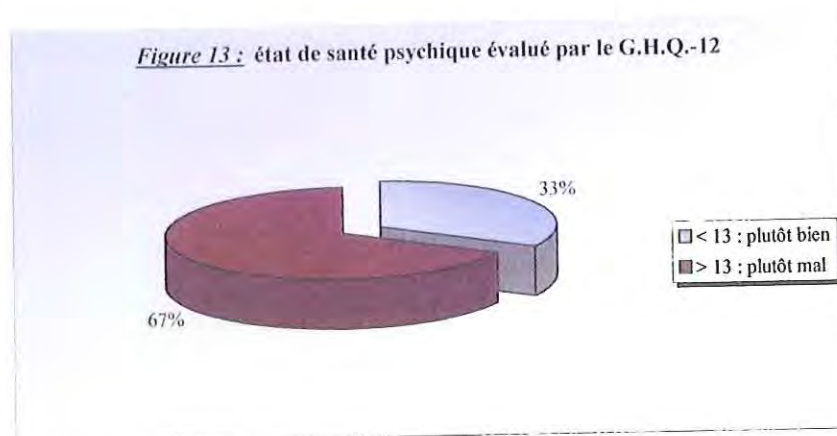
➤ **Question 31 : Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.)**



N = 109 ; moyenne = 4,43 +/- 2,81 ; médiane = 4,7 ; variance = 7,88.

61 % (67 sur 109) des patients ont une E.V.A. < à 5,1. Deux-tiers des personnes vont plutôt bien. On considère que les salariés vont plutôt bien lorsque l'E.V.A. est strictement inférieure à 5,1

➤ **Question 32 : G.H.Q.-12**



N = 109 ; moyenne = 18,61 +/- 9,95 ; médiane = 17,0 ; variance = 99

33 % (36 sur 109) ont un G.H.Q.-12 < à 13. Un tiers des personnes va plutôt bien. Vont plutôt bien les patients dont le G.H.Q.-12 est strictement inférieur à 13.

➤ Question 33 : commentaires

Parmi les 113 répondants, environ deux tiers ont souhaité écrire quelques commentaires libres sur leur vécu. Les thèmes les plus fréquemment rencontrés sont :

- la fragilité augmentée avec perte de confiance en soi, vécue comme une séquelle (27 fois décrite)
- le besoin de parler de sa souffrance à chaque occasion (20 fois décrit)
- les remerciements d'avoir fait une étude de devenir (24 fois écrits)
- le sentiment d'être détruit, de ne plus être la même personne (11 fois)

Il existe ensuite une grande proportion de commentaires concernant l'injustice, l'incompréhension, la colère, le dégoût que ces pratiques au travail inspirent.

Beaucoup sont « déçus d'avoir vécu cela en fin de carrière », certains culpabilisent encore « d'avoir permis ces agissements »

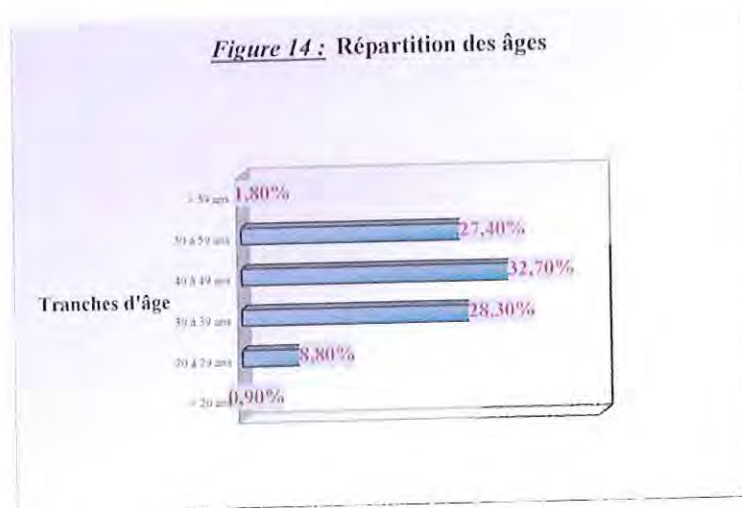
Enfin, 6 personnes disent que tout va bien et 3 sont heureuses d'avoir été licenciées via l'inaptitude. 6 décrivent un arrêt des pratiques de harcèlement moral du jour au lendemain après l'intervention soit de l'inspection du travail, soit d'un supérieur, soit d'un médecin du travail. Mais d'autres confient que « rien n'a changé », que « la hiérarchie refuse d'entendre la souffrance du personnel ».

IV. C. 2. b. Les données du dossier médical concernant les consultants répondants

➤ Age

L'âge moyen des consultants répondants était de 42,6 ans (médiane = 44 ; minimum = 19, maximum = 62, écart-type = 9,4), celui des non-répondants était de 38,8 ans (médiane = 39,5 ; minimum = 19 ans, maximum = 55 ans, écart-type = 9,6).

La tranche d'âge la plus importante est celle des 50-54 ans avec 22,1 % de notre population.



➤ **Sexe (n = 113)**

72,6 % des répondants sont des femmes.

➤ **Nombre de patients par année**

C.P.P.					
Année	1999	2000	2001	2002	Total
Nombre	33	31	57	41	162

➤ **Secteur d'activité**

Secteur d'activité de l'entreprise (code NAF)	Répondants n = 113	Non-répondants n = 38
Santé social	27,5 %	28,9 %
Administrations	22,3 %	18,4 %
Commerce	17,8 %	18,4 %
Construction	13,4 %	10,5 %
Industries	8,1 %	7,9 %
Association	5,3 %	5,2 %
Fabrication	3,7 %	10,5 %
Transports	1,9 %	0

ns

Les secteurs d'activité professionnelle les plus représentés sont :

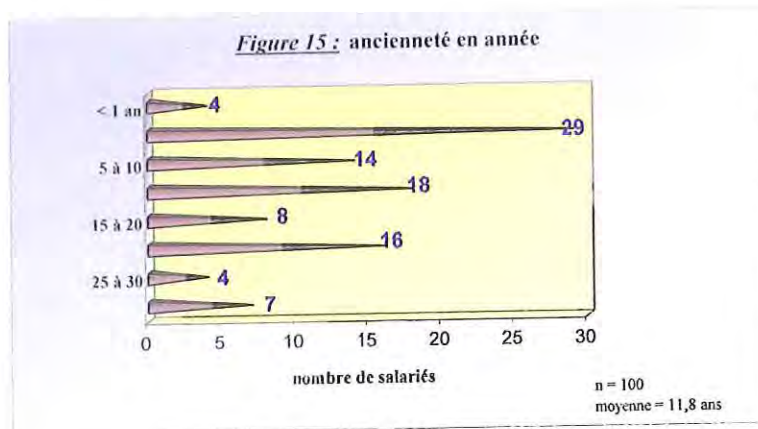
- Le secteur santé, action sociale et éducation (27,4 %)
- Les services dont l'administration publique (22,2 %)

- Le secteur du commerce (17,7 %)
- Le secteur de la construction (13,3 %)
- Toutes les industries (alimentaire, métallurgique, textile, chimique, etc.) réunies ne dépassent pas 12,6 %.

Tous les secteurs d'activité sont par ailleurs représentés.

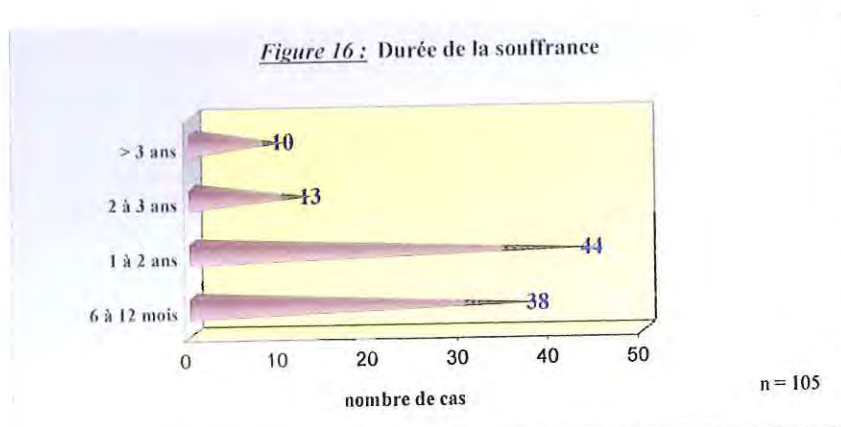
➤ Ancienneté dans l'entreprise (n = 100)

L'ancienneté moyenne est de 11,8 ans +/- 9,4 ; minimum = 6 mois ; maximum = 36 ans, la médiane est de 10 ans.



➤ Durée de la souffrance (n = 105)

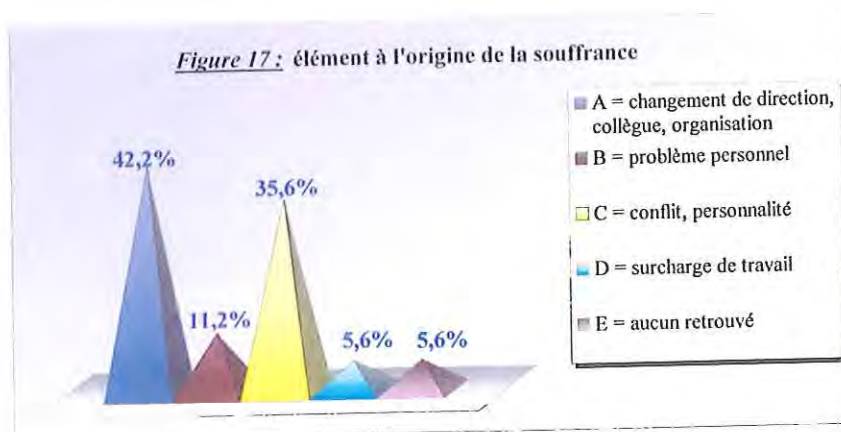
La durée moyenne de la souffrance est de 21 mois +/- 12 ; minimum = 6 mois ; maximum = 60 mois ; la médiane est à 19 mois.



➤ **Élément déclenchant n = 90**

	Effectif	Proportion (%)
A	38	42,2
B	10	11
C	32	35,6
D	5	5,6
E	5	5,6

A : changement de direction, patron, collègue, organisation
 B : problème personnel (arrêt maladie, grossesse)
 C : conflit de travail, de personnalité
 D : Surcharge de travail, stress
 E : aucun retrouvé



Les deux éléments les plus fréquemment rencontrés sont : 1°) une modification soit des personnes, soit des

tâches, soit de l'organisation ; 2°) un conflit soit d'intérêt, soit de personne.

➤ **Personnes à l'origine de la souffrance (n = 107)**

	Effectif	Proportion (%)
Supérieurs	94	87,8
Collègues	20	18,6
« Système »	21	19,6

Supérieurs directs : 61 soit 57 %

Supérieurs indirects : 2 soit 1,9 %

Collègues : 6 soit 5,6 %

« Système » : 7 soit 6,5 %

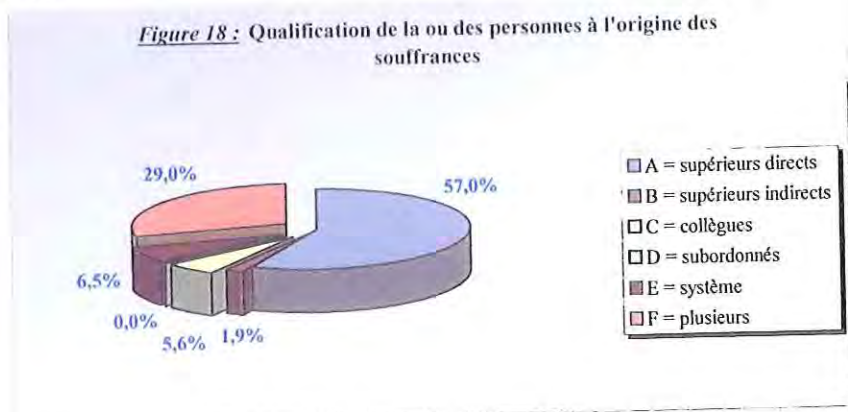
Plusieurs : 31 soit 29 %

Soit :

Supérieurs = 94 soit 87,8 %

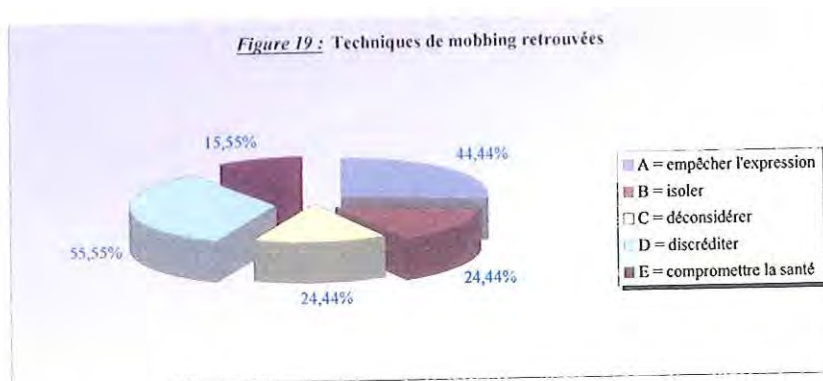
Collègues = 20 soit 18,6 %

« Système » = 21 soit 19,6 %



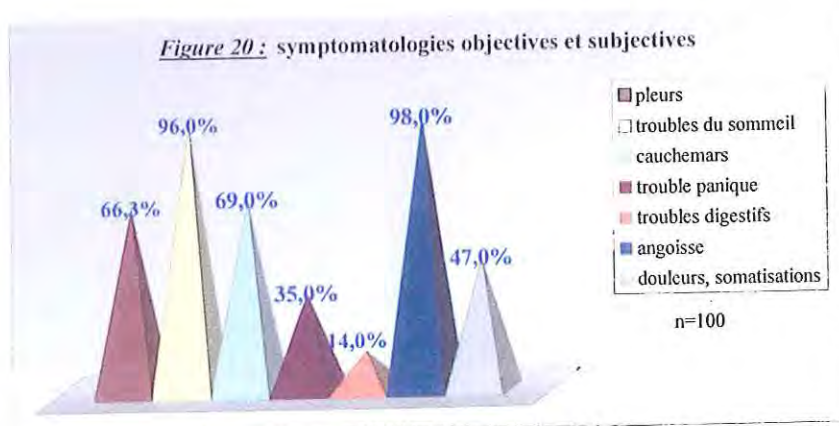
La plupart des situations de souffrance psychique sont en lien avec une relation conflictuelle avec une personne ou plusieurs personnes de la hiérarchie du salarié. Le « système » correspond aux problèmes liés à l'organisation du travail et aux moyens de faire son travail.

➤ **Techniques de mobbing (n = 90)**



Les techniques de mobbing ont été recherchées dans les dossiers médicaux, selon les critères de Leymann (annexe 3).

➤ **Symptômes**

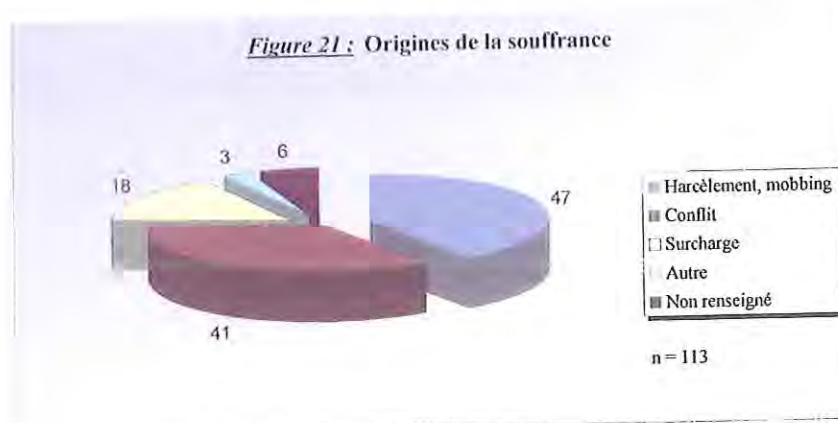


Les symptômes sont exclusifs les uns des autres. Ils ont été renseignés par les dossiers médicaux ou par les patients au téléphone en cas de défaut.

Les dossiers non complets ne figurent pas dans ces proportions.

➤ Origine de la souffrance (n = 113)

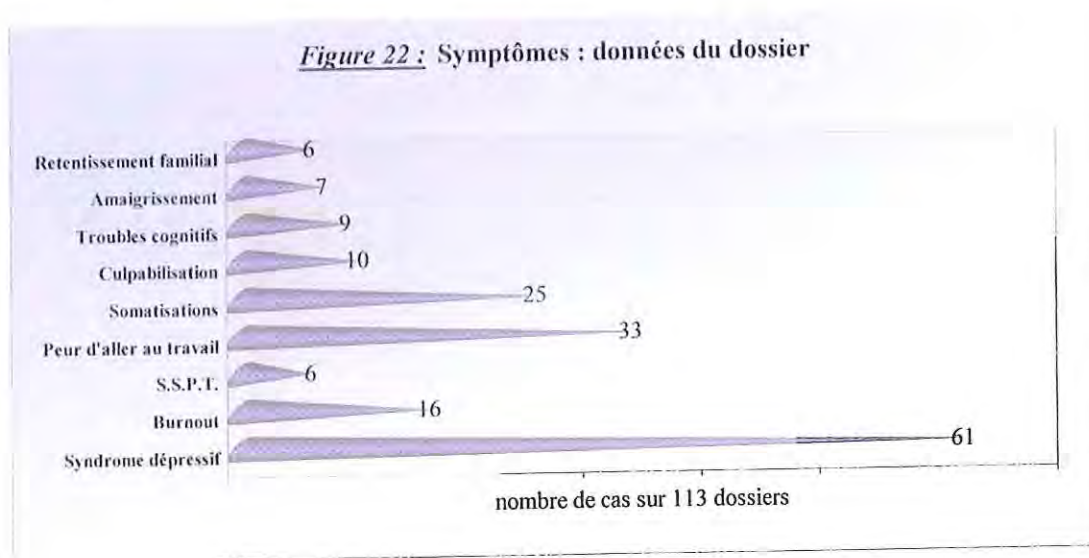
Les origines de la souffrance sont divisées en harcèlement/mobbing, conflit, surcharge, autre et non renseigné. Le harcèlement et le mobbing respectent les définitions données au chapitre II. A. avec la notion d'atteinte à la dignité et de volonté de nuire voire de détruire, ils regroupent les différents types de harcèlement qui ne seront pas détaillés. Le conflit est défini par une opposition d'intérêt, morale ou de valeur, à l'origine d'une mésentente entre deux personnes ou plus avec la notion de volonté de rester sur ses positions d'un côté comme de l'autre. La surcharge comprend le burnout et l'épuisement émotionnel.



➤ Éléments de diagnostic

Les symptômes cliniques collectés dans les dossiers permettent, dans un certain nombre de cas de s'orienter vers un diagnostic de dépression ou de burnout. Dans beaucoup de dossiers, les patients sont « uniquement » déstabilisés psychiquement, c'est-à-dire en amont de la décompensation psychiatrique. Des symptômes existent pourtant, subjectifs, et ils témoignent de la souffrance psychique. C'est ce que nous montrons sur la figure 22 : dans 61 cas, par exemple, apparaît une symptomatologie de dépression.

Le symptôme subjectif le plus fréquent concerne la peur anticipatoire, peur de se rendre sur son lieu de travail, ou d'avoir à croiser la personne ou les personnes posant problème, quelque soit le lieu.



➤ Conseils sur l'aptitude

La décision d'aptitude reste à l'initiative du médecin du travail qui adresse le salarié. La consultation de C.P.P. a un rôle de soutien et de confirmation du diagnostic du médecin du travail, de conseil sur l'aptitude au maintien dans l'entreprise. Dans 25 cas sur 113, l'aptitude est proposée dans trois situations principalement : devant le fait que le salarié semble capable de faire face ou de négocier un départ, devant une mutation possible devant être appuyée, devant la volonté du salarié à rester en poste, salarié dont l'état psychique semble stabilisé. Dans 46 cas par contre, l'inaptitude est proposée en raison de l'état psychique du salarié, devant le risque de décompensation ou de majoration des troubles, face à la violence parfois incompréhensible et inimaginable.

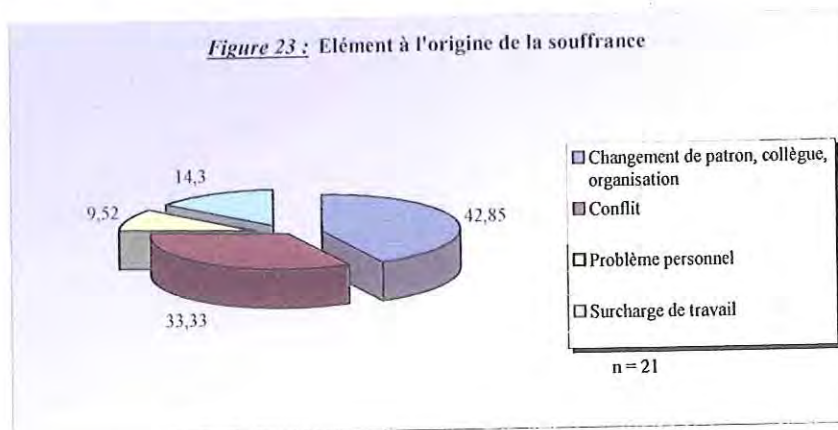
Dans d'autres cas, le médecin de la C.P.P. ne se prononce pas quant à l'aptitude, en raison d'un état psychique fragilisé, instable, nécessitant des soins, un arrêt de travail, une surveillance médicale accrue de la part du médecin du travail de l'entreprise si le salarié reste en poste.

Par ailleurs, certains salariés expriment leur souhait d'avenir comme celui d'une formation, d'une démission après avoir trouvé un nouvel emploi...

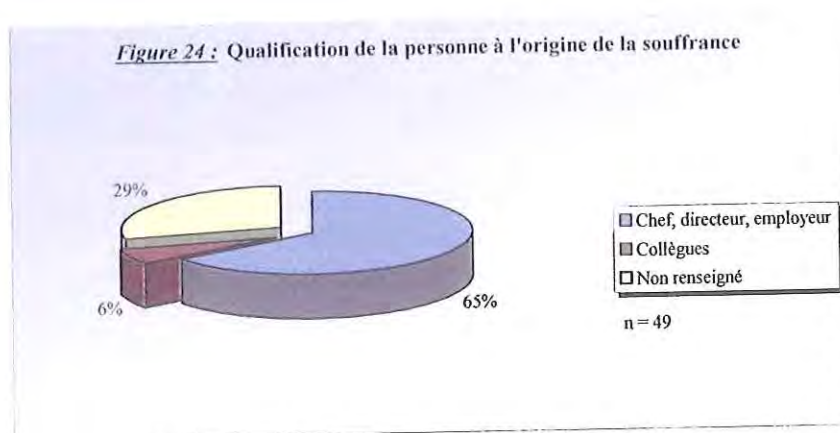
IV. C. 2. c. Les données du dossier médical concernant les consultants non-répondants

➤ **Élément déclenchant la souffrance**

Seuls 21 dossiers sur 48 sont renseignés.



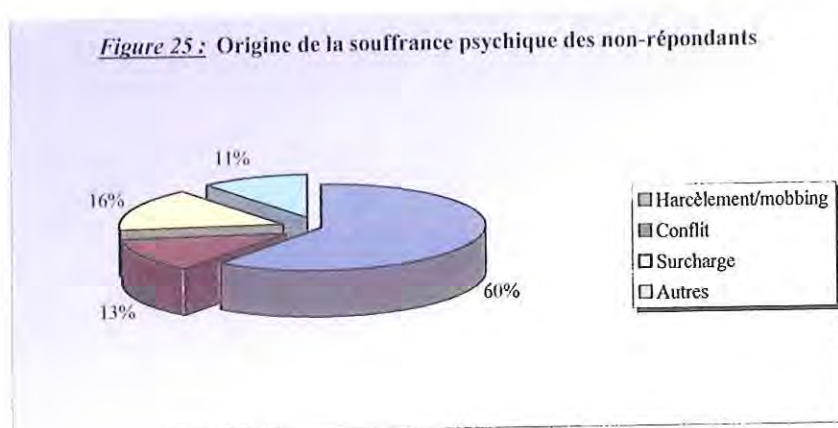
➤ **Personne(s) à l'origine de la souffrance (n = 49)**



➤ **Éléments de diagnostic (n = 36)**

On retrouve des symptômes évoquant un syndrome dépressif : 21 dossiers sur 36 (58 %) ; 12 insomnies (33,33 %) ; peur anticipatoire : 9 (25 %) ; angoisse 8 (22,22 %) ; épuisement : 4 (11,11 %) ; amaigrissement : 3 (8,33 %) ; cauchemars : 3 (8,33 %)

➤ Origine de la souffrance psychique (n = 38)



D'après les données des dossiers, le harcèlement ou le mobbing sont les causes les plus fréquentes de souffrance psychique chez les non-répondants.

➤ Conseils sur l'aptitude

Dans 19 dossiers, l'inaptitude est apparue comme la seule issue possible en raison de l'urgence du retrait du salarié de la situation professionnelle.

11 dossiers ont été orientés vers l'aptitude avec surveillance médicale. Deux prolongations d'arrêt de travail ont été proposés comme conduite à tenir. Les thérapies cognitives et comportementales sont proposées dans deux dossiers de salariés présentant une difficulté d'affirmation de soi. Dans deux dossiers a été proposée une requalification de la démission en rupture du contrat de travail.

IV. C. 3. Comparaison de deux populations :

IV. C. 3. a. Consultants répondants et population générale active

➤ Sexe

La population active occupée (Source : INSEE, enquête emploi 2002) est composée de 55,2 % d'hommes et de 44,8 % de femmes. Notre étude comprend 72,6 % de femmes.

➤ Age

Dans la population active occupée, la tranche 40-54 ans représente 40,6 %, contre 26 % dans la population générale (source : INSEE, recensement de la population 1999).

Dans notre étude, la tranche 40-54 ans représente 54,9 % des patients.

Il s'agit d'une population plus jeune que la population générale, dont l'âge moyen est d'environ 49 ans.

➤ Secteur d'activité

Les quatre secteurs d'activité les plus représentés dans notre étude sont la construction, le commerce, le secteur éducation, santé, social et les administrations. Dans la population active occupée, ces quatre secteurs sont caractérisés comme indiqué dans le tableau suivant. Notre population est composée de proportions plus importantes dans ces secteurs par rapport à la population active occupée.

Secteur d'activité	Notre étude		Population active occupée *	
	Proportion de population	Proportion de femmes	Proportion de population	Proportion de femmes
Construction	13,40 %	50,0 %	6,24 %	9,7 %
Commerce	17,80 %	90,0 %	12,85 %	44,8 %
Education, santé, social	27,50 %	74,2 %	18,10 %	71,8 %
Administrations	22,30 %	93,8 %	10,68 %	50,6 %

* Source INSEE : Enquête emploi 2002
Regards sur la parité, édition 2003

IV. C. 3. b. *Consultants répondants et non-répondants*

- Les consultants répondants étaient significativement plus âgés que les non-répondants ($p = 0,029$).
- Ces deux groupes de consultants ne diffèrent ni selon le sexe, ni selon l'année de leur consultation, ni selon le statut de l'entreprise dans laquelle ils travaillaient au moment de la survenue de la souffrance psychique.

IV. C. 4. Analyse bivariée

IV. C. 4. a. *L'état de santé psychique*

- **Les liens et les tendances entre les données et l'état de santé psychique (E.V.A. et G.H.Q.-12)**

Tableau 4 : Facteurs associés au G.H.Q.-12

	G.H.Q.-12 < 13		G.H.Q.-12 ≥ 13		O.R.	I.C. 95 %	p
	n	%	n	%			
Prise de médicament							
Arrêtée	29	80,6	42	57,5	0,33	[0,11-0,90]	0,017
En cours	7	19,4	31	42,5			
Suivi médical							
Arrêté	31	86,1	39	53,4	0,19	[0,06-0,58]	0,0008
En cours	5	13,9	34	46,6			
Nombre de salariés dans l'entreprise							
< 50	15	41,7	43	58,9	2,01	[0,82-4,93]	0,08
≥ 50	21	58,3	30	41,1			
Reprise du travail							
Oui	29	80,5	44	60,3	0,37	[0,13-0,94]	0,03
Non	7	19,5	29	39,7			
Techniques de mobbing							
Oui	26	72,2	63	86,3	0,41	[0,14-1,23]	0,07
Non	10	27,8	10	13,7			

Les salariés qui ne sont plus ni traités, ni suivis, vont statistiquement mieux en évaluant l'état de santé psychique à l'aide du G.H.Q.-12.

Les salariés des entreprises de moins de 50 salariés, dans lesquelles on ne retrouve pas de mobbing, ont une tendance à aller mieux.

La reprise du travail a un effet bénéfique statistiquement significatif, sur l'état de santé psychique.

Tableau 5 : Facteurs associés à l'E.V.A.

	E.V.A. < 5,1		E.V.A. ≥ 5,1		O.R.	I.C. 95 %	p
	n	%	n	%			
Nombre de salariés dans le service							
< 16	56	83,6	25	59,5	3,46	[1,29-9,42]	0,005
≥ 16	11	16,4	17	40,5			
Décision à consulter							
Problème de travail	36	55,4	14	35	2,31	[0,95-5,67]	0,04
Problème de santé	29	44,6	26	65			
Prise de médicament							
Arrêtée	50	74,6	21	50	0,34	[0,14-0,84]	0,008
En cours	17	25,4	21	50			
Suivi médical							
Arrêté	54	80,6	16	38,1	0,15	[0,06-0,39]	6.10 ⁻⁶
En cours	13	19,4	26	61,9			
Durée cumulée des arrêts de travail							
< 101 jours	35	53	11	26,8	3,08	[1,22-7,90]	0,007
≥ 101 jours	31	47	30	73,2			
Reprise du travail							
Oui	52	77,6	21	50	3,47	[1,38-8,80]	0,002
Non	15	22,4	21	50			

Les salariés qui ne sont plus ni traités, ni suivis et dont l'arrêt de travail a duré ou dure depuis moins de 101 jours, vont statistiquement mieux en évaluant l'état de santé psychique à l'aide de l'E.V.A.

Les patients qui ont consulté pour un problème lié au travail (harcèlement, conflit professionnel, défaut de l'organisation du travail), vont statistiquement mieux que ceux qui ont consulté pour un problème médical (syndrome dépressif, adressés par un médecin).

On note un effet bénéfique sur l'état de santé psychique du salarié qui travaille dans un service ou atelier de moins de 16 personnes.

La reprise du travail a un effet bénéfique statistiquement significatif, sur l'état de santé psychique.

Le croisement entre les deux variables (G.H.Q.-12 et E.V.A.) entre elles, donne un lien significatif (O.R.= 9,21 ; $2,68 < \text{O.R.} < 34$; $p = 0,00002$). Cela conforte la bonne corrélation entre les deux méthodes d'évaluation de la santé psychique.

- On note une tendance statistique ($p = 0,08$) entre le G.H.Q.-12 et le fait de travailler dans une entreprise de plus ou de moins de 50 salariés. On a deux fois plus de chances de bien se sentir dans une entreprise de moins de 50 salariés. Il existe un lien statistique entre l'E.V.A. et le nombre de personnes dans l'atelier ou le service. On a trois fois plus de chance de s'en sortir avec une E.V.A. inférieure à 5,1 lorsque l'on travaille dans atelier ou un service comprenant moins de 16 salariés ($p = 0,005$).
- Il existe un lien significatif entre l'E.V.A. et les éléments de décision séparés en deux catégories : les plaintes concernant le travail (harcèlement, conflit, problème d'organisation du travail) et les plaintes concernant la santé (dépression, plaintes somatiques, visite médicale). En effet, ceux qui se plaignent du travail ont 2,3 fois plus souvent une E.V.A. inférieure à 5,1 ($p = 0,04$).
- Ceux qui sont toujours suivis au moment de la réponse au questionnaire déclarent une souffrance 6,7 fois plus souvent évaluée par une E.V.A. supérieure à 5,1 ($p = 6.10^{-6}$).
Cela nous permet de considérer les réponses au questionnaire comme cohérentes, et de justifier l'utilisation de l'E.V.A. dans l'évaluation de l'état de santé morale des patients.
De même, le G.H.Q.-12 est lié au suivi en cours ($p = 0,0008$) ce qui confirme la pertinence du G.H.Q.-12 dans l'évaluation de la souffrance psychique à un instant

donné. Les conclusions vont dans le même sens entre E.V.A., G.H.Q.-12 et le fait d'être toujours sous traitement médicamenteux (question 19). Le G.H.Q.-12 montre un lien avec un $p = 0,01$, l'E.V.A. avec un $p = 0,008$. Quand il n'y a plus de traitement, c'est que le patient va mieux.

- Il existe un lien significatif entre E.V.A. et arrêts cumulés en jours < 101 jours : $p = 0,007$. Le fait d'être contraint de ne pas travailler (d'être en arrêt de travail pour soins) pour « échapper » à une situation pathogène aggrave le vécu de souffrance.
- On note une tendance statistique ($p = 0,09$) entre E.V.A. et soutien par le médecin traitant. Le fait d'avoir été soutenu par l'inspection du travail multiplie par 4 les chances d'avoir une E.V.A. $< 5,1$.
- Le fait de reprendre le travail (même emploi ou emploi différent) offre 3,5 fois plus de chance d'avoir une E.V.A. inférieure à 5,1 ($p = 0,02$).
Le fait de reprendre le travail multiplie par 2,8 les probabilités d'avoir un G.H.Q.-12 < 13 ($p = 0,03$).
La reprise du travail est le facteur principal de restructuration psychique après une souffrance au travail. C'est probablement le fait de recouvrer ses capacités et de retrouver une utilité, et parallèlement, de retrouver son identité au travail.
- Il existe une tendance statistique ($p = 0,07$) entre le G.H.Q.-12 et l'absence de mobbing. Les gens vont mieux quand il n'y a pas de technique de mobbing décelée dans le dossier.
Il n'y a pas de lien avec l'E.V.A. ($p = 0,65$).

➤ **Les absences de liens entre les autres données et l'état de santé psychique (E.V.A. et G.H.Q.-12)**

- Le sexe est pas lié à l'état de santé psychique dans notre population. Les enquêtes sur des échantillons de la population générale montrent habituellement un lien entre G.H.Q.-12 et sexe. Notre population n'est pas du tout représentative de la population générale.
- L'âge n'influe pas sur les résultats des deux méthodes.

- Il n'y a pas de différence entre les quatre grands secteurs d'activité dans lesquels se classent nos dossiers : construction, commerce, administrations et secteur médico-social.
- Le code N.A.F. de l'entreprise n'a pas de lien significatif avec l'état de santé psychique des salariés. Il n'y a pas de différence entre les quatre grands secteurs d'activité dans lesquels se classent nos dossiers : construction, commerce, administrations et secteur médico-social.
- Il n'y a pas de différence de G.H.Q.-12 ou de l'E.V.A. entre ceux qui ont changé de code NAF et ceux n'ont pas changé parmi ceux qui ont repris une activité (n = 73).
- Le fait de quitter son emploi n'est lié ni avec l'E.V.A., ni avec le G.H.Q.-12. La fin de l'emploi n'influe ni l'E.V.A. ni le G.H.Q.-12.
- Il n'y a pas de lien entre les soutiens et le G.H.Q.-12. Les patients se sentent seuls, mal appuyés.
- Il n'existe pas de lien entre E.V.A., G.H.Q.-12 et le fait d'avoir été hospitalisé.
- Il n'existe pas de lien entre G.H.Q.-12 ou E.V.A. et le fait d'avoir cherché ou obtenu réparation auprès de la justice. On ne va pas mieux après avoir attaqué. On pourrait pourtant penser que ceux qui attaquent sont ceux qui sont les plus aguerris. La reconnaissance judiciaire est une composante de la restructuration psychique mais semble devoir être associée à d'autres reconnaissances (celle des collègues, des supérieurs, de l'entreprise, des médecins et de la famille ?)
- L'ancienneté au poste n'est pas un facteur aggravant la souffrance psychique.
- Il n'existe pas de lien significatif avec les différents symptômes. Il faut effectivement rappeler que le G.H.Q.-12 et l'E.V.A. concerne l'état de santé au moment de la réponse au questionnaire, alors que les symptômes sont ceux qui décrivent la situation de souffrance lors de la consultation. Il est donc déterminant qu'il n'y ait pas de lien. Les personnes ont ainsi bien répondu au questionnaire.
- Il n'y a pas de différence significative entre E.V.A. ou G.H.Q.-12 et le fait d'avoir été souffrant à cause de la hiérarchie, de collègue(s) ou de l'organisation du travail.

- La durée de la souffrance psychique au travail n'influe pas sur l'état de santé psychique à distance.
- Il n'y a pas de différence significative d'E.V.A. ou de G.H.Q.-12 entre les secteurs privé et public. La souffrance est la même dans les deux secteurs. La sécurité de l'emploi du secteur public ne protège pas de la souffrance psychique et pourrait même au contraire lui être préjudiciable dans certaines conditions.

IV. C. 4. b. La reprise du travail

➤ La fin de l'emploi

Les patients ont perdu leur emploi dans 77,6 % (87/112) des cas. Parmi eux, 64,4 % (56/87) vont retrouver un emploi.

34,8 % des répondants sont restés dans l'entreprise (39/112).

Il existe un lien entre la perte de l'emploi et la durée de l'ancienneté. Les gens ont trois fois plus de chance de perdre leur emploi quand ils ont moins de cinq ans d'ancienneté (n = 107 ; O.R. = 2,91 ; p = 0,045).

		Reprise du travail	
		Oui	Non
Fin de l'emploi	Oui	56	31
	Non	20	5

Motif fin du poste	Licenciement		p	Démission		p	Changement		p	Inaptitude		p
	Oui n (%)	Non n (%)		Oui n (%)	Non n (%)		Oui n (%)	Non n (%)		Oui n (%)	Non n (%)	
Statut de l'entreprise												
Secteur privé	52 (98)	20 (59)	<10 ⁻³	6 (100)	66 (81)	-	9 (47)	63 (82)	<10 ⁻³	44 (79)	28 (70)	0,003
Secteur public	1 (2)	14 (41)		0 (0)	15 (19)		10 (53)	5 (18)		3 (21)	12 (30)	

Parmi les 6 démissionnaires, 5 ont repris une activité professionnelle (83 %).

Parmi les 19 changements de poste, 18 ont repris le travail lors de l'étude (95 %).

➤ **Ceux qui ont repris le travail (n = 76)**

67,8 % des répondants avaient repris une activité (76/112) au moment de l'étude.

48,7 % de ceux qui ont repris sont restés chez le même employeur (37/76).

Les salariés du secteur public ont 3,6 fois plus de chance de reprendre le travail (p = 0,035).

En ce qui concerne les professions, la plupart du temps, un ouvrier retrouvera un emploi d'ouvrier après un épisode de souffrance psychique, un employé retrouvera dans la majorité des cas un poste d'employé. Par contre, il apparaît que ceux ayant le plus de mal à retrouver un emploi sont les cadres avec 52,9 % au chômage, contre 27,5 % des employés et 15,4 % des ouvriers, après un épisode de souffrance psychique au travail.

La reprise du travail n'est pas influencée par le fait de souffrir dans les suites d'un conflit ou d'un harcèlement/mobbing.

Tableau 6 : Facteurs liés à la reprise du travail

	Reprise du travail		Pas de reprise		O.R.	I.C. 95 %	p
	n	%	n	%			
Suivi médical							
En cours	22	29,3	18	50,0	0,42	[0,17-1,03]	0,034
Arrêté	53	70,7	18	50,0			
Statut de l'entreprise							
Privé	56	74,7	33	91,7	0,27	[0,06-1,08]	0,035
Public	19	25,3	3	8,3			
Inaptitude							
Oui	24	42,8	23	74,2	0,26	[0,09-0,76]	0,004
Non	32	57,2	8	25,8			
Licenciement							
+	26	46,4	27	87,1	0,13	[0,03-0,46]	0,0001
-	30	53,6	4	12,9			
Nouvel employeur							
Le même	37	48,7	6	16,7	4,74	[1,63-14]	0,001
Différent	39	51,3	30	83,3			

Nous notons dans le tableau 6 que dans le secteur public, la reprise du travail est plus fréquente que dans le secteur privé.

Il apparaît que l'inaptitude est pourvoyeuse de non reprise du travail au travers des difficultés à retrouver un emploi après le licenciement, qui entraîne un pronostic assez sombre sur l'emploi futur, inaptitude ou non.

Il est plus simple pour conserver un emploi de rester dans la même entreprise. C'est ce qu'ont fait 38 % des salariés. Dans notre population, le fait de rester chez le même employeur n'entraîne aucune conséquence sur l'état psychique, ni dans le sens d'une amélioration, ni dans le sens d'une aggravation (croisements avec E.V.A. et G.H.Q.-12 non significatifs).

Parmi ceux qui sont restés chez le même employeur (43/112 soient 38,4 % des cas) :

- 18 ont perdu leur poste :
 - 13 changements de service dont un aménagement d'activités
 - 5 autres (dont 1 restriction d'aptitude, 2 sans nouvelle affectation, 1 reclassement, 1 aménagement des activités)
 - 37 ont repris une activité chez le même employeur (2 ont retrouvé un emploi après avoir quitté l'entreprise, mais étaient sans travail au moment de l'enquête)
 - 1 est en cours le licenciement
 - 1 est en invalidité
 - 6 n'ont pas repris le travail
- Les changements de service se retrouvent principalement dans le secteur public.

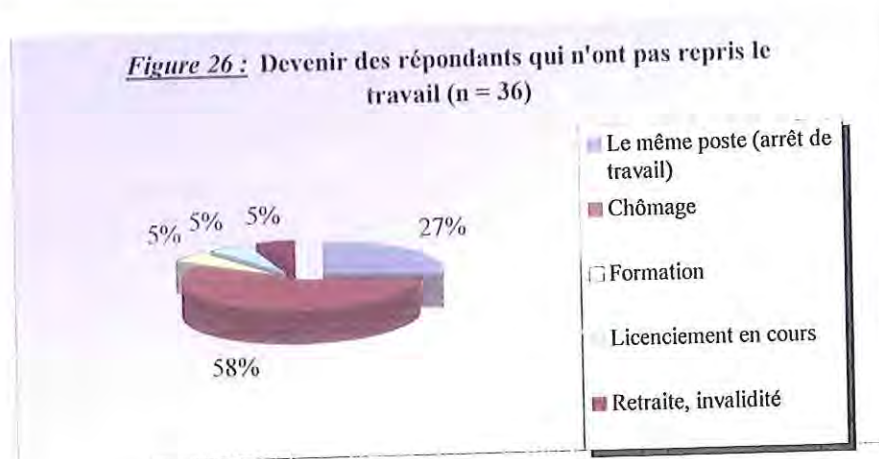
Sur 76 salariés qui ont repris le travail, 16 ont changé de secteur d'activité soient 21 %.

Le taux de reprise du travail n'est pas différent selon l'année de consultation.

➤ **Ceux qui n'ont pas repris le travail (n = 36)**

32,1 % des patients n'avaient pas repris le travail lors de l'étude. Cela comprend ceux qui ont perdu leur emploi soient 86,1 % de ceux qui n'ont pas repris, et ceux qui sont toujours salariés mais en arrêt de travail ou sans affectation, 13,9 % de ceux qui n'ont pas repris (cf. figure 24).

Ceux qui n'ont pas repris le travail (n = 36) sont principalement en arrêt de travail ou au chômage (cf. figure 26).



Le fait d'être mis inapte n'est pas lié au fait de souffrir en raison d'un conflit ou d'un harcèlement/mobbing. De même, il n'existe pas de lien entre le fait d'être licencié et le fait de souffrir d'un conflit ou d'un harcèlement/mobbing.

➤ Les autres liens ou tendances

- I. Il existe un lien entre le fait d'être soutenu par l'inspection du travail et le fait d'avoir porté plainte aux prud'hommes ($p = 0,004$). De même, le soutien de l'inspection du travail semble participer à un meilleur sentiment de reconnaissance de la souffrance. La constitution d'un dossier judiciaire passe le plus souvent par l'inspection du travail.
- II. Il existe une tendance ($p = 0,09$) entre secteur public et arrêts de travail de plus d'un mois : il y a de façon significative moins d'arrêts de travail inférieurs à un mois dans ce secteur. Les salariés s'arrêtent plus longtemps dans le public, cela étant lié directement aux statuts des fonctions publiques.
- III. Il existe une tendance ($p = 0,09$) entre la présence de techniques de mobbing et les éléments de décision concernant le travail. Cohérence ?
- IV. Les situations de souffrance avec une technique de mobbing sont plus fréquemment observées lorsque la hiérarchie est en cause ($p = 0,03$).

L'analyse selon les années de la consultation montre que les patients souffrant depuis 1999 ne sont pas différents de ceux souffrant depuis 2002.

Souffrir d'un conflit ou d'un harcèlement moral n'est lié ni à l'âge, ni au sexe, ni au type d'entreprise (secteurs privé ou public).

IV. D. Discussion

IV. D. 1. Résultats

IV. D. 1. a. Age – sexe – secteurs d'activité

Comme nous l'avons vu, notre population est principalement composée de salariés entre 40 et 55 ans, majoritairement féminine (72,6 %).

Les quatre secteurs d'activité les plus fréquemment rencontrés sont le commerce, la construction, le secteur éducation – santé – social et les administrations.

Notre taux de réponse au questionnaire représente 69 % de notre population.

Soula, Poalillo et coll. (non publiée) dans une enquête sur le devenir socio-professionnel de patients dans une C.P.P. pour un harcèlement moral professionnel présumé, retrouvait une proportion de femme de 79 %. Leur population comprenait 151 patients dont 99 avaient répondu soient 65 % de réponse. L'âge moyen était de 46 ans contre 42 ans dans notre enquête.

Brillet dans le Nord-Pas-de-Calais, à propos de 247 cas de harcèlements déclarés, retrouvait une population à 70 % féminine, âgée principalement entre 41 et 50 ans.

Chiaroni (82) en Provence Alpes Côte d'Azur (P.A.C.A.) dans une enquête de prévalence du mobbing, retrouvait une population de victimes féminine à 73,2 %, âgée en moyenne de 42 ans. Les secteurs les plus atteints étaient le commerce à hauteur de 33,4 %, les services à 31,8 %, le secteur médico-social dans 14,2 % des cas.

Bertin (83) avait un âge moyen de 42 ans.

De Gasparo et Pezé (Résultats de l'étude quantitative d'une cohorte clinique de 100 patients harcelés : approche sociologique, à paraître dans les *Documents pour le Médecin du Travail*) ont fait une étude de cohorte de 100 patients harcelés. 70 % étaient des femmes.

IV. D. 1. b. L'emploi – l'entreprise

Notre population travaillait à 19,6 % dans le secteur public, contre 7,8 % pour Seiler van Daal (84), 13 % pour Soula. Viaux (44) avait une population où le secteur public était représenté à hauteur de 54,2 %, le secteur associatif 10,5 %, le secteur privé 35,2 %.

Avec 72 % d'employés 11,5 % d'ouvriers et 15,3 % de cadres, notre population se distingue de celle de Soula en comportant respectivement 39 %, 4 % et 33 % mais avec 23 % de professions intermédiaires. La géographie explique en partie ces différences. Chiaroni recensait 57,1 % d'employés, 10,7 % d'ouvriers et 11,9 % de cadres. Les entreprises étaient pour 53,5 % des cas de plus de 50 salariés. Soula en recensait 45 %. Chiaroni 18,1 %.

Notre étude montrait une ancienneté dans l'emploi de 11,8 ans en moyenne chez les répondants.

Soula retrouvait une ancienneté de 12,5 ans, Chiaroni chez les victimes de mobbing une ancienneté moyenne au poste de 9,8 ans, De Gasparo et Pezé une ancienneté de plus de 5 ans dans 51 % des cas.

IV. D. 1. c. Les revendications

Nos résultats font état de situations répondants aux critères de harcèlement ou de mobbing dans 47 % des dossiers, contre 29 % seulement selon les dires et les revendications des patients. De même, Seiler van Daal observait une prévalence du harcèlement de 9,6 % contre 7,3 % se disant harcelés.

IV. D. 1. d. La situation de souffrance psychique au travail

L'origine de la souffrance dans notre enquête se répartit en 41,6 % de harcèlement/mobbing, 36,3 % de conflits, 15,2 % de surcharge. Soula retrouve 62 % de harcèlement, 29 % de

conflit, 7 % de surcharge. Nos deux populations ne sont pas identiques quant aux critères d'inclusion. Nous avons inclus tous les dossiers de souffrance psychique au travail, Soula n'a conservé que ceux adressés pour suspicion de harcèlement.

La qualification de la ou des personnes à l'origine des situations de souffrance au travail étaient dans notre enquête pour 87,8 % des cas des supérieurs hiérarchiques directs ou indirects. Les collègues étaient en cause dans 18,7 % des cas.

Pour Brillet, le harcèlement était descendant dans 91 % des cas, la direction prenant part dans 70 %. Pour Seiler van Daal, la hiérarchie intervient pour 66 % des cas, les collègues pour 25 %. Chiaroni décrit un mobbing vertical descendant dans 94,5 % des cas, horizontal dans 5,5 %. De Gasparo et Pezé retrouvent la patron responsable dans 52,1 % des cas, la hiérarchie proche engagée dans 44,7 % des cas, les collègues pour 9,6 %.

Viaux retrouvait un seul harceleur dans 22,9 % des cas, deux dans 24,8 %, trois dans 8,6 %, quatre et plus dans 43,8 % des cas. De même, la personne est la seule harcelée dans l'organisation dans 11,5 % des cas, il y a une autre personne dans 16,3 %, deux à trois autres personnes dans 26,9 %, plus quatre autres personnes dans 45,2 % des cas.

Notre enquête prenait acte de la présence de problème similaire au répondant pour d'autres personnes dans l'entreprise dans 86,4 % des cas.

Le facteur déclenchant est souvent un changement soit de direction, soit d'organisation du travail, soit de collègue. Notre enquête retrouvait 42,2 % de changements, 35,6 % de conflit, 11,2 % de problème personnel (arrêt maladie ou grossesse). Seiler van Daal faisait état respectivement de 57 %, 25 % et 26 %. Brillet notait la présence d'un problème personnel dans 32 % des cas. De Gasparo et Pezé désignent l'arrivée d'un nouveau responsable dans 43,6 % des cas, une nouvelle méthode de management dans 22,3 %. Soares (31) séparait 45,3 % des cas après un changement dans l'organisation du travail, un conflit 14,9 % et après avoir exercé un droit au travail 13,3 % des cas.

La durée moyenne de la souffrance était de 21 mois dans notre enquête, 78 % des cas limitaient leur souffrance à moins de deux ans. Chiaroni retrouvait une durée de moins de trois ans dans 85,5 % des cas.

IV. D. 1. e. Prise en charge médicale – soutiens

Notre enquête retrouvait un soutien majoritairement par les proches des patients (79 %), par le médecin du travail (73 %) et par le médecin traitant (68 %).

Bergogne (85) retrouvait la famille dans 60 % des cas loin devant le médecin traitant et surtout le médecin du travail (8 %). La population n'était pas la même.

Ravisy et Loiret ont réalisé une enquête (enquête HARMOR) par questionnaire auprès de 183 médecins du travail avec un taux de réponse de 83,6 %. 95 % des médecins ont eu connaissance d'au moins un cas de harcèlement moral. 82 % ont été amenés à prononcer une inaptitude (temporaire pour moitié, définitive pour l'autre moitié) en raison d'une situation de harcèlement moral.

Dans une population de salariés, Soares a trouvé une prévalence de mobbing de 13 %, Seiler Van Daal 9,6 % de harcèlement. L'Institut National de Recherche Scientifique (I.N.R.S.) (86) a dans une étude retrouvé 9 % de personnes disant subir des agissements de harcèlement.

IV. D. 1. f. Conséquences sur la santé

Dans notre étude, 67 % des répondants ont un G.H.Q.-12 supérieur à 13, avec un score moyen de 16,8, ce qui est bien plus élevé que dans les études recherchant une souffrance psychique dans une population donnée : 30,2 % chez des agents d'un hôpital public (87), 26 % dans une population d'infirmières en psychiatrie (88), 33 % dans une population d'employés de banque, 34,5 % dans une population d'employés du secteur de l'électronique, 54 % d'une population de travailleurs du secteur de la formation professionnelle (89).

Sur le plan médical, 62,5 % avaient été traités par antidépresseurs. Au moment de l'enquête, 35,1 % des patients prenaient encore un traitement médicamenteux. 11,7 % avaient du être hospitalisés, et 36 % des patients étaient encore suivis par un médecin.

Nous retrouvions à hauteur de 96 % des dossiers des troubles du sommeil, 98 % de signes d'anxiété. Les cauchemars intrusifs sont rencontrés dans 69 % des observations, les pleurs dans 66 % et des somatisations diverses mais non anodines dans 47 % des cas.

Brillet observait 79 % de T.M.S. ou lombalgies. De Gasparo et Pezé comptaient 72,3 % de cas avec des cauchemars intrusifs, 46,8 % d'insomnie, 45,7 % de pleurs, 38 % d'atteintes

somatiques. Chiaroni notait la présence de troubles somatiques dans 51,3 % des cas. Seiler van Daal retrouvait des troubles du sommeil chez 70 % des harcelés, de l'anxiété 60 %.

Nous avons calculé un taux de tentative de suicide de 5 %, De Gasparo et Pezé 18,1 %. Les troubles de l'humeur étaient présents dans plus de 54 % des cas dans nos dossiers. Seiler van Daal en avait 72 % des cas.

Les affects de peur sur le trajet du travail sont fréquents dans nos dossiers avec 30 % des cas. Gasparo et Pezé en dépistaient dans 42,6 % des cas.

IV. D. 1. g. Conséquences sur l'emploi

Dans notre enquête, 77,7 % des consultants répondants ont quitté ou perdu leur emploi (dont 7 % par démission). L'inaptitude a été prononcée dans 54 % des cas. 19,3 % changeaient de service ou de poste, principalement dans le secteur public, 12,1 % étaient licenciés pour d'autres raisons. 30,6 % étaient au chômage lors de l'étude.

Soula a observé 37 % de licenciement par inaptitude, 34 % de maintien dans l'entreprise, 26 % de licenciement autre. Au moment de leur questionnaire, 46 % étaient au chômage.

Seiler van Daal dans une population de personnes harcelées, retrouvait que 61 % des cas quittaient l'entreprise (dont 44 % par démission).

Chiaroni observaient que 6,4 % ont démissionné, 27,7 % ont été licenciés ; l'inaptitude définitive était prononcée à hauteur de 21 % dans le privé contre 3,7 % dans le public ; les changements de poste se voyaient essentiellement dans le secteur public.

Brillet a retrouvé une proportion d'inaptitude de 17 %, 30 % de perte de l'emploi.

De Gasparo et Pezé retrouvaient une inaptitude médicale pour 65,1 % des cas.

IV. D. 2. Méthodologie

Nous cherchions à connaître les conséquences socio-professionnelles des situations de souffrance au travail, des patients adressés en Consultation de Pathologie Professionnelle (C.P.P.) à Nantes. Il nous semble que notre étude répond à cette question.

Notre questionnaire a permis de recueillir des données concernant le devenir professionnel et l'état de santé psychique des patients au moment de l'étude. Elles s'ajoutent aux données des dossiers qui nous montraient les situations de « départ ». Nous pouvions ainsi caractériser l'origine de la souffrance, dans son contexte professionnel et déterminer ses conséquences sur la santé et sur l'emploi des salariés.

- ❖ Les deux tiers des patients reprennent une activité professionnelle. L'évaluation de l'état psychique est plutôt bonne et les conditions de la reprise du travail sont plutôt favorables.
- ❖ Notre étude montre que la reconnaissance de la souffrance psychique au travail est primordiale car cela permet ensuite de se reconstruire. La reconnaissance de cette souffrance a plusieurs composantes, dont celle passant par l'établissement d'un dossier présenté à la justice. Cette reconnaissance juridique semble ne pas être bénéfique pour tous ceux qui attaquent, proportion très faible de notre population. La reconnaissance passe principalement par l'écoute que rencontre le salarié. La parole permise et retrouvée donne un sens aux événements passés et douloureux et resitue la problématique sur l'organisation du travail et non sur l'individu. Ce travail est fait par le salarié lui-même, favorisé par ses rencontres et ses consultations médicales dans le cadre des possibilités d'action qu'il lui reste. Ce sont les situations dans lesquelles ces possibilités sont absentes que l'urgence est réelle. Retirer le salarié du travail pathogène devient urgent. Cette situation est rare. Le salarié prend souvent lui-même la décision de s'arrêter.
- ❖ L'appréciation de l'état de santé psychique des patients par l'E.V.A. et le G.H.Q.-12 dans notre étude était principalement liée à la reprise du travail. Nous n'avons pas exploré la situation financière des patients, pouvant avoir une influence sur la décision des salariés à reprendre.
- ❖ Reprendre le travail est donc le facteur le plus bénéfique en terme de bien-être psychique après avoir vécu une situation professionnelle de souffrance mentale. Que l'emploi soit identique ou différent ne semble pas interférer dans ce lien, même si nous ne savons pas ce qui a changé ou non dans l'entreprise (éviction d'une personne, réorganisation de hiérarchie, « remontage » de bretelles).
- ❖ Très peu de nos patients ont changé de profession ou de secteur d'activité. Changer d'activité n'est pas synonyme d'amélioration de l'état psychique, même si notre population n'est pas assez importante pour établir un tel lien.
- ❖ Notre enquête retrouve par ailleurs l'absence d'influence de la durée de la souffrance sur l'état psychique des patients qui ont répondu à notre questionnaire.

- ❖ La perte de l'emploi est plus fréquente en cas d'ancienneté dans l'entreprise inférieure à cinq ans. Est-ce en raison d'une plus grande facilité de mobilité (pas d'enfant, pas de crédit...) ? Est-ce en raison d'une plus grande résignation ou acceptation de la part des plus jeunes (moins d'attaches affectives aux collègues et à la tâche, moins d'habitudes dans le travail, moins de perte financière) ? Est-ce lié au fait de penser pouvoir retrouver facilement un travail ailleurs ? Est-ce lié à la plus grande facilité des employeurs à se séparer d'un salarié moins expérimenté ?
- ❖ Notre population est composée de personnes en souffrance psychique. La proportion de personnes dont le G.H.Q.-12 est supérieur à 12 est très importante, en comparaison aux autres études évaluant une population échantillonnée représentative. Dans les différentes études, les éléments déterminants retrouvés dans la genèse d'une souffrance psychique sont : l'absence de communication avec la hiérarchie, la possibilité de faire des suggestions et qu'elles soient prises en considération, la reconnaissance des pairs, la reconnaissance de la hiérarchie, la perte d'un savoir acquis (83, 87). La question la plus prédictive de la souffrance psychique au travail est la suivante : « avez-vous le sentiment de pouvoir faire un travail de bonne qualité ? » L'épanouissement dans le travail et dans la famille joue un rôle protecteur en terme de santé psychique (83). Notre questionnaire ne recherchait pas à détailler le vécu du travail des patients en dehors des commentaires libres. Ces derniers sont parfois éloquents. La plupart a perdu les moyens de faire du « bon boulot », sa confiance en soi ou en l'entreprise, son enthousiasme à travailler pour une personne ou une enseigne. Des questions fusent parfois avec une certaine agressivité ou une certaine lassitude : « les employeurs sont-ils tous des malades du travail ? » « que vous prend-il de vous intéresser à ma santé ? Je ne répondrai pas à votre questionnaire ! » « merci pour cette étude, mais rien ne va changer, comme d'habitude ».

Il s'agit d'une étude rétrospective, par questionnaire. Cette méthode est la plus utilisée dans ce type d'étude épidémiologique et en médecine du travail en particulier. Cela comporte quelques biais, liés au sujet répondant (il est difficile de mesurer la sensibilité de la réponse à un tel questionnaire en raison de la subjectivité inhérente à ces problèmes d'atteinte du psychisme), liés au demandant, selon son interprétation des questions rédactionnelles. La rédaction en elle-même du questionnaire oriente peut-être les réponses en agissant sur les souvenirs et la subjectivité du répondant.

La méthode rétrospective de recherche de données dans les dossiers médicaux est source de difficultés dans le recueil des informations de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Il est en

effet complexe de retrouver les mêmes renseignements dans tous les dossiers. La méthode prospective avec un questionnaire et une grille de consultation standardisés aurait offert une plus grande simplicité d'exploitation et une meilleure fidélité de la réalité. Nos dossiers, remplis par deux médecins seulement, nous ont proposé cependant, dans la majorité des cas, la somme d'informations nécessaires à notre étude.

Le questionnaire a été rédigé par nous-mêmes. Il n'existe pas de questionnaire standardisé explorant ces situations de travail étudiées en consultation. Sans un tel questionnaire, il ne sera pas possible d'élaborer des enquêtes avec un certain taux de reproductibilité. Cela est un obstacle à une meilleure connaissance de ces problèmes. Toutefois, l'explosion du phénomène « harcèlement moral », très récente, a laissé encore peu de temps aux professionnels pour s'organiser en collectifs de travail sur le sujet.

Chanlat (32) écrit, à propos de l'usage d'un questionnaire, que « la parole des travailleurs arrive la plupart du temps comme un écho affaibli. Passage obligé de la scientificité de l'approche, une telle méthode ne peut donc rendre compte de la subjectivité dans les termes dont en parle la psychopathologie du travail ».

De plus, il est vrai que le lecteur des réponses à champ ouvert peut interpréter les réponses selon sa propre opinion et sa subjectivité. Notre questionnaire comprend des champs ouverts à la subjectivité des répondants. Le sujet est en effet un thème empreint de subjectivité qu'il est nécessaire de faire apparaître.

Notre questionnaire semble incomplet en ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'étude, les horaires de travail et le contenu des tâches.

Il n'y a pas eu d'étude de poste. Nos dossiers ne sont pas étayés par la visite des entreprises, car cela ne répond pas aux exigences d'une C.P.P. Le milieu de travail des patients n'est donc connu que par ce qu'ils expliquent. Il est parfois difficile pour eux d'en parler. La situation de travail est donc décrite par les consultants, nous ne connaissons pas le point de vue des collègues ou de l'employeur. Cela pourrait être une aide dans la compréhension des cas parfois difficiles à « débrouiller » dans le temps, très court, d'une consultation médicale. Les courriers des médecins du travail adressant les salariés sont pour cela d'une grande utilité. Ils permettent d'avoir le sentiment du médecin qui connaît l'entreprise sur l'ensemble des acteurs de la situation conflictuelle au travail.

Il existe certainement dans notre étude un biais de sélection des patients adressés à la C.P.P. Ils sont en effet adressés par un professionnel de la santé. Notre population est créée par la

sélection des médecins. Ces médecins adressent leurs salariés dans le but de savoir si leur travail constitue un risque pour leur santé, et si la situation va déboucher sur un avis d'inaptitude. Il s'agit donc de dossiers complexes, nécessitant l'avis d'un psychiatre. La consultation en C.P.P. qui a valeur d'expertise, permet de porter une pièce au dossier, à charge quant à la situation de travail.

Il existe certainement un biais dans l'accès à la parole, plus simple pour les femmes, expliquant la forte composante féminine de notre population.

Dans notre étude, les patients sont vus par deux médecins différents. Les mêmes conditions de consultations ne sont pas rencontrées, mais le contenu clinique est le même. La part de subjectivité de la gestion d'un dossier comprend également celle du médecin consultant.

Nous avons utilisé le G.H.Q.-12 comme outil de mesure de l'état psychique des patients. Il semble que nos résultats soient en accord avec ce que nous pouvions attendre.

Nous avons omis la phrase d'introduction du G.H.Q.-12 : « nous voudrions savoir si vous avez eu des problèmes de santé, et comment vous vous portez depuis quelques semaines. Voulez-vous s'il vous plaît répondre à toutes les questions en cochant la case qui vous paraît convenir le mieux à votre cas. Nous vous rappelons que nous nous intéressons à vos problèmes de santé actuels et récents, pas à ceux que vous avez eus dans le passé. Il est important que vous tentiez de répondre à toutes les questions ». Notre omission a pu entraîner une difficulté de compréhension et donc une perturbation des réponses qui nous sont parvenues. La moyenne des valeurs du G.H.Q.-12 a pu être décalée vers une majoration de la souffrance psychique ainsi évaluée.

Le G.H.Q.-12 est souvent utilisé pour dépister la souffrance psychique. Dans notre étude, nous savons que nos patients ont souffert sur le plan psychique. Il s'agissait de déterminer si, à distance de la phase aiguë qui a entraîné la consultation, les patients étaient toujours en souffrance psychique. Dans notre étude, les résultats du G.H.Q.-12 sont corrélés significativement avec le suivi médical en cours et le traitement médicamenteux actuel. Ils semblent aller dans le sens d'une souffrance psychique importante au moment de l'étude. Il n'y avait pas eu d'évaluation de la souffrance psychique lors de la consultation, ce qui aurait permis de comparer les données de la consultation aux données du questionnaire avec un même outil.

Le G.H.Q.-12 par contre, ne permet pas d'évaluer la situation de travail et de la mettre en lien avec la souffrance psychique.

L'O.M.S. a défini les bonnes qualités que doivent rassembler les questionnaires de santé mentale : « faciles à obtenir, stables, universels, simples à calculer, acceptables, faciles à comprendre, reproductibles, sensibles, spécifiques, fidèles ».

Le G.H.Q.-12 est un instrument d'auto-évaluation rempli par le sujet, qui permet de dépister une souffrance psychique non spécifique et des désordres psychiatriques mineurs ressentis au cours des semaines précédentes. Il n'apporte pas de diagnostic précis. C'est un des moyens d'évaluation de la santé mentale facilement utilisable et le plus couramment employé (26, 87, 89-94).

Le G.H.Q.-12 montre, dans une population de patients de ville, une sensibilité de 93,5 %, et une spécificité de 78,5 % (25).

A chaque question, il faut choisir entre 4 items possibles. Un score de 0 à 3 est attribué à la question selon l'item choisi dans une graduation croissante respectée d'une question à l'autre. Un score de 3 caractérise la modalité la plus défavorable.

Le score du test est calculé en additionnant le score attribué à chaque question. Une somme totale supérieure à 12 est un indicateur de souffrance psychique.

L'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.), de la même façon, est corrélée de façon significative avec le suivi médical en cours et le traitement médicamenteux actuel. Son utilisation semble validée en tant qu'outil d'évaluation de l'état de santé psychique dans notre population. Cet outil est non spécifique, mais la question faisait bien comprendre le but de ce renseignement.

L'E.V.A. a apporté son aide en complément du G.H.Q.-12, dans la validation de nos résultats. Il semble qu'ils n'aient pas exploré la souffrance psychique dans les mêmes dimensions. Le G.H.Q.-12 semble plus explorer la dimension professionnelle de la souffrance psychique, c'est-à-dire la souffrance au travail avec les répercussions sociales, directement centrée sur l'emploi, alors que l'E.V.A. semble explorer l'état de santé psychique général comprenant la souffrance psychique éthique et les difficultés à s'en sortir, les répercussions personnelles et familiales avec une ouverture sur l'avenir.

Concernant les diagnostics, les symptômes de dépression et de S.S.P.T. sont très souvent similaires et masqués en début d'évolution, rendant difficile un diagnostic clair. C'est ce que nous remarquons plus haut, la plupart des patients est déstabilisée sur le plan psychique. Il n'existe pas de signes francs de décompensation entrant dans un tableau nosologique particulier. Une symptomatologie infra-pathologique existe pourtant bel et bien. C'est ces

signes que nous souhaitons mettre en avant dans ces résultats. La peur anticipatoire fréquemment retrouvée, les cauchemars intrusifs professionnels, les conduites d'évitement, sont des signes aisés à noter pour différencier une souffrance en lien avec le travail d'un problème d'une autre source.

Dans notre étude, les Maladies à Caractère Professionnel (M.C.P.) n'apparaissent que dans 4 dossiers sur les 162. Il semble important de pouvoir renseigner cette donnée afin de savoir combien de patients sont déclarés en M.C.P. Il s'agit d'une veille sanitaire colligée par l'inspection médicale du travail en région Pays-de-Loire (P.D.L.) et en P.A.C.A. Les statistiques des M.C.P. envoyées pour souffrance psychique au travail sont représentées dans le tableau suivant.

Tableau 7 : Pourcentage de cas de souffrance psychique parmi les Maladies à Caractère Professionnel déclarées en Pays de Loire de 1999 à 2002 (source : D.R.T.E.F.P. des P.D.L.).

Année	MCP	Souffrance psychique	%	HS	TS	S
1999	813	260	31,98	4	1	0
2000	922	358	38,83	3	7	1
2001	846	278	32,86	2	5	1
2002	536	262	48,88	4	3	0

HS : cas de harcèlement sexuel ; TS : tentatives de suicide ; S : morts par suicide

Le phénomène est en constante augmentation comme l'écrivent Touranchet et Cren [Annie TOURANCHET, 2001 #151].

L'orientation des patients vers la C.P.P. déboucherait souvent vers l'inaptitude et vers l'éviction du problème réel. Les situations sont traitées individuellement (rien ne nous permet de l'affirmer, n'ayant pas de détails sur les suites de la consultation). Malgré tout, il y a de la part de beaucoup d'entre eux, une reconnaissance écrite d'avoir pu mettre au jour, reconnaître la légitimité de cette souffrance liée au travail et non à la personne elle-même.

Mais y a-t-il un suivi de ces patients ? Ils sont mis inaptes dans 71 % des cas en raison d'une souffrance psychologique en lien avec leur travail, mais que deviennent-ils ? Ni les médecins du travail, ni les psychiatres, ni les médecins de la C.P.P. ne peuvent assurer un suivi adapté pour ces patients, à court, moyen ou long terme.

Beaucoup de salariés en souffrance liée au travail ne sont pas adressés en C.P.P. Les médecins du travail qui adressent ces salariés ont connaissance de ces problèmes de souffrance psychique et des décompensations qui en découlent. Ils souhaitent avoir une confirmation de leur avis par le truchement de la C.P.P. soit pour infirmer ou confirmer un diagnostic psychiatrique, soit car ils savent que la situation risque d'aller vers une contestation de leur avis d'inaptitude. Toutefois, cette consultation n'est pas une nécessité. Le médecin du travail prend seul la responsabilité et la décision de l'inaptitude. S'il juge avoir suffisamment d'éléments, son avis suffit.

Nous aurions pu évaluer par une question, l'apport de la consultation dans le cheminement des patients.

Les enquêtes de psychodynamique du travail montrent que les formes d'organisation du travail impliquant une forte coopération entre les salariés, ont un effet bénéfique sur la qualité du travail et la santé mentale (3). Notre questionnaire n'explorait pas, nous l'avons dit, le vécu, le subjectif du travail des patients.

Cela nous permet de poser la question sur la nécessité d'une consultation type en médecin du travail devant une souffrance psychique au travail. Une partie pourrait comprendre un questionnaire composé de champs à renseigner concernant le travail (curriculum laboris) et le poste de travail (poste exercé, ancienneté, horaires, responsabilités, autonomie, gestion du temps), le contrat (C.D.D., C.D.I.), l'entreprise (statut, nombre de personnes, chiffre d'affaire, historique), concernant les antécédents personnels et professionnels (maladies ordinaires et maladies professionnelles), concernant les relations du travail (rapports avec la hiérarchie, les collègues, historique), concernant les causes du problème (origines, personnes, organisation du travail, droit du travail), concernant le vécu de la souffrance et les recours envisagés (plainte, traitement, démission...)

La seconde partie de la consultation concernerait la parole, la subjectivité, le ressenti, le travail en pensées. La durée de la consultation serait nécessairement à moduler, et c'est là que se pose le principal problème. Cette consultation peut-elle se dérouler comme nous le préconisons ? Probablement pas.

Nous rappelons enfin, que la personne doit être impliquée dans la compréhension du fonctionnement de son travail. La recherche de solution(s) selon la psychodynamique du travail passe par la parole et la mise en pensée du travail et du dysfonctionnement de

l'organisation du travail. Elle passe par la volonté du salarié à comprendre ce qui lui arrive. Il est le seul à connaître la situation, l'histoire de cette situation et donc le seul, avec un soutien et une aide circonstanciés, à pouvoir trouver les solutions à adopter dans le travail, pour la construction de sa santé au travail.

Il faut noter également qu'un bon nombre de salariés ne sait pas qu'il peut bénéficier d'un rendez-vous avec son médecin du travail à sa demande. Ces salariés peuvent avoir l'image de leur médecin du travail comme faisant partie intégrante de l'organigramme de leur société, inscrit dans une politique de santé, dont les règles et la rythmicité des visites sont établies par l'employeur. Comment faire évoluer ce point ?

David (95) écrit qu'il « résulte de beaucoup d'études que la prévention de la violence passe par l'observation et l'étude des cas d'agression pour organiser la lutte puis la prévention ». Il s'agit alors de prévention tertiaire pour les personnes victimes qui restent exposées, de prévention secondaire pour les personnes qui n'ont pas été agressées. « La prévention primaire ne semble pas en accord avec le contenu des métiers de contact avec le grand public tant est difficile de tout prévoir. Le risque est créé par le besoin, et le besoin est créé par la demande du client, de plus en plus exigeant, de plus en plus intégré dans les évolutions du processus de production ». Notre étude met en avant cette nécessité de développer, sur le terrain, dans les entreprises, par l'écoute et la parole, la prévention primaire des situations de violence et de souffrance psychique au travail. Les patients écrivent leur désarroi : « comment ai-je pu laisser faire cela ? » « Comment ai-je pu me laisser embrapper la dedans ? » « J'ai honte de ce que je suis devenu » « Je pensais finir ma carrière autrement »... Les situations de souffrance psychique peuvent avoir été au départ négligées par les salariés eux-mêmes. L'enchaînement des événements laissés pour quantité négligeable, dépassent ensuite les capacités de mémoire et d'intégration du raisonnement. La logique n'apparaît plus.

La relation de confiance entre le médecin du travail et les salariés devrait permettre de mettre en mots et en pensée tout ce qui fabrique les situations, sources de souffrance psychique spécifique au travail.

Cru (96) écrit concernant la prise en charge du harcèlement en entreprise, que « quand on veut lutter contre le harcèlement moral dans une entreprise, il faut comprendre comment marche l'entreprise. Faire disparaître un symptôme, oblige à s'interroger sur son origine, les facteurs déclenchants qui l'ont produit. Mais l'origine n'épuise pas la question du sens et prévenir le risque de nouveaux dysfonctionnements impose d'interroger la fonction de ce symptôme dans

l'organisation, son but organisationnel ». Il en va de même de toutes les situations de souffrance psychique causées par un dysfonctionnement de l'organisation du travail.

IV. D. 3. Conclusion

Notre population était composée de 113 patients. Parmi eux, 87 ont quitté leur emploi. 53 ont été licenciés dont 43 pour inaptitude 19 changent de poste, 4 sont inaptes au poste mais reclassés, 5 ont quitté leur emploi pour d'autres raisons et 6 ont démissionné. La façon de quitter l'entreprise est plutôt satisfaisante dans cette population.

Le retour à l'emploi concerne deux tiers des patients, dans des conditions plutôt satisfaisantes, sauf les cadres.

La reprise du travail est le facteur primordial d'un état de santé psychique correct, dans les suites d'une souffrance psychique liée au travail.

L'état de santé des salariés est plutôt bon avec des potentialités réelles et des espoirs permis dans l'amélioration de la prise en charge et le suivi des patients souffrant au travail.

La consultation de Pathologie Professionnelle apporte une aide aux médecins du travail qui adressent ces patients, dans la prise de décision concernant l'aptitude au poste de travail, ainsi que dans l'appréciation des situations de travail pathogènes et du diagnostic psychiatrique éventuel.

Une trame de consultation standardisée pourrait être établie pour permettre de mieux connaître cette population de salariés en souffrance psychique à cause de leur travail, dans le but de les soutenir plus efficacement et d'aider leur médecin du travail dans ses consultations pour ces problèmes.

La relation médecin du travail – salarié est au centre de la mise en évidence du fonctionnement et des dysfonctionnements de l'organisation du travail. C'est autour de cette relation que la question du plaisir et du bonheur dans le travail devra être abordée.

V. Reconnaissance et prise en charge de la souffrance psychique en lien avec le travail

Nous avons vu les causes de la souffrance psychique, les signes de cette souffrance, la définition des différentes souffrances au travail.

La prise en compte de cette souffrance est délicate, au vu des implications judiciaires que cela peut avoir. La prise en charge médicale ensuite est une procédure à mettre en place. Le développement de la psychologie, de la psychodynamique du travail, de la victimologie, a délogé des préjugés répandus dans les esprits. Une faiblesse de la « victime », une « tendance » à la dépression, avoir un caractère particulier expliquaient bien des situations. Pas besoin d'aller chercher plus loin.

Barrois (28) explique que « devant un syndrome de stress post-traumatique, par exemple, on se heurte au dogme de l'état antérieur vulnérable, prédisposant. On est toujours dans le règne de l'obsession et du soupçon de simulation, de majoration, à l'égard des victimes ».

Lorsque la souffrance vient du travail, les soins doivent passer par l'élucidation du problème lié au travail. Nous axerons cette partie sur les situations de harcèlement ou de mobbing, les plus documentées.

Deux actions se distinguent et se suivent : la première est l'urgence de soins lorsque le sujet décompense, la seconde, à distance, est l'examen de la situation de travail.

V. A. La prise en compte de la souffrance psychique au travail

Progressivement, la souffrance psychique au travail apparaît comme une entité spécifique au sein de la pratique de la médecine du travail. La prise en compte des problèmes de santé en lien avec le travail a commencé avec des problèmes de santé physique, des grandes pathologies de métiers comme le saturnisme ou la silicose. La reconnaissance en maladie professionnelle authentifie l'origine professionnelle de la maladie.

La priorité est toujours à l'objectif, au visible, puis le subjectif, l'invisible devient dans un second temps apparent. La prise en compte de l'activité psychique au travail se développe depuis quelques décennies avec les théories de la psychodynamique du travail. Le risque pour

la santé mentale est reconnu et désormais inscrit dans la loi de modernisation sociale (L.M.S.).

La souffrance psychique pose deux problèmes : celui de la capacité des salariés à exprimer leur point de vue, à soutenir leurs critères d'évaluation du travail. Et celui de la capacité des interlocuteurs d'entendre cette souffrance.

Dejours fait apparaître une souffrance psychique des salariés qui s'inscrit dans la normalité du travail. Il s'agit d'une souffrance psychique inhérente à toute activité, née des efforts à déployer pour parvenir à faire son travail.

Il s'agit là de la part invisible de la souffrance psychique au travail. Il faudrait pourtant la prendre en compte pour comprendre les autres souffrances, visibles celles-ci.

Le « harcèlement moral » lorsqu'il est évoqué, témoigne d'une souffrance qui s'inscrit parmi d'autres souffrances au travail et il importe aussi de prendre le phénomène général de front et de ne rien sous-estimer au nom de la minimisation et de la banalisation. Mais par la voix des victimes de harcèlement, c'est tout un ensemble de souffrances liées au travail qui est mis à jour. L'expression de la souffrance par le souffrant lui-même doit être favorisée pour lui permettre de donner un sens à l'action dans son travail.

La plainte dans le champ du travail qui cherche à se faire entendre, est le signe que la culpabilité et la honte d'avoir à se plaindre lorsqu'on a un emploi alors que d'autres désespèrent d'en trouver, ne fait plus obstacle à l'expression (51).

On ne peut pas rester neutre et objectif dans les rapports salarié – employeur ou médecin – salarié ou médecin – employeur. Exiger une neutralité pourrait être qualifié de négation de la mobilisation subjective (67) et voué à l'échec, en particulier dans toute relation d'aide, ou intervention en entreprise par le médecin du travail ou un consultant.

De plus, médicaliser la souffrance ou criminaliser le harcèlement, ne suffit pas. Il faut reconstituer les solidarités, en commençant par prendre conscience du fait que le système ne nous est pas imposé de l'extérieur et que nous le faisons marcher (97). L'inverse se produit en individualisant les situations, en traitant le harcèlement par décision de tribunal. L'attention se porte sur la réparation et non sur la prévention.

D'après Gonik (45), « le mode de traitement du mobbing relève de la même logique que celle qui le produit, c'est-à-dire un traitement individuel du conflit sans remettre en cause le contexte général ». De même, la plupart des institutions ou entreprises qui ont mis sur pied des structures de lutte contre le mobbing font coexister un traitement codifié (la plainte et

l'enquête) avec une justice « négociée » : la médiation entre la victime et le harceleur (45). Mais on sait maintenant qu'il est impossible de traiter les situations au cas par cas, que cela doit relever d'une action d'envergure dans l'entreprise pour mettre en mots les raisons qui ont permis l'éclosion de violence, mobbing ou harcèlement. Cela est difficile et fait peur aux entreprises.

Pour nous, l'avenir est probablement, dans un premier temps, pour les entreprises, d'accepter les enquêtes nécessaires pour dévoiler les mécanismes qui ont permis à ces situations de croître. Nous aimerions que ce vœu pieux se généralise pour voir, à l'initiative des salariés, au courant de leur existence, se développer ce genre d'enquêtes.

Que la souffrance psychique au travail touche toutes les catégories de salariés facilite son déni et sa banalisation : on a affaire à des individus qui craquent et qu'on peut accuser d'être déprimés, douillets, paresseux... Dans un contexte de forte pression, les collègues pourront se rallier à l'idée qu'il s'agit de problèmes purement individuels et porter des jugements moraux négatifs, au nom des valeurs du travail ou de la virilité, voire au nom de l'égalité rompue par ceux qui n'assument pas leur part de travail. Le problème est de relier des souffrances individuelles à des situations collectives. Cette souffrance qui ne trouve pas aisément une expression politique est cependant vécue comme une iniquité : les mauvaises conditions de travail, le sentiment que l'emploi n'est pas sûr, engendrent le sentiment d'être mal payé par rapport travail fourni, d'être exploité. Inversement, les formes enracinées de résistance à la domination par le retrait ne sont pas exemptes d'une forme paradoxale d'adhésion : comme on peut s'impliquer « juste ce qu'il faut » dans son travail, on a le sentiment d'un échange en quelque sorte équilibré avec l'entreprise. On voit se construire une position de « victime » qui paralyse la pensée et l'action.

V. B. La prise en charge de la souffrance psychique au travail

L'objectif de cette prise en charge est triple : un objectif individuel visant à limiter les conséquences du traumatisme, un objectif collectif visant à lutter contre le sentiment d'insécurité pouvant résulter d'une insuffisante attention portée aux victimes, visant à mettre en lumière les mécanismes qui ont permis à la situation pathogène de s'installer, ces deux premiers étant les objectifs immédiats, et le troisième, le plus important, étant préventif, afin que ce qui a été constaté ne se reproduise plus.

L'attitude est différente selon que l'on est devant quelqu'un qui présente une souffrance liée au travail et quelqu'un qui présente un tableau de décompensation dans les suites d'une souffrance psychique en lien avec son travail.

V. B. 1. La prise en charge de la souffrance psychique avant la décompensation

Les salariés n'accusent pas forcément le travail lorsque le lien avec l'organisation du travail n'est pas évident. C'est alors que les signes de cette souffrance psychique et de son retentissement vont les amener à consulter leur médecin généraliste. C'est souvent dans le huis – clos du cabinet du généraliste que le patient confie d'abord son désarroi, à lui que « s'adressent » les premiers signes cliniques avant même toute peine verbalisée (41). C'est au médecin généraliste que revient la prise en charge au quotidien de ces patients, leur suivi médical et administratif : l'arrêt maladie, les prescriptions médicamenteuses, l'envoi au spécialiste...

La souffrance doit être mise en mots par le patient et son médecin (du travail – traitant) ce qui ne va pas de soi et prend souvent du temps, passe par des chemins détournés. En effet, la plainte revêt au départ un caractère strictement personnel, dans le contexte fréquent de culpabilisation et de perte de confiance en soi et en ses compétences.

Le médecin du travail n'est pas toujours informé. Lorsque c'est le cas, une fois la souffrance psychique du salarié verbalisée, il est difficile de savoir comment réagir, vers qui adresser le patient, que faire vis-à-vis de l'aptitude et de l'emploi. Il s'agit de construire une clinique de santé au travail et les règles du métier de médecin du travail, ce que nous verrons plus bas.

Toute démarche doit se faire dans le respect du secret médical et nécessite l'accord formel du salarié. Le médecin du travail doit être prudent dans ce contexte empreint de subjectivité, même s'il faut faire confiance a priori et accueillir la parole comme légitime et la souffrance comme fondée.

Il y a lieu d'accuser réception de la souffrance psychique au travail puis d'essayer, avec le salarié, de comprendre ce qui se passe. Le lien avec le travail se construit peu à peu dans l'introspection du ressenti du salarié par lui-même et son médecin du travail. La connaissance de l'entreprise est en cela nécessaire.

Dans les situations de souffrance psychique sans décompensation, l'urgence pour le médecin du travail est d'aider le salarié à retrouver le sens que prend pour lui son travail, à mettre en mots et à « penser » le quotidien de ses gestes de travail, de l'organisation du travail.

Dejours explique que « toute intervention (...) même si elle est bien intentionnée et vise l'amélioration du rapport entre le travailleur et sa tâche, risque de déstabiliser l'édifice de la normalité si difficilement acquis. Car toute action de l'ergonome ou du médecin du travail a des conséquences à la fois sur la santé, sur le collectif de travail et sur l'activité (5) ». Il est important alors de « ne pas nuire par imprudence et par ignorance et de s'abstenir d'agir en l'absence de conditions raisonnables de succès ». Il est nécessaire ensuite de comprendre que l'on ne peut qu'aider les salariés à « construire la santé » au travail, en coopération avec eux.

V. B. 2. La prise en charge de la décompensation d'une souffrance psychique en lien avec le travail

La prise en charge de patients arrivant avec une étiquette « persécutés au travail » devrait faire privilégier par les cliniciens une approche clinique rigoureuse plutôt qu'une adhésion systématique au syndrome en vogue ou, à l'inverse, un rejet systématique de ces patients. D'après Pezé (41), « en cassant l'isolement du patient, le gain thérapeutique est immédiat ».

- Le médecin du travail : l'utilisation de l'inaptitude temporaire associée à une consultation chez le médecin généraliste pour un arrêt maladie est une première mesure. Faire cesser un harcèlement est une urgence. Une déclaration de Maladie à Caractère Professionnel (M.C.P.) peut être établie par le médecin du travail ou le médecin généraliste.
- Le médecin généraliste : le médecin traitant doit être informé de l'existence de réseaux spécialisés afin d'orienter rapidement son patient vers les acteurs de la prise en charge : alerter le médecin du travail, adresser au médecin inspecteur du travail et au psychiatre dans les consultations de pathologie professionnelle, prendre conseil auprès de consultations spécialisées. La solution de première intention est de mettre le patient en arrêt maladie pour le sortir de la situation pathogène. Le devenir du salarié dans l'entreprise est ensuite évalué par le médecin du travail. Comme dit plus haut, il faut du temps au salarié pour prendre du recul, verbaliser la souffrance et resituer les causes dans la situation de travail.

Il est important de rappeler que l'arrêt de travail renvoie le salarié à l'inactivité et donc à lui-même. Il peut être dangereux de ne pas encadrer cet arrêt par un suivi médical prévu entre le médecin et le salarié.

- Le médecin inspecteur du travail se fait le relais des médecins du travail et apporte son savoir lié à la supervision des situations rencontrées par tous les médecins du travail.
 - Le psychiatre, psychologue ou psychothérapeute : doit être proposé et sollicité précocement. Les états de stress post-traumatiques apparaissent six mois après le traumatisme entraînant une prise en charge en cas de persistance des cauchemars intrusifs ou des conduites d'évitement. Le debriefing dans les 48 premières heures ne semble plus actuellement être d'un grand bénéfice pour le patient.
 - La réparation judiciaire : une fois la situation professionnelle réglée, une fois l'état de santé stabilisé, on peut orienter le salarié vers l'avocat, les prud'hommes, en maintenant une relation permanente avec les acteurs de santé.
- L'ordre est malheureusement souvent non respecté, donnant lieu à l'absence de bénéfice pour le salarié et à l'épuisement émotionnel dans des procédures coûteuses en temps et en argent. Cette démarche personnelle devrait être encadrée médicalement.

V. B.2. a. L'obligation de l'employeur d'évaluer les risques professionnels pour le psychisme des salariés

La reconnaissance du stress comme risque professionnel a une traduction juridique importante puisqu'elle impose le déclenchement, en la matière, d'une politique de prévention telle que définie au chapitre préliminaire (Principes généraux de prévention) de livre troisième du Code du travail. L'employeur est tenu d'identifier les risques, en particulier pour la santé mentale, afin de les éviter.

Baillargeon propose d'évaluer « le risque psychique » (98) par le biais de la « fiche d'entreprise du médecin du travail [qui] doit établir une cartographie des risques de l'entreprise, dont le risque psychique ». Pour sa part, l'employeur, en vertu de l'article L. 230-2 du Code du travail (il appartient à l'employeur de prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés de l'établissement... ») et son décret d'application du 5 novembre 2001, se doit d'établir une procédure de repérage,

d'évaluation et de réduction du risque, d'instaurer information et formation des salariés à propos des risques professionnels présents dans leur entreprise. Tout cela doit être détaillé et remis à jour en permanence dans un « document unique », qui fera foi devant les juges.

« Le risque psychique » comprend :

- L'agression physique ou verbale, menaces.
- La souffrance éprouvée par le salarié face à la souffrance de son client, de la personne dont il doit honorer la demande : surtout dans les professions des secteurs publics et médico-social.
- Le déni de la personne du salarié, par le client, la hiérarchie, les collègues.
- Selon les travaux de Dejours (3, 8), il faut y ajouter la souffrance liée à toute activité, du fait de l'écart en travail prescrit et travail réel. Elle devient un risque pour la santé du salarié lorsque l'organisation du travail ne fournit plus les moyens de l'éviter (marges de manœuvre...) Le risque, c'est la rigidité de l'organisation du travail, qui amène à souffrir puis à décompenser.
- Et la « souffrance éthique » liée à la réalisation d'actes réprouvés, prescrit par l'organisation du travail.

L'amélioration des conditions matérielles du travail doit être complétée par une formation du personnel à la gestion du risque psychique et par l'organisation de moments d'expression collective, libre mais encadrée, des difficultés rencontrées. Selon Baillargeon (98), « cette prévention du risque psychique doit s'inscrire chez les professionnels de la relation d'aide, dans la politique de gestion des ressources humaines, qui doit reposer sur, d'une part une « sélection » (ou une orientation) psychologique, lors du recrutement, afin d'éviter aux personnalités trop fragiles un échec professionnel certain, et d'autre part une construction des petits collectifs mélangeant des personnes de tous âges et des deux sexes afin de disposer des ressources et de la complémentarité qu'offre la diversité des profils ».

Mais nous pensons qu'il ne s'agit justement pas d'une question de personnalité. Il faut ramener les questions à l'organisation du travail et non rester sur une représentation individuelle des problèmes.

Le harcèlement moral peut être considéré comme un « risque professionnel » (99)

1. « Lorsque le harcèlement moral s'inscrit dans une stratégie d'entreprise : les conduites de disqualification sont alors déniées. Le déni entraîne l'absence de recevabilité par

l'organisation, des plaintes de la "victime" qui n'a plus qu'à partir ou recourir aux instances judiciaires

2. Les conduites de harcèlement sont considérées comme un des éléments de dysfonctionnement de l'organisation. Il s'agit "simplement" de régler le problème, isolé de son contexte d'apparition. La "victime" se voit accorder un soutien médical le temps de procéder à sa mise à l'écart de l'entreprise.

La nécessité de mettre fin au harcèlement moral et éventuellement de sanctionner le "harceleur" est soumise à trois critères qui peuvent intervenir de façon concomitante :

- L'utilité de cette personne pour l'entreprise : elle bénéficie alors du soutien de sa hiérarchie et l'entreprise préférera se séparer du « harcelé » plutôt que du "harceleur".
 - La réticence à se déjuger : peut conduire une direction à "couvrir" des comportements répréhensibles.
 - La "solidarité de corps" qui paraît unir les cadres et sur laquelle butent souvent les tentatives de médiation des directions des ressources humaines (D.R.H.), quand elles-mêmes ne se rangent pas du côté de l'encadrement.
3. Faire intervenir divers acteurs institutionnels pour faire un diagnostic de la situation de harcèlement. Les solutions ne sont pas stéréotypées, mais encore trop rares ».

V. B. 2. b. Apport de la psychodynamique du travail : « l'écoute risquée »

« Ecouter et entendre, c'est-à-dire comprendre quelque chose d'inédit dans la parole prononcée, ouvre la porte à un premier risque. D'abord parce que entendre la souffrance d'autrui, pénétrer dans le drame (...) est bouleversant et déstabilisant pour le fonctionnement psychique des chercheurs. Les enquêtes (...) se révèlent extrêmement coûteuses pour les chercheurs. (...) Le deuxième risque pour les chercheurs concerne leur rapport au savoir scientifique établi. (...) Le troisième risque pris par les chercheurs est plus décisif. Les chercheurs s'engagent vis à vis des salariés qui participent à l'enquête (...) On n'est jamais sûr à l'avance d'arriver à des conclusions satisfaisant à tous les critères de validation (3) ».

Alors que la médecine du travail a pour vocation principale de prévenir, dépister les maladies du corps résultant du travail, alors que l'ergonomie a pour mission d'agir sur les conditions de travail pour les adapter à l'homme en vue d'écarter les dangers pour sa vie et sa santé, tout en

respectant les objectifs de l'efficacité dans le registre de la production, la psychopathologie du travail semble naturellement vouée à l'analyse, au dépistage et éventuellement au traitement des maladies mentales. Elle se donne aussi pour objectif d'élucider la signification des conduites humaines. Elle n'a pas alors vocation à proposer des solutions. L'action sur la réalité relève du choix et de la compréhension du patient.

En se donnant pour objet la normalité, la psychodynamique du travail ouvre des perspectives plus larges qui ne concernent plus seulement la souffrance, mais aussi le plaisir dans le travail. Elle s'intéresse aux processus intersubjectifs qui rendent possible la gestion sociale des interprétations du travail par les sujets (créatrices d'activités, de savoir-faire et de modes opératoires nouveaux) (3). La psychodynamique du travail permet de mettre en mots des situations de travail pour une prise de conscience collective. Tout dans notre société pousse à porter une explication comportementaliste et individuelle des problèmes. La psychodynamique resitue la question au niveau du travail, de l'organisation du travail.

Dubré explique que « la psychodynamique du travail permet de sortir du processus de victimisation pour replacer ce qui arrive dans le contexte d'une organisation du travail à remettre en débat. C'est décaler le point de vue, apporter une lecture différente qui puisse aider à penser et retrouver du sens dans une situation devenue folle ».

V. B. 2. c. Les recours juridiques (49)

La loi est un outil, la procédure judiciaire une étape, dans la reconnaissance de la souffrance du salarié. Le recours juridique est une démarche personnelle dans laquelle une surveillance médicale de l'état psychique du plaignant devrait être imposée. Ces actions en justice ne sont pas toujours bénéfiques pour la santé des salariés.

La Loi de Modernisation Sociale (L.M.S.) introduit au Code du travail l'article L. 120-4 que « le contrat de travail est exécuté de bonne foi ». Son article 169-1 stipule qu'aucun salarié ne peut être « sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat pour avoir subi ou refusé de subir les agissements constituant un harcèlement moral ou pour avoir témoigné de tels agissements ou les avoir relatés ».

- Art. 1134 du Code Civil
- La dignité de la personne : art. L. 225-14 du Code Pénal, art. L. 120-2 du Code du travail
- Les compétences du conseil des prud'hommes
- Le tribunal pénal, le tribunal administratif

Le code du travail :

- L'article L. 230-2 définit l'obligation générale de sécurité de l'employeur. Il est complété par la notion de santé physique et mentale par la L.M.S.
- Le salarié peut lui même utiliser son droit de retrait au titre de l'article L. 231-8 du Code du travail.
- Le droit d'alerte donné aux membres du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.) par l'article L. 231-9 du Code du travail. Ce droit peut être renforcé par l'article L. 422-1-1 du Code du travail qui donne mission aux délégués du personnel d'exercer toute action pour la protection de la santé des salariés et tout pouvoir de signalement, notamment à l'inspection du travail. De plus, l'article L. 231-9 du Code du travail donne la possibilité au C.H.S.C.T. de nommer un expert.

Le Code de la Sécurité sociale :

- L'article L.411-1 définit l'accident du travail
- L'article L.461-1 stipule qu'une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle est désignée dans un tableau. La possibilité de reconnaissance en maladie professionnelle reste possible dans le cadre du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (C.R.R.M.P.) si la victime présente un taux d'incapacité permanente de 25 % (depuis le décret du 18 avril 2002, contre 66,66 % auparavant).
- L'article L. 461-6 définissant la déclaration de maladie à caractère professionnelle (« tout médecin ayant connaissance d'une pathologie en lien avec le travail de son patient doit déclarer anonymement... »).

Le Code de déontologie :

- Signalement
- Secret partagé

- Obligation d'information

Poursuites civiles ou pénales (démarches individuelles) :

- Les « victimes » opèrent un calcul coût/avantage financier qui influe sur leur choix stratégique. Lorsqu'elles s'estiment prêtes à faire appel à la justice, ce qui se fait à l'issue d'une longue réflexion et généralement lorsque leur santé le permet à nouveau, elles se dirigent vers un avocat. Cette décision prend place après le recours aux syndicats.
- Les difficultés rencontrées :
 - o La rareté extrême des témoignages. La solidarité professionnelle ne résiste pas aux menaces de représailles. Les témoins sont protégés par les nouveaux articles du Code du travail (art. 169-1 de la L.M.S.)
 - o Une conjoncture actuelle de l'emploi favorable aux menaces de déqualification, de mise au placard ou à la perte pure et simple de son emploi : la précarité a neutralisé la mobilisation collective, généré le silence et le chacun pour soi
 - o Les employeurs et responsables sont très souvent considérés comme faisant partie d'une caste solidaire ayant la capacité de prendre à l'égard d'un salarié des mesures de rétorsion en mobilisant leur réseau d'influence
 - o L'absence de preuves matérielles tangibles. Il faut insister sur le fait que le harcèlement moral est une forme de violence psychologique fondée sur de « petits faits » qui, pris isolément, paraissent dérisoires. Il faut alors noter l'ensemble des faits de manière chronologique, garder les courriers et leurs enveloppes, se faire aider d'un avocat.
 - o La peur inspirée par l'agresseur à sa victime. Argument le plus souvent rencontré devant le renoncement aux poursuites ou à un témoignage
 - o La peur de la stigmatisation : être catalogué dans la catégorie des employés posant des difficultés à l'employeur du fait d'une fragilité psychologique.

Le juge est dorénavant perçu comme celui-là seul capable de dénoncer impartialement le coupable et de reconnaître et désigner la victime.

Un tel investissement, une telle attente envers l'institution judiciaire est à double tranchant : salubre en cas de jugement favorable, elle peut se révéler extrêmement préjudiciable et funeste pour la « victime » lorsque sa plainte est rejetée ou le verdict rendu à ses torts.

Vannereau (50) dit : « Ne perdons pas de vue que les seuls "procès" envers les harceleurs ne feront que désigner des boucs émissaires... Et ils ne feront que renforcer la stabilité du système, en l'enfermant dans un processus de faux changement, pour en occulter l'essentiel ». Il est vrai que la facilité va dans le sens d'une gestion individuelle des cas de souffrance, sans « creuser » dans l'organisation du travail.

Les actions envers l'entreprise, à l'initiative du (des) salarié(s)

- L'information de l'Inspection du travail
- Le recours au référé prud'homal
- L'attribution de dommages – intérêts : selon les articles 1382 et 1383 du Code civil, « tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer »
- Les sanctions pénales : selon l'article 225-14 du Code pénal, « le fait de soumettre une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine est puni de deux ans d'emprisonnement et de 76 000 euros d'amende ». Le nouvel article 222-33-1 du Code pénal issu de la loi de modernisation sociale est venu créer une infraction spéciale : désormais, « le fait de harceler autrui (...) est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».
- Le rôle des syndicats : selon le nouvel article L. 122-53 du Code du travail : « les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise peuvent exercer en justice, (...) toutes les actions qui naissent de l'article L. 122-46 (harcèlement sexuel) et des deux premiers alinéas de l'article L. 122-49 (harcèlement moral) en faveur d'un salarié de l'entreprise, sous réserve qu'elles justifient d'un accord écrit de l'intéressé. L'intéressé peut toujours intervenir à l'instance engagée par le syndicat et y mettre fin à tout moment ».

➤ La réponse de l'entreprise au harcèlement

Quel qu'il soit, le type de réponse privilégié par l'organisation face à une situation de harcèlement est générateur de coûts. Ainsi, la non prise en compte de la plainte d'une « victime » de harcèlement au sein de la firme peut la conduire parfois à un recours en justice très coûteux en terme de pénalités financières éventuelles, de temps réservé au procès (préparation des dossiers, présence au tribunal...), d'image et de réputation. En revanche, la décision d'action de l'organisation peut engendrer des dépenses liées à la détermination d'une sanction à l'encontre de l'agresseur (analyse de la situation, entretiens, mise à pied...), à la mise en œuvre d'une politique de communication, d'un plan de formation.

De même, les implications individuelles sont à l'origine de nombreuses sources de coûts indirects liés à l'insatisfaction de la « victime », à une perte de motivation, d'implication dans l'organisation, au sentiment d'avoir été trahie et maltraitée. Une moindre performance, le départ ou l'absence pour maladie de la « victime », la dégradation du climat social, la détérioration des relations de travail sont également des coûts indirects (53).

➤ Stratégies de prise en charge d'une souffrance psychique au travail

Partagé entre l'attitude de soin et de traitement et l'attitude d'écoute et d'accompagnement, le médecin du travail cherche le plus souvent à réagir selon une stratégie ou conduite de prise en charge. Chaque médecin a alors ses propres méthodes et préférences, hormis ceux qui, nombreux, qui se forment à la psychodynamique du travail, dans des groupes de travail.... Nous proposons une liste sommaire d'étapes fondamentales, à suivre face à une situation de souffrance au travail et en particulier de harcèlement :

- Ecouter et prendre acte de la souffrance psychique, a priori fondée.
- Envisager la résistance ou dégager le sujet de la relation d'emprise.
- L'arrêt de travail ne suffit pas car transitoire et précaire ; de plus le salarié se ressent comme dépendant d'une mesure administrative susceptible à tout moment d'être révisée, suspendue ou annulée.
- Envisager l'inaptitude médicale définitive puis le licenciement dans des conditions acceptables par la « victime », enfin l'accès aux indemnités de chômage.
- Engagement par la « victime » si son état le permet, d'une action prud'homale et/ou pénale.
- Le réseau de prise en charge médecin du travail, M.I.R.T.M.O., médecin généraliste, médecin conseil, psychologue, psychiatre, psychanalyste est perçu par

le patient comme une forte structure collective qui vient le sortir de sa solitude, de son enfermement. Le gain thérapeutique est immédiat. L'information et l'accord du patient doivent être complets.

- Interrompue à temps, la situation de harcèlement demeurera une parenthèse noire dans la vie du sujet. Poursuivie trop longtemps, les séquelles psychiques et somatiques peuvent être définitives, et constituent un enjeu de survie personnelle et de santé publique majeur.
- L'utilisation de médicaments pour combattre la dépression engendrée par le harcèlement n'est que le combat de l'effet et pas celui de la cause. L'écoute attentive semble plus appropriée pour combattre la cause. Elle n'est pas l'apanage des psychothérapeutes. Le rôle des délégués du personnel s'avère tout aussi primordial en la matière. Leur compréhension du point de vue de la « victime », même lorsqu'elle n'est pas suivie d'effets, constitue pour elle un facteur extrêmement réconfortant, propre à atténuer le sentiment d'injustice qui les étreint.

Il faut toujours garder le fil conducteur et ne pas se laisser prendre au piège de la compassion : le travail et l'organisation.

V. B. 2. e. Le concept de harcèlement moral

Le statut de citoyen de chaque salarié doit être respecté dans l'entreprise pour lui éviter d'endosser le statut de victime, lourd de conséquences pour sa santé. Jean-Pierre Le Goff, sociologue, dans une interview à l'Express du 13.03.2003, souligne à propos de la loi punissant le concept de harcèlement moral : on voit « une tendance à se penser victime ayant des droits face à un pouvoir qui s'exerce sur le mode de l'injonction paradoxale : soyez responsables, soyez autonomes. Le livre de Hirigoyen (2) incite ses lecteurs à décoder leurs problèmes en termes de perversion morale ou de pathologie psy, au lieu de les affronter comme des rapports de force ou des conflits inhérents aux groupes humains ». « La loi (de modernisation sociale) alimente les raisonnements paranoïaques, induit un climat délétère de suspicion généralisée. Elle encourage les gens à préférer le statut de victime impuissante à celui de citoyen responsable, d'autant plus que les médias sanctifient les victimes ». « On a reporté sur la justice des problèmes que personne ne savait résoudre, (...) on instrumentalise la justice ».

Le concept de « harcèlement moral » propose une représentation individuelle des situations de harcèlement. Il s'agit d'une relation duelle entre un harceleur et un harcelé. L'intervention du médecin du travail se limite à la désignation de la maladie du harceleur et à adresser le harcelé au médecin traitant. Le traitement propose une psychothérapie de soutien. La prévention se résume à repérer les personnalités perverses.

Cela nie les situations de souffrance psychique réelle non liées à une relation perverse entre deux personnes. Cela s'oppose à la mise en débat de l'organisation du travail, à la mise en évidence des responsabilités du travail dans l'installation de telles situations.

Nous sommes tous par ailleurs des victimes potentielles, car tous porteurs de failles. Ces failles dans un environnement de travail normal ne posent aucun problème.

Le harcèlement ne doit pas être analysé comme une relation humaine mais comme la conséquence d'un problème dans le travail.

V. B. 2. f. Signalement à un réseau de vigilance par la déclaration en Maladie à Caractère Professionnel

Déclarer les dépressions en Maladies à Caractère Professionnel avec l'accord de la « victime » c'est donner un statut officiel à la souffrance psychique, afin de donner acte et de chercher à prévenir, en permettant au sujet et parfois à la communauté de se réapproprier le sens des événements. Cela va dans le sens du patient mais ce dernier est le seul à pouvoir réagir. Le médecin du travail a une obligation de moyen, doit tout faire pour amener le patient à s'en sortir, c'est-à-dire à penser son travail et venir à critiquer la situation de travail en cause. Les déclarations de M.C.P. sont envoyées à l'inspection médicale du travail en Pays-de-Loire. Cette reconnaissance est nécessaire et parfois suffisante pour sortir le salarié du « sentiment d'inutilité et de fragilité ». Le salarié peut à nouveau penser sa situation de travail.

V. B. 2. g. Rechercher l'existence d'un collectif de travail à activer

Lorsqu'il existe un collectif de travail, l'individu confronté à une situation difficile de violence ou de souffrance peut être soutenu par ses collègues, de sorte qu'il n'est pas seul dans l'adversité, et que des stratégies de compréhension et de réponse pourront être mises en

place afin d'éviter une récurrence. Cette « métabolisation » collective permet de comprendre les causes éventuelles de la violence, de la souffrance ou du dysfonctionnement, pour en analyser la signification dans le cadre de l'organisation du travail.

V. C. Traitement et Prévention

V. C. 1. Traitement

V. C. 1. a. Le traitement d'une victime de traumatisme psychique

Il dépend beaucoup de son passé traumatique personnel (100). Les victimes se plaignent souvent de thérapeutes qui veulent les entraîner dans des thérapies où l'événement subi est occulté. Le thérapeute ne semble s'intéresser qu'à leur enfance, leurs parents, etc. Ceci tient à une grande difficulté héritée de la psychanalyse, laquelle postule que les troubles psychotraumatiques actuels sont liés, dans « l'après-coup », aux avatars de la structuration œdipienne de la personne. Lopez (100) pense « au contraire que les troubles psychotraumatiques sont en relation "directe et certaine" avec l'événement subi, quelle que soit la personnalité antérieure de la personne considérée ». Bien entendu, la personnalité de la victime, son histoire personnelle, ses troubles psychiques éventuels, interfèrent avec les troubles psychotraumatiques actuels. Dans l'immense majorité des cas, les thérapeutes devraient traiter en priorité les troubles dont se plaignent les victimes de traumatismes. De plus le thérapeute devrait posséder des connaissances en victimologie pour orienter correctement la victime dans le réseau d'aide et d'accompagnement social et judiciaire, faute de quoi il aura le plus grand mal à établir un cadre thérapeutique qui résiste à la pression des événements qui émaillent le parcours de la victime, laquelle se heurte à l'incompréhension de ses proches, de la police, justice, médecine, etc. Cette protection indispensable évite la « survictimisation » des victimes.

Le traitement des victimes de traumatisme doit, autant que possible, privilégier les thérapies dites brèves centrées sur le traumatisme psychique et ses conséquences sur la vie courante. Damiani (101) renchérit en expliquant que « la thérapie analytique appliquée aux victimes devrait être redéfinie comme la prise en compte à la fois de la réalité psychique et de la réalité événementielle ».

V. C. 1. b. Prendre en charge les victimes de harcèlement moral (29).

L'auto-désignation comme victime de harcèlement moral permet, que cela soit revendiqué ou vécu avec honte, de poser un diagnostic du contexte professionnel. Le patient pense incarner le symptôme d'un dysfonctionnement grave et il « amène avec lui » ses supérieurs hiérarchiques, l'organigramme de sa société, le positionnement des syndicats, plutôt que son histoire personnelle et familiale.

L'objectif du travail thérapeutique avec un psychiatre est de leur permettre de se dégager des manœuvres dont ils sont l'objet, de retrouver un sentiment d'intégrité. Cela nécessite le décryptage par le patient des manœuvres subies dans le contexte professionnel, mais aussi la compréhension de l'objectif caché du harcèlement.

Les trois étapes du travail thérapeutique sont comme suit (29) :

- *Création d'un environnement stable et sécurisant* : prise en compte des dires afin de ne pas banaliser ou disqualifier le ressenti du salarié, adresser à un psychiatre en expliquant la démarche de reconnaissance des processus et non d'une anormalité légitimant les quolibets des harceleurs, discuter d'une mise sous traitement ou d'un arrêt de travail, prendre contact avec le médecin traitant.
- *Réintroduire le patient comme acteur de sa vie professionnelle* : plusieurs entrevues sont souvent nécessaires pour bien cerner la situation et laisser le temps au patient de décrire, répéter ce qui se passe, comment il a réagi ou tenté de réagir. Il faut lui faire écrire ce qu'il a vécu et prendre le temps de réfléchir, d'où l'importance de la qualité de la relation médecin traitant – médecin psychiatre – médecin du travail. La vie personnelle va être explorée. Le patient est incité à demander un avis juridique, ce qui peut être essentiel car cela modifie de façon radicale la relation entre le salarié et le(s) harceleur(s). Doivent être explorées toutes les possibilités d'avenir pour le salarié (rester au même poste, rester dans la même entreprise, se faire muter dans l'entreprise ou hors de l'entreprise, chômage après démission ou licenciement, recherche d'un autre emploi avant démission, nouvelle formation professionnelle interne ou externe, préretraite, invalidité...). Le médecin – conseil est tenu informé, surtout en cas d'arrêt prolongé, pour prévenir toute interruption brutale des indemnités journalières ou envoi inopiné de convocations de contrôle.
- *Reprise de l'activité professionnelle* : le patient devra être soutenu dans cette période de transition. Il va être important d'aider le patient à différencier un conflit professionnel banal d'un nouveau harcèlement.

Strachwitz explique qu'il lui semble « important d'accepter de reconnaître le statut de victime du patient pour lui permettre de cesser de s'épuiser à le revendiquer ». Mais ce statut doit lui être reconnu par des personnes compétentes. Sinon, il est préférable de ne pas prononcer le mot de « victime », mais de reconnaître la souffrance psychique.

L'écrit rétrospectif vise à endiguer l'envahissement psychique. Il s'agit d'un travail difficile entraînant souvent une réactivation anxieuse et une nouvelle majoration des troubles du sommeil. La perception de la reviviscence des faits s'oppose aux conseils de l'entourage qui répète souvent depuis longtemps qu'il faut essayer de ne plus y penser.

L'existence d'un réseau psychiatres – médecins du travail permet d'adresser des salariés sans symptomatologie psychiatrique avérée, avec pour objectif de mettre à jour les causes de la souffrance psychique dans l'organisation du travail. Dans les cas de suspicion de harcèlement, après une consultation avec un psychiatre, la situation est plus claire pour le salarié et pour le médecin du travail. Cela permet d'éviter « l'envahissement de l'esprit des salariés par des sentiments de confusion, de culpabilité, de quête de sens que déclenche le plus souvent l'exposition à des agressions répétées (29) ».

V. C. 1. c. Les psychotropes

Les anxiolytiques apaisent l'angoisse et permettent l'induction du sommeil (100). Il convient de les utiliser sur de courtes périodes car ils risquent d'aggraver le ralentissement psychomoteur ainsi que les troubles de la mémoire et de la concentration.

Les antidépresseurs luttent contre les éléments dépressifs extrêmement fréquents après les agressions et possèdent des propriétés sédatives très utiles pour juguler l'anxiété. Ils favorisent également le sommeil. Ils ne provoqueraient aucune accoutumance. L'effet des antidépresseurs tricycliques ne se manifestent qu'après trois semaines de prescription. Ils donnent parfois l'énergie psychique qui permet à la victime de trouver la force de dépasser l'agression. Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine ont beaucoup moins d'effets secondaires. La recherche indique qu'ils ont une utilité dans le traitement des troubles psychotraumatiques. Ils doivent être prescrits à des posologies supérieures à celles habituellement proposées dans les états dépressifs et pendant plus longtemps. Le Zoloft a obtenu l'A.M.M. aux Etats-Unis dans l'indication du syndrome de stress post-traumatique. De nombreux patients refusent tout médicament et veulent s'en sortir seuls.

Une benzodiazépine qui agit sur la sphère affective en provoquant une indifférence psychologique, mettant à distance l'événement gênant, peut être utile pendant une dizaine de jours.

Il faut faire attention à l'équation simplificatrice qui transforme la pathologie psychique en une addition de symptômes dûment étiquetés correspondant à des traitements exclusifs. Zarifian (19) précise que « la prescription des antidépresseurs a augmenté de 50 % en cinq ans de 1993 à 1998, est-ce à dire que brusquement il y a une épidémie de dépression vraie » ?

V. C. 1. d. Les différentes psychothérapies (43, 100)

- Les thérapies cognitivo-comportementales : consistent à modifier des symptômes et des conduites pathologiques sans chercher à agir sur la personnalité ou les motivations. Le but ultime étant d'accroître les possibilités de changements et d'autogestion du sujet. Les techniques sont variées : exposition et désensibilisation systématique, restructuration cognitive, gestion de l'anxiété par arrêt de pensée, relaxation, etc.
- L'hypnose éricksonienne : de plus en plus utilisée pour traiter les états de stress post-traumatiques. Elle s'appuie sur les capacités de dissociation souvent développées chez les victimes de traumatismes. Elle permet à la victime de restructurer ses souvenirs traumatiques pour mieux les tolérer ou les abandonner de façon définitive, en mobilisant ses propres ressources.
- L'E.M.D.R. (Eye Movement for Desensitisation and Reprocessing) : technique encore largement expérimentale qui consiste à exposer une victime aux pensées, émotions, sensations corporelles qui accompagnent le traumatisme.
- La psychanalyse est souvent inadaptée à une victime encore sous le choc, s'intéressant essentiellement à l'intra-psychique (champ fantasmatique et non-événementiel) sans tenir compte des pathologies induites par les relations à autrui.

Les psychanalystes entendent douleur et souffrance mais ne peuvent pas les soulager rapidement. Une amélioration ou une guérison peut mettre du temps à arriver.

Le traitement ne vise pas à supprimer la souffrance psychique en elle-même, qui doit retrouver un sens dans l'histoire du sujet, en relation avec son travail, mais seulement à gommer les conséquences psychosomatiques (décompensations, perte de confiance en soi...) qui peuvent paralyser le travail de compréhension.

Il convient de rassurer le patient aux moments de levée de l'anesthésie, car si on ne le fait pas, il croit aller de plus en plus mal quand c'est tout le contraire.

Delaunay (19) rappelle que, « comme dans les affections corporelles, dans les affections mentales, la douleur n'est pas, loin de là, un bon indicateur de la gravité des troubles ».

Le traitement psychothérapeutique d'un syndrome post-traumatique (102) concerne l'abord des séquelles post-traumatiques, suite de l'expérience traumatogène, pouvant donner lieu à un « trauma chronifié », c'est-à-dire lorsque l'individu n'a pu intégrer l'expérience traumatogène de façon suffisamment satisfaisante dans son identité et son histoire de vie, restant comme une séquelle, perturbant sa vie courante.

V. C. 2. Quelles mesures de prévention avons-nous (49) ?

- Contre le harcèlement moral pathologique : aucune, le pervers restera pervers, il s'agit d'une pathologie psychiatrique, et elle doit être traitée comme telle. Il s'agit de repérer ces situations et de ne pas laisser les agissements pervers s'installer. Il est très délicat de diagnostiquer la pathologie chez quelqu'un d'extrêmement manipulateur et malin. Le vrai paranoïaque ne se laisse pas faire et ne se sachant pas malade ou compensant, ne voudra jamais accepter la moindre prise en charge médicale.
C'est extrêmement rare. Si cela existe, cela dénote une organisation du travail anormale puisqu'elle n'a pas pu empêcher ce malade psychiatrique d'agir.
- Favoriser l'information des différents acteurs de la relation de travail :
 - ⊖ Responsables d'entreprises et D.R.H. : alerter sur les risques de certaines organisations du travail ; alerter sur le danger de recourir à des petits chefs.
 - ⊖ Organisations syndicales : formation des Représentants du Personnel ou Délégués du Personnel, pour faire face à ces situations et orienter les « victimes ».
 - ⊖ Salariés eux-mêmes : caractère illicite des agissements de harcèlement et recours.
- Recourir à la loi : la dissuasion. La prévention tertiaire évite l'aggravation dans l'entreprise.

La vraie prévention réside dans le fait de nommer correctement les conséquences d'une organisation du travail pathogène. Le harcèlement moral, comme nous l'avons vu, se résume dans la relation perverse de deux personnes, et ne concerne pas les autres types de

harcèlements décrits. Avant ces conséquences, il est nécessaire de définir les causes. Ces causes se retrouvent dans l'analyse de l'organisation du travail.

La prévention primaire des situations de souffrance psychique au travail réside dans la connaissance par le médecin du travail des situations de travail dans les entreprises qu'il suit. Le travail de terrain et de rencontres vient en complément du travail de préventions secondaire et tertiaire qui intervient dans son cabinet de consultation.

Seuls les professionnels formés sont habilités à gérer ces moments de crise en entreprise. L'analyse doit être méthodique et la plus objective possible, c'est-à-dire dans le respect de la subjectivité de chacun :

1. Analyser les mécanismes de harcèlement dans l'organisation : chaque situation est unique.
2. Ouvrir des espaces collectifs d'analyse et de discussion sur le harcèlement et la souffrance au travail.
3. Informer, former, à tous les niveaux hiérarchiques pour repérer les comportements pathologiques ou pathogènes. Les droits fondamentaux doivent également être énoncés.
4. Faire afficher clairement l'éthique de l'entreprise : introduire la notion de harcèlement dans le règlement intérieur, voire faire écrire une charte par le personnel lui-même (respect des personnes, courtoisie, reconnaissance de chacun dans son métier, solidarité et accueil, application et suivi de la charte).
5. Négocier et faire négocier les différents acteurs dans l'entreprise, agir, prévenir.

Les entreprises pourraient s'inspirer du principe de Hewlett Packard : « Quand les gens se sentent bien, ils travaillent bien ». Tous les rapports au travail et à la relation de travail sont en jeu et doivent être remis en question, tant au niveau individuel qu'au niveau collectif. Il est vrai qu'aujourd'hui on écoute plutôt la phrase qui dit : « Si la production est bonne, c'est que le modus operandi est bon ». La question de l'organisation du travail (fonctionnement et dysfonctionnements) doit être posée.

V. C. 3. Une consultation type serait-elle utile ?

Afin de mieux connaître les « souffrants » et les « faisant souffrir », il est indispensable de mettre en commun les données de tous les praticiens ou du plus grand nombre. Il faudrait pour cela que les consultations se déroulent selon un schéma et une trame prédéfinis, permettant de récolter un maximum d'informations et de pouvoir en sortir des études épidémiologiques. Ces dernières peuvent mettre en évidence la souffrance psychique au travail, et participer au rôle de préventeur du médecin du travail (103). Elles peuvent constituer une amorce de dialogue entre salariés et médecin du travail, hiérarchies et médecin du travail. Mais cela va à l'encontre de la rencontre intersubjective et de l'écoute risquée du médecin du travail face aux salariés. Il faut plutôt apprendre à suivre le fil du travail et s'appuyer sur l'expérience des uns et des autres (construction de règles du métier de médecin du travail).

V. C. 4. Perspectives

Il s'agit de resituer le débat social sur l'organisation du travail. La psychodynamique du travail propose de penser le travail, de faire penser le travail par les salariés eux-mêmes.

Partir d'un nouveau matériel clinique (le vécu des salariés), développer des règles de métier (quoi faire si le salarié souffre dans son travail ?), développer les contacts entre praticiens pour une meilleure connaissance mutuelle des prises en charge d'une même situation, développer l'intervention d'écoute risquée en entreprise, le médecin du travail crée son métier à mesure qu'il le pratique, dans l'échange avec ses pairs et les formations qu'il suit.

Le harcèlement moral a permis aux politiques de prendre conscience d'un problème de travail, mais a été traité comme une pathologie individuelle, sans prendre acte du contexte social et professionnel de l'organisation du travail des entreprises.

L'action politique est un espoir d'avancée sociale :

1. Susciter la tenue de réunions d'information et de sensibilisation soutenues par le Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité à l'initiative des branches professionnelles, des partenaires sociaux et des représentants des salariés à l'instar des

séquences de formation et de sensibilisation déjà organisées par certaines organisations syndicales sur le champ de la lutte contre les discriminations.

2. Un accompagnement des chercheurs d'emploi ayant été déclarés victimes, fragilisés face à la situation de travail paraît approprié. La question de la réinsertion professionnelle des victimes de harcèlement est en effet cruciale. Leur statut de victime étant peu ou pas reconnu, rien n'existe à leur intention pour favoriser leur retour à l'emploi. Un passage par la formation est souvent le moyen d'approcher à nouveau le marché du travail. Cela peut parfois favoriser la reconstruction d'un projet professionnel après une interruption du parcours professionnel finalement non désirée.
3. La mission de l'entreprise au sein des implications de l'économie capitaliste doit être remise en question et en débat en permanence, afin de « sortir de la logique de guerre qui détermine actuellement tous les discours produits sur ce thème. Mais comment contrebalancer la logique du profit (34) » ?

V. D. Le rôle du médecin du travail

Le médecin du travail est souvent démuné face à la demande de réparation du préjudice subit par le salarié. Cela ne relève en effet pas de ses missions.

L'une des missions du médecin du travail est de connaître le milieu de travail. Cela comprend l'évaluation des risques physiques et dorénavant des « risques psychiques ». Il faut donc se former à dépister ces risques.

En effet, ce que l'analyse ergonomique « classique » d'un poste ne montre pas, c'est l'anxiété qui se développe dans les situations détériorées, car des mécanismes de défense, décrits par Dejours, permettent souvent aux opérateurs de garder leur comportement et leur attitude habituels malgré leurs craintes (7). Dejours a montré l'importance de « l'idéologie défensive de métier » qui tend à nier le danger, mais impose également à tous les membres de la collectivité de travail des règles complexes de qualité du travail, de transmission des informations, d'alternance des tâches. On ne peut pas toucher à l'aveugle à ces règles complexes pour les « rationaliser » sans déclencher une rupture des défenses psychiques et menacer la sécurité. Il en est de même pour l'introduction autoritaire de certains moyens individuels de protection pourtant bien étudiés du point de vue ergonomique (7).

Connaître les situations de travail, c'est écouter ce qu'en disent aussi les acteurs principaux : les salariés. Le médecin du travail n'est pas un expert qui sait a priori parce qu'il est scientifique. Il est un accompagnant qui aide à mettre en visibilité les liens santé – travail. Une question à poser dans le cabinet du médecin du travail : « comment va le travail ? »

Le médecin du travail est à un carrefour. Ses missions sont définies par le Code du travail, le temps fait peu à peu son œuvre voyant se développer plusieurs façons de pratiquer cette médecine non traditionnelle. Le médecin qui décide d'être médecin du travail ne sait souvent pas ce qui l'attend.

En règle générale, le médecin est confronté à la maladie d'une personne, qu'il veut guérir par tous les moyens qu'il a en son pouvoir : le traitement, qu'il soit médicamenteux, psychothérapeutique, kinésithérapeutique, etc. Les maladies professionnelles sont certes du ressort du médecin du travail dans leur dépistage, leur diagnostic, leur prévention, mais le traitement reste l'apanage de la médecine soignante, hors de l'entreprise, hors du service inter-entreprises. De plus, la plupart des salariés est en bonne santé. La formation hospitalière du médecin du travail peut difficilement servir face à l'absence de maladie.

Le médecin du travail aborde la souffrance psychique en prenant appui sur ses connaissances médicales : symptômes, dépistage, prise en charge, diagnostic, ou en s'éloignant de la pratique médicale pour s'inspirer de disciplines telles ergonomie, psychodynamique du travail, sociologie : il n'a pas, quand il travaille seul, d'outil prédéfini pour savoir quoi faire devant une souffrance psychique liée au travail. Sans formation, le médecin du travail se base, devant une souffrance au travail, sur une intime conviction (104).

Les interlocuteurs du médecin du travail sont eux aussi peu traditionnels. Là où le médecin généraliste va s'adresser à la famille, au collègue spécialiste, au laboratoire ou au pharmacien, le médecin du travail va tenter de correspondre avec le collectif de travail, l'employeur, les syndicats ou le médecin généraliste.

Les moyens du médecin du travail sont limités en terme d'action thérapeutique. L'inaptitude médicale semble être le seul moyen propre au médecin du travail pour procéder à l'éviction des salariés dans des situations de souffrance psychique due à leur emploi.

L'emploi en effet est la place, le travail l'activité. On met quelqu'un inapte à son emploi, mais pas inapte à son travail, dans le cadre d'une souffrance psychique.

Le médecin du travail est au carrefour de compétences de plusieurs disciplines. Sa formation médicale le tient loin de la compréhension entière du fonctionnement d'une entreprise, des enjeux économiques, de la participation effective du salarié, du chef et du patron dans la

production. L'expérience et les savoir-faire collectivement validés par les pairs et la formation continue permettent de construire le métier de médecin du travail.

La pluridisciplinarité peut changer l'avenir d'une pratique de santé au travail. De plus le travail en groupe paraît également porté à se développer, groupes incluant des médecins du travail, des ergonomes, des psychodynamiciens du travail, des sociologues, des psychologues, chacun dans ses compétences au service de la santé du salarié, de l'employeur, de l'entreprise. Une autre différence majeure de l'exercice du médecin du travail, par rapport à celui de ses confrères, est le suivi et l'accompagnement d'une population (effectif des entreprises), qu'il reverra a priori tous les ans (sauf remaniement des textes espaçant les visites). Contrairement au médecin généraliste qui ne voit ses patients que malades, en relais du médecin du travail, ou pour un renouvellement d'ordonnance, la plupart du temps. De plus le patient a le choix de son thérapeute, pas de son médecin du travail.

V. D. 1. Du code du travail au terrain

Il s'agit d'explorer l'écart travail prescrit – travail réel du médecin du travail.

V. D. 1. a. Les missions du médecin du travail

Le code du travail définit clairement les missions du médecin du travail avec en particulier la mission « d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des salariés du fait de leur travail notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des salariés ». Il s'agit principalement des articles L. 241-2 et suivants, et L. 241-41 (le médecin du travail est « le conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel, des services sociaux... ») et suivants, du Code du travail.

Lorsque l'on parle d'un handicap physique, des outils de reclassement existent (Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés ou P.D.I.T.H., COMmission Technique d'OrientatIon et de Reclassement Professionnel ou CO.T.O.RE.P. , Agence de Gestion des Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés ou A.G.E.F.I.P.H...) Mais lorsqu'il s'agit de souffrance psychique, le médecin du travail peut être désarmé, et essayer de régler les situations en terme de reclassement, ce qui n'est pas adapté.

V. D. 1. b. L'aptitude – l'inaptitude

En 1946, à la naissance de la médecine du travail, l'urgence était de reconstruire le pays. Il était donc logique que chacun occupe l'emploi auquel il pouvait s'adapter et contribuer à l'effort national. C'était mieux pour sa propre santé mais aussi pour l'entreprise et plus globalement pour la société (105).

Voilà l'origine « philosophique » de notre avis d'aptitude ou d'inaptitude, tel que nous l'utilisons toujours aujourd'hui. Est-il toujours adapté à la souffrance des salariés actuellement ? Dans quel but « humaniste » et « patriotique » devrions-nous encore maintenant décider de l'aptitude à un poste d'un individu ?

Davezies explique que « dans la réalité, l'aptitude n'a aucune signification au plan médical : quand un médecin du travail signe une aptitude, jamais il ne signifie ce qu'entend le juriste, c'est-à-dire l'absence de risque pour la santé du fait de son travail (105) ».

Le terme « inapte » est socialement perçu comme une terminologie d'incompétence. L'avis du médecin du travail doit toujours être formulé avec le consentement participatif et éclairé du salarié. « Il faut envisager avec lui toutes les solutions et en argumenter tous les avantages et inconvénients, toutes les conséquences économiques et professionnelles (106) » rappelle C. Roche. L'inaptitude devient une prescription thérapeutique en cas de harcèlement. L'inaptitude ne devrait pas être celle du salarié mais bien celle de l'entreprise.

Un temps est nécessaire à la sortie de la décompensation, après la perte de l'emploi dans cette entreprise, des troubles affectifs liés au départ vis-à-vis du poste et des collègues, temps de réinvestissement d'un futur professionnel positif. L'inaptitude bien comprise peut être un gain thérapeutique rapide.

L'aptitude psychique d'un salarié à un travail ne peut et ne doit pas être explorée par le médecin du travail. Cela reviendrait à une sélection, à une recherche de compatibilité des salariés. De là découle l'impossibilité de prévoir à l'embauche la manière de réagir des gens, d'autant qu'une même personne réagira différemment à une situation nouvelle selon son âge, son expérience et son état général physique et mental. Le risque pour le psychisme en général doit être évalué sur la connaissance des postes de travail dans l'entreprise et de l'évolution de l'entreprise.

L'inaptitude peut être constatée lors de toutes les visites prévues à l'article R. 241-57 du Code du Travail : embauche, périodique, à la demande du salarié (R. 241-49), surveillance médicale particulière, reprise.

Le mettre en inaptitude pour le protéger, c'est aussi mettre le salarié hors circuit du monde du travail.

Les difficultés rédactionnelles sont grandes. Hirigoyen (43) proposait « inapte au poste en raison du climat actuel de harcèlement » mais cela posait le problème de la confidentialité : stigmatisation de la personne, rupture du secret médical. Les conclusions du médecin du travail fournies à l'employeur ou à ses délégués ne doivent jamais être motivées sur le plan médical. Le mot harcèlement est désormais un terme juridique. Seule le juge peut prononcer un tel jugement sur les agissements d'une personne.

Il est possible d'écrire « reclassement possible à un poste similaire dans un environnement différent ».

L'article L. 122-45 du Code du travail relatif à l'inaptitude médicale à un poste constatée par le médecin du travail, n'oblige pas et ne permet pas à celui-ci de s'expliquer sur les raisons médicales qui déterminent son avis.

V. D. 1. c. De la formation du médecin du travail à la pratique

La formation du médecin du travail est d'abord celle de tout médecin : le diagnostic et le soin d'une pathologie découverte chez un individu. Le médecin du travail est confronté à des pathologies de groupe, d'entreprise, bien différentes d'une épidémie.

Le médecin du travail est souvent démuné de par sa formation initiale devant la souffrance psychique. Il n'y a pas d'enseignement spécifique en psychologie, en victimologie lors de sa formation. La compréhension qu'il a des maladies est empruntée aux modèles étiopathogéniques élaborés en médecine traditionnelle : lien de causalité entre un facteur externe et une atteinte pathologique ; ou aux modèles médicobiologiques de la souffrance psychique. Mais de tels modèles ne lui permettent pas de lier les répercussions psychiques observées aux caractéristiques du fonctionnement de l'entreprise (14).

Les médecins du travail sont peu au fait des approches cliniques de la subjectivité. La coopération avec psychiatres et psychothérapeutes doit s'instaurer (107) afin de partager les approches et les savoirs.

Dans une médecine du travail centrée sur l'aptitude, l'approche de la subjectivité au travail pose toujours le problème de la manipulation. Le psychiatre peut donner un avis spécialisé.

Il semble donc que la formation du médecin du travail puisse être remise en cause (104, 107), en terme de connaissances et de capacités à gérer les situations de souffrance psychique au

travail. Il faut entendre la souffrance, l'intégrer dans une situation d'entreprise, de collectif, et dans l'histoire personnelle du souffrant.

Dejours explique que « les médecins du travail se nourrissent de concepts et de méthodologies relevant d'autres champs que le leur, l'ergonomie, la psychodynamique du travail, la sociologie, mais ils ne sont pas encore parvenus à développer leurs propres théories dans leur propre champ (16) ».

V. D. 2. La souffrance du médecin du travail

La souffrance du médecin du travail naît de son impuissance liée à l'ignorance des tenants et des aboutissants d'une prise en charge de la souffrance psychique d'une part, et dans l'impossibilité de s'appuyer sur une théorie et une rhétorique d'une pratique clinique de la médecine du travail face à ces souffrances, d'autre part.

Pierre (16) a relevé quelques manifestations de la souffrance chez les médecins du travail comme « l'atteinte de l'estime de soi, l'impuissance thérapeutique, la peur ou l'épuisement professionnel ».

Davezies et Leboul (108) les avaient identifiées en 1993 :

- « Déficit de l'identité professionnelle :
 - confrontation aux dimensions stratégiques des relations sociales dans l'entreprise
 - agressions
 - manque de résultats tangibles
 - interrogations sur la validité de l'action
- Atteinte de l'estime de soi
- La surcharge de travail
- La diversité des stratégies de défense qui accroît la solitude de chacun ».

« Ainsi que les stratégies de défense qui en découlent :

- prudence : les médecins du travail ne disent pas ce qu'ils pensent, rendent moins visible leur action
- fluidité de l'investissement : les médecins du travail choisissent les entreprises où ils se rendent, par exemple

- désinvestissement dans le travail : investissement dans la sphère privée, devant l'importance du chemin à parcourir en termes de prévention
- activisme : au contraire, être hyperactif peut permettre de fuir la réalité et de se voiler la face (108) ».

V. D. 2. a. La souffrance psychique dans l'exercice d'une profession en quête d'identité

« Le médecin du travail, par son avis d'aptitude, cautionne les conditions de travail et en assume l'indignité (105). (...) On peut penser que la médecine du travail est un système mis en place pour « anesthésier » les questions de santé au travail, pour que les questions de santé au travail n'émergent pas et pour que le système de médecine du travail, lui-même, assume l'indignité du sort qui est fait à la santé au travail dans notre pays ».

Cela débouche sur le problème d'image auquel est confronté le médecin du travail. Les salariés souvent ne savent pas l'utilité ou l'intérêt pour lui-même d'un médecin du travail. Le médecin du travail devrait pour « séduire » sa « clientèle », se mettre sur un pied d'égalité en parlant de son propre travail afin de pouvoir, par la suite demander au salarié de parler de son métier (demander « pourquoi êtes-vous ici ? » ou « Vous ne savez pas si vous êtes apte ? »).

« La médecine du travail et les médecins du travail ne jouissent pas d'un très grand prestige » (16) aux yeux des autres médecins, du public, des salariés, ce qui est source de souffrance. On dit souvent que le médecin du travail ne sert à rien.

La mission du médecin du travail est d'alerter sur les risques du travail existant au-delà des textes et des normes réglementaires et il doit s'interdire de participer à la « gestion » (hiérarchisation) des risques dans les entreprise dont il a la charge même si cela est inscrit dans son travail prescrit.

Le lien, dans la pratique, entre aménagement, inaptitude et risque de perte d'emploi, constitue un obstacle considérable à la tenue d'une réelle attitude de prévention. Le risque de licenciement conduit à une extrême prudence dans la formulation des recommandations concernant les individus. Tous les médecins du travail le savent, certains salariés exposent leurs difficultés, leurs souffrances, leurs pathologies et concluent en disant : « surtout, docteur, ne dites rien, ne faites rien ! » (105). Résultat : les propositions des médecins du travail ne sont avancées que tardivement, dans les cas extrêmes, pour des personnes en bout de course, très difficiles à reclasser, et dont il aurait fallu s'occuper préventivement longtemps à l'avance.

L'unique façon de stopper en urgence l'évolution d'un harcèlement après décompensation des « victimes » est de provoquer un conflit ouvert, de forcer la parole, car l'atout majeur du harcelant réside dans sa capacité à ne pas entrer en conflit (50). En cas de dépistage d'une situation potentiellement source de harcèlement, l'organisation du travail doit être remise en cause.

Le médecin du travail doit faire face à des situations faisant appel chez lui à une prise de position, comme dans les autres pathologies liées au travail, réponse à la formation médicale qu'il a reçue : un symptôme, une maladie, un traitement. Cependant, aucune norme n'est établie. Aucun critère diagnostique ne pourra jamais être déterminé de façon sensible et spécifique dans ces situations de souffrance qui sont, elles, spécifiques à une entreprise, à un salarié, à un collectif de travail. Ces situations sont empreintes de subjectivité, subjectivité situationnelle qui se croise avec celle des différents acteurs : celle des employeurs, des salariés, des médecins du travail et maintenant des juges.

Dubré définit la subjectivité des salariés comme « une réalité objective des situations de travail (109) ». Il faut comprendre ce que le travail signifie pour l'homme qui l'accomplit et l'inscrire dans le sens du travail pour le collectif. La souffrance est toujours exprimée individuellement mais peut refléter une souffrance collective.

La psychodynamique du travail, science de l'homme subjectif, nous donne des pistes de réflexion dans l'inconnu des pratiques en médecine du travail face aux souffrances au travail que rencontrent les médecins.

La souffrance reçue en entretien individuel fait souffrir le médecin du travail. Pourtant, beaucoup éprouvent du plaisir car ils sont projetés au cœur de la vie de l'entreprise.

« Que faire de ce matériel clinique qui dérange ? » Les connaissances médicales ne sont pas suffisantes, entraînant une perte du sentiment de maîtrise. Le problème suivant est : « que faire de ces paroles recueillies sous le sceau du secret médical ? »

La culture d'expertise imprègne la pratique médicale. La volonté à poser un diagnostic de suite et à prodiguer des conseils proches de la prescription reste spontanément forte. Les médecins du travail qui se retrouvent pour la première fois confrontés à une souffrance psychique liée au travail peuvent avoir le réflexe de demander la conduite à tenir pour régler le problème au plus vite.

De plus, beaucoup de médecins du travail sont persuadés que le salarié qui vient « vider » sa souffrance dans leur cabinet souhaite une solution dans la demi-heure. Pierre (104) dans une enquête auprès de quelques médecins du travail d'un même service inter-entreprises, nous

montre que ce que les salariés veulent dans le secret du cabinet médical, relève plutôt de la disponibilité, de la discrétion et de la possibilité de s'entendre dire leur souffrance pour élaborer par eux-mêmes des solutions à leur situation.

Pierre pose alors la question : « le rôle de conseiller du médecin du travail auprès de l'employeur et des salariés n'est-il pas érigé en idéologie collective de défense par les médecins du travail face à la souffrance psychique au travail (104) » ?

Une attitude de nombreux médecins du travail est de s'en tenir à l'aptitude telle qu'elle existe dans sa plus simple définition c'est-à-dire capacités du salarié à remplir les objectifs que lui demande son employeur. N'y a-t-il pas ici aussi une sorte de refuge devant les difficultés d'aborder le rôle du médecin du travail du point de vue strict de la conservation d'un état de santé correct malgré les conditions de travail ?

« Il est évident que nous [les médecins du travail] entretenons nous-mêmes notre surcharge de travail. Mais cette conduite, si elle est source de fatigue, voire si elle porte atteinte à la vie hors travail, évite aussi une souffrance plus grande encore : celle de l'absence de reconnaissance (67) ». D'où le fait de « se noyer » sous un grand nombre de visites systématiques dont le résultat en terme de santé au travail est plus que douteux, au détriment du tiers-temps, activité en milieu de travail.

V. D. 2. b. Face à la souffrance psychique des salariés

Depuis une vingtaine d'années, la souffrance mentale au travail se libère de plus en plus, car écoutée par les médecins du travail, lors des consultations de médecine du travail (110, 111).

« Dans cette situation, les médecins du travail ont tendance à adopter spontanément une forme d'écoute héritée de leur pratique et de leur culture médicale (16) ». Cette approche les amène à poser un diagnostic de souffrance, à prodiguer des conseils proches de la prescription et du traitement, aux salariés en souffrance, mais aussi à l'ensemble des autres acteurs concernés par la souffrance dans l'entreprise. « Car c'est ainsi qu'ils se représentent leur rôle de conseiller de l'entreprise : écouter, dire, être entendu et observer des résultats palpables. Mais [nous l'avons déjà vu] ce que viennent chercher les salariés dans le secret du cabinet médical, relève plutôt de la disponibilité, de la discrétion et de la possibilité de s'entendre dire leur souffrance ».

Pour les médecins du travail, écouter la souffrance des salariés suppose de prendre des distances avec ce que Dejours appelle « le cadre de la santé du corps ». Le double risque pour le médecin du travail, c'est, d'une part, de faire plus de mal aux salariés en souffrance du fait

de l'absence de conduite à tenir et de moyen de prévention, et c'est d'autre part, de souffrir, en tant que praticien, de la souffrance d'autrui. « Ce risque est lié au fait que les médecins du travail développent l'activité de prise en compte de la souffrance psychique de manière empirique et tâtonnante, en marge de leur travail prescrit (16) ». Beaucoup de « médecins du travail redoutent que la place laissée à la subjectivité dans les relations médecin – patient ne les empêche d'analyser avec clairvoyance et recul les situations qui leur sont exposées. Car ceux-là tiennent souvent la subjectivité pour suspecte. Ils sont donc sans cesse en quête d'objectivation ». « En matière d'objectivation, le sociologue Dodier s'est intéressé aux différentes formes de jugement exercées par les médecins du travail durant leurs consultations. Selon lui, les plaintes des individus ont un statut complexe en médecine. En effet soit le médecin a pour souci d'objectiver la maladie, auquel cas les plaintes ne sont que des symptômes subjectifs relégués au second rang par rapport aux symptômes objectifs, qui sont directement observables. Soit les plaintes fondent l'action du médecin, et les symptômes objectifs deviennent alors outils d'appoint ». « Si les médecins du travail recherchent l'objectivation des situations de souffrance psychique, c'est certes parce que leur formation et leur fonction médicales les y poussent naturellement. C'est surtout parce que l'un de leurs principaux outils face à la souffrance psychique que constitue l'inaptitude médicale, ne peut prendre appui sur des critères exclusivement subjectifs (16) ». Le G.H.Q.-12 est un outil souvent employé mais reste un outil d'évaluation collective de la souffrance psychique, non utilisable à l'échelle individuelle de la consultation. De plus, ce test n'aborde pas les situations de travail.

« De manière générale, il semble que la compétence actuelle des médecins du travail soit davantage liée au combat contre la maladie qu'à la construction de la santé. On comprend alors pourquoi les praticiens se sentent en difficulté avec la prise en compte de la souffrance psychique. Entre santé et maladie, la souffrance est pour eux difficile à saisir. En 1995, Dejours (5) explique que les médecins du travail n'ont pas encore su produire une théorie de leur action, et l'articuler avec un concept de la santé : "la médecine du travail en effet est l'héritière de la tradition médicale, c'est-à-dire d'une discipline qui est en mesure de produire une théorie de la maladie mais pas une théorie de la construction de la santé." »

Le médecin du travail développe lui aussi des mécanismes de défense, que Dejours explique « par la disqualification d'une partie de ce que les patients racontent en consultation, comme si elle était hors sujet ; c'est-à-dire sans rapport avec ce que le médecin cherche à déceler, la maladie (...) Il se débarrasse d'un matériau dont il ne sait que faire, qui le gêne, le dérange et

parfois même l'angoisse ». Il peut également limiter son tiers-temps, éviter certaines entreprises... Tous les médecins du travail ne sont pas comme décrit ci-dessus.

« La souffrance psychique des salariés devient alors le révélateur du malaise psychique des médecins du travail et des multiples contractions et difficultés auxquelles ils sont actuellement confrontés dans leur métier : ils ne peuvent faire du soin mais ont très peu de moyens de prévention, ils s'efforcent d'accompagner les salariés en souffrance mais l'aptitude fait finalement d'eux des experts, ils proposent leurs conseils aux entreprises, mais ces dernières les renvoient souvent à leur activité clinique ».

IV. D. 3. Quelle position adopter pour le médecin du travail face à la souffrance psychique au travail ?

On ne peut pas faire comme si on n'avait pas vu ou ignorer ce que l'on a entendu. « Et si on sait, que fait-on ? Telle est la question posée aux médecins par la souffrance psychique. Les médecins doivent assumer leur pouvoir » nous dit Dejours (19).

Les médecins du travail, dont les outils sont principalement pour le maintien dans l'emploi, doivent souvent pour guérir ou prévenir une décompensation, prononcer l'inaptitude : il faut remettre en cause les pratiques, en inventer d'autres et surtout savoir ce qui se fait déjà.

- L'organisation de séances d'information sur le harcèlement et la souffrance au travail est essentielle pour lutter contre la propagation de ce procédé. L'accent est fait sur le vécu du salarié et la nécessité qu'il a d'en parler et de le penser pour ne pas en souffrir.
- Faire des études par questionnaire permet de connaître le caractère dynamique des différents facteurs de stress au travail et d'expliquer les mécanismes d'évolution. Mais être vigilant à l'évolution d'une entreprise nécessite également une fidélisation, à la fois du médecin du travail (mobilité en raison de changement volontaire, d'épuisement), à la fois de la direction (mobilité des dirigeants, techniques de management) et des salariés (turn over). L'approche épidémiologique (enquêtes par questionnaire) permet d'amener des preuves scientifiques. Le modèle de Karasek par exemple a montré que plus les exigences sont fortes, plus faible est l'autonomie, plus les problèmes cardiaques augmentent, plus les syndromes dépressifs apparaissent. Pendant le temps des études, rien n'est fait pour changer l'organisation du travail, attendant les résultats, alors que l'on peut

s'appuyer sur les connaissances existantes, la parole des salariés et l'étude du travail des dirigeants, pour agir sur l'organisation du travail.

- La première règle est de ne jamais investiguer la question de l'inconscient qui s'enracine dans les histoires singulières.
- La pratique médicale du travail s'appuie sur des connaissances puisées dans diverses disciplines (pluridisciplinarité) pour maintenir la question du travail dans le respect de la santé du salarié.
- Il n'y a pas de recette, pas de conduite à tenir, il faut inventer dans le cadre d'une relation intersubjective.
- La complexité galopante des processus brouille dramatiquement les situations au point d'empêcher tous les acteurs d'accéder à la compréhension des détériorations des rapports sociaux auxquels ils assistent et qu'ils concourent à aggraver du fait même de cet aveuglement, de cette ignorance.
- Le médecin du travail doit accéder avec le salarié et non malgré lui, à la compréhension du travail, à la compréhension des stratégies défensives mises en place, de leurs effets sur la santé, du déroulement de l'histoire personnelle et de ses plus gros accros, c'est la clinique médicale du travail (Selon Annie Loubet-Deveaux et Fabienne Bardot).
- Il faut aménager la formation du médecin du travail : le travail ne doit plus être uniquement défini en termes de risques, contraintes et nuisances d'un côté, de pathologies en regard de l'autre. La place du travail dans notre société doit être mise en perspective sur un plan historique, sociologique, économique et psychologique (et psychodynamique).

Que peut faire le médecin du travail ? : faire penser le travail. Dejours rappelle qu'il « ne faut pas médicaliser cette souffrance psychique, il faut faire parler du travail, aider à le penser, pour redonner à la personne les choix de faire, de réagir en actes ; pas de compassion qui paralyse les deux camps, repasser par le travail pour sortir de la compassion ».

V. D. 3. a. La consultation

L'irruption de la souffrance psychique donne une nouvelle importance à la dimension de psychothérapie élémentaire, potentiellement présente dans toute rencontre entre un patient et un médecin.

L'analyse du travail menée en commun avec le salarié, permet au médecin du travail d'aider le salarié. Le manque de temps est pourvoyeur de vitesse et de stress. La consultation d'une personne en souffrance requiert un temps supérieur à celui d'une visite annuelle sans problème.

Le médecin du travail, dans le cadre de la souffrance psychique en lien avec le travail, se pose en tant qu'accompagnant. La consultation en médecine du travail se doit d'offrir accueil et confiance, mettant en avant la question du poste de travail, de la santé physique et psychique du salarié dans un rapport à la réalité de ce que vit celui-ci (non sur ce que le médecin sait de l'activité). La prise de décision concernant le maintien ou le retrait du salarié de l'activité du travail relève d'un travail thérapeutique qui ne demande pas seulement le consentement éclairé mais une participation du salarié dans ce choix. Il est pourtant nécessaire de ne plus parler en termes de maintien dans l'emploi. Le salarié en effet, n'adressera plus sa parole au médecin du travail, car il craindra les conséquences sur son emploi.

La consultation sert à débrouiller les pistes, mettre à jour ensemble le travail et le dysfonctionnement de l'organisation du travail. La relation médecin du travail – salarié nécessite la confiance des deux parties et peut comprendre :

- écouter le salarié. La place de la parole est primordiale
- noter la symptomatologie
- verbaliser
- parler, penser ce qui se passe dans le travail réel
- resituer la situation dans l'histoire du travail
- rappeler la loi
- aider à comprendre la souffrance
- orienter vers le médecin traitant (arrêt de travail, médication)
- engager une procédure d'inaptitude temporaire ou définitive si nécessaire, toujours avec concertation du salarié
- alerter les représentants du personnel (accord du salarié nécessaire)
- recueillir les faits constatés et les impressions de l'entourage, s'informer sur le travail

- rédiger un rapport proposant des voies de prévention, faire un écrit alertant la direction que des salariés sont en souffrance à cause de ce qui se passe dans le travail
- rechercher une approche pluridisciplinaire dans l'entreprise
- informer des voies de relais hors entreprise
- recueillir des données collectives de santé au travail : hausse des consultations de nature « psychologique », donnée de la fiche d'entreprise

L'enquête du médecin du travail se poursuivra après la consultation, dans l'entreprise, auprès des autres salariés, auprès de la situation de travail.

Dans ces situations de souffrance liée au travail, il ne s'agit pas pour le médecin du travail de rechercher des signes en les suggérant, mais de chercher à les faire dire au patient sans l'influencer alors qu'il est fragilisé par le vécu de sa souffrance. Seules les paroles du salarié doivent entrer dans les critères diagnostiques. La durée de la consultation en est d'autant majorée, mais il s'agit là d'une étape indispensable, et pour le médecin et pour le patient dans la reconnaissance mutuelle des événements et l'établissement d'un climat de confiance, de liberté d'expression.

V. D. 3. b. L'action « collective »

Nous entendons par action collective, trois niveaux distincts. L'action « collective » concerne la pluridisciplinarité, la création de collectifs de médecin du travail et l'intervention en entreprise sur les collectifs de salariés.

« Parce que le médecin du travail est médecin, il a spontanément tendance à lutter contre la souffrance psychique comme il lutterait contre la maladie, en respectant la culture médicale du diagnostic, de la prescription et du traitement, dans l'espoir de supprimer la souffrance. Mais, en cabinet comme en milieu de travail, ce désir d'éradication ne peut être que déçu (16) ».

Le médecin du travail est seul, et souffre de solitude dans ses actions. Ainsi des groupes de travail se forment-ils, par affinité, par secteur géographique ou secteur professionnel et définir des thèmes de réflexion et de recherche, selon les expériences individuelles. Le travail en équipe est une nécessité du métier de médecin du travail devant les difficultés de suivi des salariés tout au long de leur cursus professionnel, devant les situations isolées dans telle ou telle entreprise qui, mises en commun, forment un ensemble cohérent comme sujet d'étude.

Rassembler des médecins du travail permettra de colliger les connaissances et de perfectionner les pratiques. Permettre l'intervention d'autres professionnels de la santé et du travail ajoutera à l'enrichissement mutuel dans la réunion et les échanges.

Dans un travail collectif, il faut trouver collectivement un sens à ce que chaque individualité ressent, perçoit. Sans une réflexion personnelle, une recherche et des formations individuelles préalables, sans un désir de travailler à plusieurs, rien ne peut se faire et fonctionner (109).

En se rassemblant, les médecins du travail trouvent les moyens qu'ils recherchent pour créer une nouvelle pratique médicale de santé au travail.

Pierre, citant Dejours écrit : « Agir suppose de prendre le temps de réfléchir ensemble. Les groupes de travail, les séminaires dont se sont dotés les psychiatres, les psychanalystes, et plus récemment des collectifs de médecin du travail et de médecins généralistes, constituent une des formes les plus puissantes d'enrichissement de l'action dans le champ de la santé au travail (16) ».

Pierre (16) a montré que les médecins du travail devront modifier leur pratique pour :

1. Prendre du recul dans les pratiques, les situations
2. Apprendre à partager les responsabilités de la prise en compte de la souffrance avec le salarié et les acteurs de l'entreprise
3. Renoncer à la posture d'expertise, porteuse de l'obligation de résultats tangibles.
4. Adopter la posture d'accompagnement en redonnant aux acteurs la possession de leur situation et la possibilité d'imaginer eux-mêmes les issues à leur souffrance.
5. « Tenir conseil, c'est travailler à rendre signifiante pour l'acteur, une action efficace ».
(16)
6. « Ne jamais se substituer au sujet et s'en tenir à l'accompagner, à l'assister et à l'aider. L'aider à quoi ? A penser, à analyser, à élaborer, à délibérer, à faire des choix, enfin à prendre des décisions ».
7. « Aider à penser, c'est donc ici aider à raconter. L'objectif, c'est l'appropriation par le sujet de sa propre histoire, de la construction de liens, travail à l'issue duquel la personne ne pense plus sa vie tout à fait de la même façon ».

Pour d'autres, la question se pose ainsi : l'action médicale doit-elle se situer (se limiter) dans un des deux champs suivants ?

- Ou l'on s'attache à être extrêmement rigoureux sur les symptômes et les diagnostics médicaux pour définir et traiter une souffrance psychique, c'est-à-dire que seront considérées comme souffrances, uniquement les cas entrant dans un tableau nosologique (troubles du sommeil, troubles anxieux, troubles dépressifs répondant aux critères du D.S.M.-IV (30)) et qu'un lien de cause à effet aura pu être démontré.
- Ou l'on sort de cette attitude d'expertise, et il faudra alors créer une nouvelle pratique, propre à la médecine du travail, avec des termes et des schémas spécifiques, et avec la pluridisciplinarité.

Dans l'entreprise, la capacité d'intervention du médecin du travail au niveau individuel est parfois limitée, en raison du secret médical qui est mis en péril par la stigmatisation d'une situation précise. Il peut recourir à des enquêtes par questionnaire pour étudier l'entreprise et mieux connaître le risque de souffrance psychique dans l'entreprise. Seule la synthèse anonyme des confidences recueillies au sein de la consultation lui permet d'établir un schéma d'ensemble qualitatif du développement des agissements sources de souffrance psychique dans les entreprises. Il s'agit bien sûr là encore des entreprises à l'échelle statistique (plus de 30 salariés) qui seules permettent de pratiquer ces études d'ensemble. Les données intégrant ensuite la fiche d'entreprise peuvent être dévoilées (C.H.S.C.T.) et on peut engager un plan d'action sur le terrain de la prévention de la souffrance psychique avec un plan de travail sur l'organisation du travail dans l'entreprise.

V. D. 3. c. Les conseils aux « victimes », aux souffrants

En cas de harcèlement moral, très rare, l'urgence est de le faire cesser : inaptitude ou mutation, carnet de bord des événements, courrier à l'employeur avec la chronologie, double à l'inspection du travail.

Le médecin du travail doit toujours laisser une porte ouverte à la parole, ne pas se contenter de circonscrire la souffrance psychique dans son expression la plus simple et de suite passer aux conseils. C'est le salarié qui doit expliquer et faire comprendre le médecin du travail, pas l'inverse. Il faut toujours faire préciser les faits aux salariés pour bien faire comprendre la différence entre l'accusation contre un travail mal fait et celle vis à vis d'une personnalité ou un caractère. Il y a une marge entre « votre travail est nul » et « vous êtes nul » : dans le premier cas, tout peut être recommencé, c'est mon travail qui est en cause, ce n'est pas moi, dans le second, on est dans une impasse, car je suis ce que je suis.

Les points suivants sont des articulations autour desquelles peut se développer la consultation. Même si cela paraît dérisoire, il faut pouvoir faire les recommandations suivantes au salarié en souffrance :

- Tenter de conserver son calme devant les brimades
- Rester courtois : cela ne veut pas dire tout accepter
- Demander aux collègues, leur perception des faits
- Essayer de recueillir des témoignages, attestations, correspondances qui confirment ses propos
- Essayer de réagir avant que la seule issue soit le départ : entretien, exprimer sa volonté de faire son travail dans un contexte normal
- Noter précisément toute forme de provocation
- Savoir qu'essayer d'être irréprochable dans son comportement et dans son travail entraîne un épuisement et/ou une erreur, étant sur le qui-vive
- Utiliser les personnes relais dans l'établissement pour faire stopper la situation
- Si cela ne suffit pas : appel aux médiateurs externes, personnes relais hors entreprise
- Adresser une lettre à l'employeur en recommandé avec accusé de réception relatant les faits, sans émettre de jugement faisant part de son étonnement, de sa volonté d'exercer son travail efficacement dans un contexte relationnel normal et de son souhait de ne pas changer de service, de ne pas démissionner
- Cette démarche montre l'envie de se défendre, constitue un début de preuve à utiliser, le cas échéant devant les tribunaux ; elle peut calmer les choses mais aussi exacerber le conflit
- Si cela ne suffit toujours pas : porter plainte : voie longue et éprouvante à utiliser si les autres moyens ont échoué et seulement le courage et la force sont présents.

Nous joignons en annexe 8, une lettre du Ministère de l'emploi et de la solidarité concernant les conseils pour savoir quelle attitude adopter lorsque l'on est victime de harcèlement psychologique au travail.

L'association Mots pour Maux au travail propose une conduite à tenir devant toute situation de harcèlement moral au travail pour la « victime » présumée et pour le médecin du travail :

1. Dire et faire dire la personne en souffrance.
2. Ecrire et faire écrire la personne en souffrance un courrier en recommandé avec accusé de réception avec un maximum de faits, des demandes d'explication de comportement, des preuves (témoignages, traces écrites, certificats médicaux), à l'attention de l'employeur, du D.R.H., du représentant du personnel ou du médecin du travail, personne de confiance s'il en est.
3. Protéger sa santé : exprimer son désaccord, verbaliser sa demande de stopper cette situation pathogène, consulter les médecins (traitant, du travail), observer son droit de retrait (art. L. 231-8 du Code du travail).
4. Quitter l'emploi : la démission est déconseillée faisant perdre ses droits à la personne, demander une mutation, faire une transaction (contrat par lequel les parties règlent des contestations liées à l'exécution ou à la rupture du contrat de travail, elle ne peut avoir pour objet de rompre le contrat de travail), inaptitude médicale auprès du médecin de l'entreprise, le C.I.F. (Congé Individuel de Formation), que l'employeur ne peut pas refuser.
5. Faire appel à la justice : il faut des éléments de preuve
 - Sans rechercher de réparation : faire appel à un conseiller juridique pour procéder par ordre ; obtenir une résiliation judiciaire du contrat de travail auprès du conseil des prud'hommes afin que soit prononcée la rupture du contrat de travail aux torts exclusifs de l'employeur (il est possible de saisir le conseil des prud'hommes en référé, déclenchant une procédure d'urgence) ; demander la requalification de la démission en licenciement, par le conseil des prud'hommes ;
 - Pour obtenir réparation : contestation du motif de licenciement au conseil des prud'hommes ; intenter une action en responsabilité de droit commun (art. 1382 du Code civil) devant le conseil des prud'hommes ou le tribunal de grande instance pour obtenir des dommages et intérêts ; intenter une action pénale (art. 225-14 du Code pénal) devant le tribunal correctionnel.

V. D. 3. d. Les salariés en souffrance psychique au travail

La réintégration, au sein du collectif, des personnes victimes d'agression est difficile en raison des obstacles créés par les stratégies collectives de défense qui visent à exclure tout ce qui est souffrance en lien avec le travail.

En matière de santé au travail, la tradition dominante est construite autour d'une question : dans les phénomènes pathologiques observés, quelle est la part de responsabilité qui relève de l'individu et quelle est celle qui peut être imputée au travail ? Cette façon de poser le problème est directement liée au système de prise en charge et de financement des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle comporte des enjeux très concrets : qui est responsable ? Qui doit payer ? (80)

Davezies affirme que « nous [les médecins du travail] sommes donc confrontés à une pensée binaire : soit c'est le travail, soit c'est l'individu. En revanche, entre les deux, c'est le trouble ».

En matière de santé psychique on se rend compte qu'il y a toujours des dimensions liées à l'individu et toujours des dimensions liées au travail.

Les victimes des processus d'exclusion sont celles qui pour une raison ou une autre ne sont pas en mesure de contribuer au déni collectif qui permet de tenir au travail. Elles sont donc bien dans un rapport plus authentique au travail. Et c'est pour cela qu'elles sont rejetées ou qu'elles ne peuvent pas réintégrer la communauté.

Un rejet parle toujours sur la fragilité d'une personne, mais il parle aussi sur la souffrance au sein du collectif de travail, sur les stratégies déployées pour y faire face. Si nous admettons ce point de vue (80), alors il est toujours possible de mettre un peu d'ordre dans la prise en charge des décompensations psychopathologiques.

Il y a toujours une dimension singulière, inscrite dans l'histoire de l'individu et qui nécessite une prise en charge individuelle. Pour les pathologies psychiatriques, comme pour les autres, le rôle du médecin du travail n'est pas de prendre en charge la thérapeutique mais de dépister et d'orienter vers une prise en charge spécialisée.

Cependant le psychiatre ne rencontre que ce qui vient à son cabinet. Quelle que soit la conscience qu'il a de l'impact psychique des relations sociales de travail, il ne peut prendre en charge que l'individu. Or, il y a toujours des dimensions collectives qui ont trait à l'organisation du travail et, là, s'ouvre un champ que seul le médecin du travail est en mesure d'aborder, pour peu qu'il se préoccupe d'acquérir la compétence nécessaire (80).

Bardot nous exprime son expérience : « Le retrait immédiat par inaptitude au travail se présente comme la seule issue et le seul aboutissement restaurant la santé, la dignité et préservant l'image de soi du salarié. Cette inaptitude, pour soustraire le sujet aux effets délétères de l'organisation et des conditions de travail doit toujours être émise en accord avec le salarié. Mais de plus, afin que la sortie de l'entreprise ne se fasse pas dans la discrétion, et ne donne ni l'impression d'une "faiblesse de la personnalité" du salarié, ni l'impression de

neutralité d'une décision médicale extérieure à la scène de travail, le retrait est assorti d'une démonstration écrite du processus de décision adressée à l'employeur (112) ».

V. D. 3. e. Déclarer en M.C.P. la dépression réactionnelle professionnelle (113)

Huez nous fait remarquer que « le harcèlement est reconnu sur le plan légal, mais qu'une de ses conséquences premières, la dépression réactionnelle professionnelle ne l'est pas. De façon dramatique, seule la conséquence ultime d'une dépression qu'est le suicide peut être reconnue en maladie professionnelle au C.R.R.M.P. » Une pathologie qui ne figure pas dans un tableau, mais dont il est possible d'établir qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime, qui a entraîné soit le décès soit une incapacité permanente au moins égale à un certain taux fixé par décret peut être déclarée en maladie professionnelle par le comité. L'art. R. 461-8 du Code de la sécurité sociale fixait ce taux à 66,66 % et le décret du 18 avril 2002 vient de le ramener à 25 %.

Si le secret médical est levé pour la déclaration des maladies professionnelles et à caractère professionnel, les personnes concernées par les maladies à caractère professionnel ne bénéficient pas de la protection juridique, en terme de reclassement professionnel et d'indemnisation, mise en place pour les victimes d'accidents du travail et de maladie professionnelle indemnisable (M.P.I.).

Huez reprend : « Il est donc important que soit établi un tableau de M.P.I. de sorte que la déclaration des dépressions professionnelles prenne place dans la reconstruction de la santé du salarié, et dans un projet collectif de prévention primaire si des règles éthiques déterminées sont respectées ».

C'est souvent à l'occasion des visites de reprise de travail, qu'on découvre qu'un salarié a présenté une dépression réactionnelle professionnelle. Il est important de pouvoir travailler avec lui sur le sens de sa maladie.

V. E. La pluridisciplinarité, la multidisciplinarité : les autres acteurs

La prise en charge doit être pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle car l'aide aux « souffrants » concerne désormais le champ de nombreuses instances et disciplines : disciplines juridiques, disciplines médicales, mais également les sciences humaines (la

psychologie, la sociologie et l'économie). La souffrance psychique au travail est en quelque sorte une cause humanitaire dans le monde du travail.

Les acteurs de la pluridisciplinarité au travail (médecin du travail, psychologues, ergonomes, psychodynamiciens du travail...) ont pour rôle de ramener le débat (souffrance psychique) sur le collectif dans le travail, de mettre en visibilité le problème.

La loi de modernisation sociale propose une multiplicité d'acteurs : le médecin du travail est le personnage central. L'inspecteur du travail viendra trancher en cas de désaccord. Le C.H.S.C.T. est désormais chargé de la santé physique et mentale des salariés, et les délégués du personnel voient leur droit d'alerte s'étendre à ce domaine. En outre s'ils ont l'accord de l'intéressé(e), les syndicats pourront agir en justice (114) ».

Les partenaires de prise en charge (49)

- le salarié lui-même comme nous l'avons vu est au centre de sa prise en charge
- les institutions représentatives du personnel
- les acteurs médicaux :
 - ◆ le médecin du travail L. 241-10-1 ; L. 241-51-1 ; rapport technique annuel ; fiche d'entreprise ; données épidémiologiques
 - ◆ le médecin généraliste : place centrale dans le réseau de coopération des différents professionnels
 - ◆ le médecin inspecteur régional du travail
 - ◆ les centres de consultations de pathologie professionnelle
 - ◆ le psychiatre ou psychothérapeute
 - ◆ le médecin conseil de la Sécurité sociale
- les acteurs et actions institutionnels :
 - ◆ les services de prévention de la C.R.A.M.
 - ◆ les A.R.A.C.T.
 - ◆ les inspecteurs du travail
 - ◆ l'assistante sociale
 - ◆ l'institution judiciaire
 - ◆ les associations de victimes
 - ◆ les groupes de parole

V. E. 1. Dans l'entreprise

V. E. 1. a. L'employeur ; le D.R.H. ; la hiérarchie directe

Les obligations de l'employeur ont été revues par la loi de modernisation sociale (L.M.S.). L'article L. 230-2 concernant l'évaluation des risques, a été modifié par l'article 173 de la L.M.S. qui introduit la notion de santé « mentale » et l'inclue dans l'évaluation des risques, « notamment en ce qui concerne les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 122-49 ».

L. 122-49 : définition du harcèlement, L. 122-50 : sanction disciplinaire, L. 122-51 : il appartient au chef d'entreprise de prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements visés à l'article L. 122-49.

Les directions des Ressources Humaines (D.R.H.) sont en première ligne. Une fiche technique à l'attention des D.R.H. concernant le harcèlement moral au travail a été établie et diffusée sur le site de l'association nationale des directeurs et cadres de la fonction personnel (A.N.D.C.P.). 98% des D.R.H. pensent que leur rôle est de prévenir et d'informer.

Ils doivent assumer leur fonction de cadre, qui leur confère la responsabilité de la gestion des conflits.

V. E. 1. b. Les représentants du personnel

Dans l'entreprise, les risques d'atteinte à la santé sont souvent traités par des normes, des réglementations, des procédures. Cette approche constitue l'essentiel de la formation des délégués C.H.S.C.T. Or ces outils formalisés ne couvrent qu'une partie restreinte des conditions de travail. Ils s'appliquent indépendamment les uns des autres et ne tiennent pas compte des interactions entre divers aspects du travail. Exiger le respect d'une norme ou le port d'un matériel de protection va parfois s'avérer contradictoire avec une réalisation correcte de l'activité de travail. Par exemple le travail en hauteur sur un chantier du bâtiment exige en principe de s'assurer à l'aide d'un harnais. Mais cette mesure de sécurité est parfois difficilement compatible avec les gestes à réaliser. Et elle ralentit le travail, surtout si celui-ci consiste en multiples interventions ponctuelles en des points différents du chantier. Le rappel de la norme est ici peu efficace si par ailleurs on n'améliore pas l'organisation du chantier pour diminuer la fréquence des cas où le port du harnais est pénalisant.

Il faudrait donc que les délégués disposent d'une vision suffisamment fine des activités de travail, ce qui ne va pas de soi. S'ils suivent une formation à l'analyse ergonomique, on voit évoluer leurs représentations du travail : ils restituent d'abord une vision globale, modelée par les services techniques de l'entreprise ; puis ils explorent l'activité, dans toute sa diversité ; et c'est seulement ensuite qu'ils peuvent définir les objectifs de transformation. Quels que soient les efforts des équipes de formateurs, on comprend qu'un tel parcours n'ait pu être réalisé par les dizaines de milliers de membres de C.H.S.C.T. ou délégués du personnel, dont le rôle est pourtant d'intervenir quotidiennement sur ces questions (20).

Cette évolution des représentations est d'autant plus délicate, mais d'autant plus nécessaire, qu'il s'agit aussi de faire face aux mécanismes de défense évoqués aux chapitres II et III. Les membres du C.H.S.C.T. et les syndicalistes, pas plus que les spécialistes de la prévention, ne peuvent agir en heurtant de front ces défenses. Il leur faut appuyer leur intervention, non sur un renforcement de consignes ou de contrôles, mais sur d'autres ressorts, ceux de la coopération, du débat à partir du travail lui-même, de la recherche de solutions concrètes dans des registres aussi divers que possible. Cela suppose que les délégués disposent de méthodes appropriées et puissent les mettre en œuvre de façon précoce, durable, et reconnue dans l'entreprise. La question posée est donc celle d'un espace social propice à une telle intervention (20).

On ne doit plus éluder l'étude du travail réel des opérateurs et les effets que ce travail a sur leur psychisme. L'ergonomie offre pour cela un outil puissant, l'analyse ergonomique du travail avec, en particulier, « l'étude du cours d'action, et celle des contraintes pragmatiques ». On saisit ainsi pourquoi, dans certaines situations, les opérateurs se trouvent dans une situation inextricable. L'excès des facteurs d'incertitude dépasse les capacités de traitement du cerveau humain et engendre l'anxiété, la peur quand le danger ne peut être combattu (7).

V. E. 1. b. 1. Les syndicats

Llorca (50) rappelle que les organisations syndicales sont concernées par ce problème de violences au travail. « Il y a des initiatives à développer. Le sujet est complexe. Les interventions sont possibles à plusieurs niveaux » :

- Le repérage et l'identification des situations de travail pouvant être à l'origine de violences ; il faudrait prendre des initiatives spécifiques, avec l'apport d'un expert si besoin.
- Mobiliser et sensibiliser les salariés nécessite de connaître les situations.

- La juste réparation des séquelles subies par les salariés doit être exigée.
- La prévention doit rester un objectif prioritaire des syndicalistes. A mettre en place avec les salariés concernés et en prenant compte de l'environnement du travail.

Les syndicats ont un rôle d'assistance et de défense des droits des salariés. Selon l'article L. 122-53 : le syndicat peut se présenter en justice au nom du salarié, auprès des tribunaux.

Les syndicats peuvent être parmi les premiers interlocuteurs dans l'entreprise qui peuvent accueillir la (les) personne(s) en souffrance, en état de choc, sur les lieux de travail en cas de proximité ou dans leurs locaux en cas de cellule d'écoute ouverte. Ils veulent être capables de répondre aux demandes, aux interrogations concernant la souffrance au travail. Le « risque psychique » de l'organisation du travail pour le psychisme des salariés doit être évalué avec l'aide des syndicats.

Ils ont un rôle d'alerte auprès du C.H.S.C.T.

Des cellules se montent comme à Nantes, le Comité Egalité/mixité, au sein de l'union départementale C.G.T. de Nantes, qui reçoit au sein d'une permanence, des salariés en situation conflictuelle pouvant s'avérer être du harcèlement.

Il est nécessaire de façonner des réseaux de professionnels afin de pouvoir orienter les « victimes » et d'être certain qu'elles ne vont pas se retrouver sans suivi, ni médical, ni professionnel.

La S.N.A.P.-C.F.T.C. de l'A.N.P.E. fait des tracts d'information et utilise Internet pour informer les agents, sur le harcèlement et les violences sur les lieux de travail. (<http://www.snap-cftc.com/harcelementx.html>)

L'union locale C.F.D.T. de Nantes crée une trame d'entretien à appliquer en cas de suspicion de harcèlement moral.

La C.G.T., F.O. et la C.F.D.T. ont initié la création d'une formation des membres de C.H.S.C.T. à l'institut des sciences sociales de l'ouest (I.S.S.O.) à Rennes, formation sur la souffrance psychique et travail, harcèlement au travail.

Il s'agit effectivement de former les acteurs, à caractériser le plus possible les agissements et les circonstances, les conséquences sur le ou les salariés, et de pouvoir poser les mêmes questions à tous, afin de créer un outil validé, reproductible et utilisable par tous.

V. E. 1. b. 2. Les délégués du personnel

Les délégués du personnel sont présents dans toutes les entreprises de plus de 10 salariés où ils ont pour mission essentielle de porter à la connaissance de l'employeur les revendications

des salariés. L'article L. 422-1-1 du Code du travail, leur donne la possibilité de saisir l'employeur puis le conseil des prud'hommes en référé, en cas d'atteinte aux droits des personnes ou des libertés individuelles, y compris les atteintes à la santé physique et mentale. Le représentant des salariés dispose enfin du droit d'alerte, en cas de danger grave et imminent pour la santé physique ou mentale d'un ou plusieurs salariés.

V. E. 1. b. 3. Le C.H.S.C.T.

L'art. L. 236-2 du Code du travail, modifié par l'article 174 de la L.M.S. donne au C.H.S.C.T. le pouvoir de proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel et/ou de harcèlement moral.

Le C.H.S.C.T. n'existe de façon réglementaire que dans les entreprises de plus de 50 salariés, regroupe en son sein employeur, représentants du personnel, inspecteur du travail, agent de contrôle et de prévention des caisses de sécurité sociale, et médecin du travail. Il peut faire appel à une personne extérieure, expert, et faire réaliser des enquêtes.

V. E. 1. b. 4. Le comité d'entreprise

Le comité d'entreprise ne revêt un caractère obligatoire que dans les entreprises de plus de 50 salariés. Il peut missionner le C.H.S.C.T.

V. E. 2. Hors de l'entreprise

V. E. 2. a. Le médecin généraliste

Le médecin généraliste peut être le premier interlocuteur des personnes en souffrance au travail. Ils ont un rôle primordial de dépistage et d'orientation. L'échange avec le médecin du travail est malheureusement trop rare.

V. E. 2. b. L'inspection du travail et le médecin inspecteur du travail et de la main-d'œuvre

L'inspection du travail a pour mission essentielle de veiller à l'application de la loi et de la réglementation du travail. Elle est le garant du respect du Code du travail et de l'exactitude des contrats de travail et de leur application, de la tenue et de l'hygiène des locaux de travail

et des vestiaires, tant dans son application par les employeurs que dans son respect par les salariés.

Le M.I.R.T.M.O. participe aux consultations de pathologie professionnelle. Il coordonne, organise et anime des actions d'information à destination du public et des entreprises en lien avec la C.P.A.M. Par des enquêtes de type épidémiologique, il vise à accroître les connaissances au niveau du collectif sur les violences en lien avec le travail. Il peut initier des enquêtes de psychodynamique du travail qui peuvent s'inscrire dans le cadre des demandes d'expertise du C.H.S.C.T.

Conjointement avec les inspecteurs du travail, le M.I.R.T.M.O., conseille sur les différentes procédures utilisables pour sortir d'une situation où la santé de salariés est menacée.

Le M.I.R.T.M.O. participe par ailleurs au C.R.R.M.P. et reçoit les déclarations de Maladies Professionnelles Indemnissables et de M.C.P.

V. E. 2. c. Les institutions

Les institutions dépendant des ministères de la santé et du travail : D.R.A.S.S., D.R.T.E.F.P., susceptibles de mettre en œuvre des programmes de prévention au niveau des entreprises. Le service prévention de la C.R.A.M. fournit aux entreprises une documentation riche concernant les risques professionnels. L'A.N.A.C.T. et les A.R.A.C.T. (Agence Nationale ou Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) fournissent des intervenants en entreprise dans les situations à problème.

Les relations avec les médecins du travail sont souhaitables, dans la mesure où ces institutions apportent une aide logistique de terrain dans la compréhension des situations de travail et dans l'intervention en entreprise.

V. E. 2. d. Le psychiatre, le psychologue

Le psychologue oriente son approche vers la dimension de la souffrance mentale au travail et non de la maladie au travail, approche plutôt médicale (médecin du travail, psychiatre) (115). Le psychiatre permet une prise en charge des décompensations psychiatriques et des sentiments de culpabilité et d'indignité induits chez les salariés en souffrance psychique. Les certificats qu'il établit peuvent permettre d'une part de faire reconnaître les pathologies découlant d'agissements sur le lieu de travail, et d'autre part d'ajouter une pièce au dossier en cas de souhait de reconnaissance comme « victime » au niveau judiciaire.

Le psychiatre n'est pas en mesure de s'interroger sur la discordance entre des situations manifestement dangereuses physiquement et psychiquement et l'absence de demande ou de plainte. De même il n'a pas accès aux stratégies collectives de défense (107).

Cependant, la vogue de la victimologie a rapidement gagné le monde du travail, véhiculant un modèle exclusivement centré sur la prise en charge des victimes et sans la moindre interrogation sur les problèmes d'organisation du travail à l'origine des phénomènes psychopathologiques (107).

V. E. 2. e. Les consultations de pathologie professionnelle, les consultations pluri-disciplinaires

Les soins dispensés par plusieurs professionnels dans différents corps de métier, dans une même unité de lieu paraît le plus adapté. Le travail du lien entre les acteurs de soins forme un collectif de travail réel autour des patients (116). Sinon, les soignants peuvent, devant leur impuissance à assurer une prise en charge cohérente, développer un déni de la perception de la souffrance des patients. L'échec du soin est une expérience intolérable. Grenier-Pezé affirme qu'il faudrait « échafauder des stratégies thérapeutiques qui deviennent des stratégies thérapeutiques de défense (116). Elles sont mises en œuvre pour colmater, en partie, la souffrance induite par le morcellement, la désobjectivation, la pensée opératoire administrative, le manque de moyens ».

Il faudrait tenter d'éviter l'exercice solitaire. Reconnaître le travail de ses partenaires est un changement de posture intellectuelle fondateur et permet de recréer un collectif de pairs. Pour les médecins du travail, ce travail de lien doit être fait car il recentrerait l'action de chacun des acteurs de soin sur les patients, énoncerait le sens du travail en équipe, permettrait la mise en commun des difficultés et des trouvailles, permettrait d'élaborer des ficelles du métier pour faire face aux impasses médico-judiciaires.

La création de groupes locaux invitant des médecins du travail, des inspecteurs du travail, des psychiatres, des ergonomes, des psychologues, des spécialistes des sciences sociales... permettent de rompre la solitude du médecin du travail. Créer un « carnet d'adresses » de référence, contenant les différentes ressources extérieures possibles (psychiatres, victimologues, avocats spécialisés...) également.

V. E. 2. f. Les associations

Les services d'aide aux souffrants accueillent toute personne qui s'estime victime d'une infraction. Ils ont pour objectif :

- la reconnaissance de la victime et de ses droits
 - l'apaisement des conflits
 - la lutte contre l'isolement des victimes, la diminution du sentiment d'insécurité
- Le ministère de la Justice a recensé pour l'année 2000 en France, 149 associations et bureaux municipaux d'aide aux victimes qui animent 500 permanences d'accueil et ont été en contact en 2000 avec 176 000 nouvelles personnes. Il s'agit de victimes de toutes sortes, et non seulement du travail.

Née en février 1997, l'association Mots pour Maux au Travail (47) est issue d'un groupe de réflexion qui s'est constitué face à la montée des difficultés que rencontraient les salariés et à l'impuissance des praticiens du travail à y répondre (51).

Les trois buts principaux de l'association sont de :

- donner la possibilité aux victimes de toute souffrance psychique au travail – en particulier de harcèlement moral – d'avoir un soutien, de s'informer, de s'exprimer. C'est l'objectif de l'accueil ;
- travailler à combler le vide juridique dans ce domaine et faire évoluer la législation ;
- aider les différents partenaires au sein des entreprises à analyser, comprendre et maîtriser ces problèmes.

Association départementale d'aide aux victimes d'infractions : 8 rue d'Auvours 44000 Nantes
02.40.89.47.07

Prévenir et réparer : 15, avenue du Commando 44600 Saint-Nazaire 02 40 01 85 85

Le 114 est un numéro vert d'information, d'écoute et d'orientation des victimes ou témoins de discrimination est gratuit et fonctionne de 9h à 19h.

Mettre les mots-clés « association » et « harcèlement » dans le moteur de recherche GOOGLE (<http://www.google.fr>) permet de retrouver toutes les coordonnées et références.

V. E. 2. g. Les groupes locaux, les groupes de parole

Qu'ils soient pour les « victimes » ou pour les acteurs de prise en charge, il faut encourager leur création.

Les groupes de paroles s'organisent autour d'une personne médiatrice qui connaît bien le milieu professionnel et a des qualités de psychothérapeute pour gérer les différents affects qui émergent de l'abord du vécu au travail, comme par exemple à Angers, au C.H.U. dans le service du Pr Penneau-Fontbonne.

Guiho-Bailly rappelle que « l'usage des groupes de paroles risque de pointer les fragilités individuelles, risque de faire perdre de vue que le problème vient du travail et non d'aider chacun à savoir où il en est par rapport à ses difficultés, à ses fragilités ».

Les groupes de pairs : créés en 1987 par le S.F.M.G. (Syndicat Français de Médecine Générale) :

- réunions régulières (8 par an)
- 6 personnes au moins par réunion
- pas de hiérarchie à l'intérieur du groupe, hôte à tout de rôle
- feuille de présence avec émargement obligatoire
- rédaction d'un rapport à chaque séance

Pour des études de cas cliniques, une évaluation des circuits de soins utilisés par les médecins, créer du temps libre pour parler d'autres choses, ces groupes semblent améliorer le vécu professionnel de leurs participants.

Le psychodrame Balint est un groupe d'une quinzaine de médecins, réunis 1 à 2 fois par mois sous la direction d'un animateur de formation analytique. Il s'agit de groupe de discussion et de travail afin d'analyser les problèmes relationnels avec les patients. Des cas cliniques puis des jeux de rôle sont proposés pour mettre en évidence et reconnaître la place de la dimension subjective dans le travail (111).

V. E. 2. h. Les consultants ou experts

Nous l'avons vu pour les A.R.A.C.T., mais des consultants indépendants, en ergonomie, psychodynamique du travail, peuvent être sollicités par l'employeur, un salarié, ou un C.H.S.C.T. Les intervenants organisent leur action autour du collectif de l'entreprise, de manière transparente et cherchent à mettre en évidence par les salariés eux-mêmes, les origines des situations conflictuelles. Ils n'ont aucune fonction de réorganisation ou de conseil et se veulent le guide extérieur pour une évolution intérieure à l'entreprise, décidée par ses acteurs participants.

V. E. 2. i. La justice

La judiciarisation est une démarche personnelle et individuelle. Ce n'est certainement pas une solution pour les entreprises qui seraient rapidement étiquetées comme source de souffrance.

L'information et la formation des juges aux problèmes de la souffrance en milieu de travail a très peu été développée dans les médias. Nous ne savons pas ce qui se passe à ce niveau.

Les codes : les actions en justice ont été traitées plus haut.

V. E. 3. La médiation

Le nouvel article L. 122-54 du Code du travail relatif à la médiation est créé. Selon cet article, « une médiation peut être engagée par toute personne de l'entreprise s'estimant victime de harcèlement moral ou sexuel. L'engagement de la procédure de médiation ne relève plus uniquement de la seule initiative du salarié s'estimant victime d'un harcèlement. L'auteur présumé d'un harcèlement peut demander la mise en œuvre d'une médiation. Le médiateur est choisi en dehors de l'entreprise sur une liste de personnalités désignées en fonction de leur autorité morale et de leur compétence dans la prévention du harcèlement moral ou sexuel. Le choix du médiateur doit faire l'objet d'un accord entre la victime et l'auteur présumé du harcèlement. Les fonctions de médiateur sont incompatibles avec celles de conseiller prud'homal en activité (50). (...) Le médiateur convoque les parties qui doivent comparaître en personne dans un délai d'un mois. En cas de défaut de comparution, il en fait le constat écrit qu'il adresse aux parties. Le médiateur s'informe de l'état des relations entre les parties, il tente de les concilier et leur soumet des propositions qu'il consigne par écrit en vue de mettre fin au harcèlement. En cas d'échec de la conciliation, le médiateur informe les parties des éventuelles sanctions encourues et des garanties procédurales prévues en faveur de la victime ».

Deux inconvénients : 1) l'approche est strictement individuelle ; 2) le recours au médiateur s'inscrit dans une logique disciplinaire alors que ce qui est fondamentalement en cause est la préservation de la santé de la « victime » de harcèlement.

Les « médiateurs » compétents en harcèlement moral et sexuel sont nommés par le Préfet sur une liste départementale présentée par les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

D'autres problèmes sont soulevés comme l'absence de définition générale de la médiation. La médiation a-t-elle pour objet de trancher en cas de litige ?

L'association Mots pour Maux au travail en trace une définition : « action de mettre en relation deux personnes par un tiers, sur la base de règles et de moyens librement acceptés (par les deux parties), en vue de la prévention d'un différend ou de sa résolution ». « Ce n'est pas un arbitrage, ce n'est pas une conciliation, la solution étant à élaborer par les parties, ce n'est pas une transaction qui repose sur des concessions réciproques, alors que la médiation cherche à dépasser le conflit avec une solution satisfaisant pleinement les parties ».

La « victime » comme le « harceleur » peut demander cette procédure de médiation. L'employeur, lui, ne peut pas initier une médiation « alors que pèse sur lui l'obligation de prendre "toutes les dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements" de harcèlement moral »... (site Internet de l'association Mots pour maux au travail (47))

Les autres questions posées concernent le risque que le médiateur n'ait à intervenir dans des situations qui ne sont pas du harcèlement dans la mesure où toute personne qui se sent harcelée a le droit de le saisir, la réalité du harcèlement sera-t-elle établie par un constat préalable, la médiation doit-elle être envisagée lorsque la situation de harcèlement moral est avérée, quelle efficacité peut-on prédire en pareil cas ?

La mission de médiation ne peut être efficace que lorsqu'il existe une possibilité de rencontre entre les personnes et quand le harcèlement n'en est encore qu'à ses prémices.

De plus, un conflit au travail est rarement lié à des problèmes de personnes au sens strict mais à un contexte d'organisation du travail défailante.

Quelles sont les compétences requises pour assurer les fonctions de médiateurs ? Quelle est la marge de manœuvre du médiateur dans une entreprise ?

L'association Mots pour maux au travail conclue en affirmant que le texte de loi concernant la médiation n'est pas applicable en l'état et que la réalité du terrain semble bien loin des volontés affichées dans la rédaction du texte.

CONCLUSION

La souffrance psychique au travail est une composante du travail. Lorsqu'elle s'inscrit dans la normalité du travail, elle répond à des mécanismes de défense développés selon la tâche à accomplir. Elle permet, si l'organisation du travail le permet, de trouver son identité au travail et d'aboutir à l'accomplissement de soi. En revanche, en cas de dysfonctionnement de cette organisation, la souffrance psychique va devenir difficile à contrer et à sublimer en agent de construction de la santé au travail.

Les sources pathogènes commencent à être mieux connues. Les études réalisées témoignent des conséquences parfois dramatiques sur la santé des salariés et sur leur emploi, qu'occasionnent ces situations de travail, quand la décompensation est la seule issue à l'expression de la souffrance.

Notre enquête montre que les salariés ont des ressources. Ils s'en sortent, malgré le degré atteint, parfois intolérable, de leur souffrance. Ils reprennent dans la majorité des cas une activité professionnelle, en changeant ou non de service au sein de l'entreprise, d'employeur, de secteur d'activité, de profession.

Les médecins du travail construisent en permanence leur métier, établissant des règles, des stratégies de défense. Le phénomène de la souffrance psychique au travail se révèle être un matériel clinique très riche d'enseignement pour la compréhension du fonctionnement des organisations du travail. L'intervention du médecin du travail est à définir. Les marges de manœuvres et les outils pratiques sont à développer. Mais il semble que la psychodynamique du travail propose une méthodologie et une approche productives en terme de construction de la santé au travail. L'écoute de la parole est au centre de cette science de la subjectivité, permettant d'aborder une nouvelle dimension de l'homme au travail, au sein du collectif et dans la recherche des moyens, souvent invisibles, mis en œuvre par le travailleur pour arriver à faire ce qui lui est demandé.

La pluridisciplinarité semble être un atout si une coopération opère entre les acteurs.

La souffrance psychique au travail est inhérente à toute activité. Mais dans une organisation du travail qui le permet, la souffrance, utilisée comme moteur, peut se transformer en plaisir au travail.

Annexes

Annexe 1

Mécanismes de défense, tirés du DSM-IV (6, 30)

Déni : mécanisme par lequel le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en refusant de reconnaître la présence de certains aspects extérieurs douloureux ou certaines expériences subjectives douloureuses pourtant pour autrui.

Projection : mécanisme par lequel le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en attribuant à tort à autrui ses propres sentiments, pulsions ou pensées inacceptables.

Rationalisation : mécanisme par lequel le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en dissimulant les motivations réelles de ses propres pensées, actes ou sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées.

Formation réactionnelle : mécanisme par lequel le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en substituant à un comportement, à des pensées ou à des sentiments personnels inacceptables d'autres qui leur sont diamétralement opposés.

Répression : mécanisme par lequel le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en évitant délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles.

Sublimation : mécanisme par lequel le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en canalisant des sentiments ou des pulsions potentiellement inadaptées vers des comportements socialement acceptables.

Annulation : pendant un temps, l'événement menaçant est purement escamoté, annulé ou aboli, le sujet se confinant dans une relation sociale, familiale ou conjugale rassurante, sécurisante.

Isolation : le cours de la pensée est comme suspendu, limitant l'accès à l'explicitation des conséquences d'un traumatisme.

Intellectualisation : = rationalisation

Déplacement : le sujet choisit un objet moins menaçant sur lequel il transfère son angoisse

Régression : repli sur soi et recherche de soutien affectif, le sujet cherche en s'immergeant dans son problème (ex : maladie), adoptant une attitude de repli marquée par une régression psychoaffective, comme s'il perdait sa maturation antérieure.

Anna Freud a décrit neuf méthodes de défense : le refoulement, la régression, la formation réactionnelle, l'isolation, l'annulation rétroactive, la projection, l'introjection, le retournement contre soi, transformation en contraire, sublimation ou déplacement du but instinctuel. Par ces méthodes, le Moi lutte contre les représentants de la pulsion et contre les affects. (le moi et les mécanismes de défense (Anna Freud. PUF – Bibliothèque de psychanalyse, 14^{ème} édition 1996, nov. 163p.).

Annexe 2 : les 23 contraintes du travail (15)

Contraintes psychosociales

Absence de latitude

- Horaires de travail fixes
- Contrôle des horaires
- On vous dit comment faire le travail
- Ne pas pouvoir faire varier les délais
- Rythme de travail imposé par une surveillance
- Appliquer les consignes pour faire le travail
- Appliquer les consignes en cas d'incident

Horaires atypiques

- Temps de travail supérieur à 10 heures
- Départ du domicile avant 7 heures du matin
- Pas de repos de 48 heures consécutives
- Travail plus d'un dimanche sur 2
- Travail plus d'un samedi sur 2

Travail répétitif

- Travail à la chaîne
- Rythme imposé par le déplacement d'une pièce
- Rythme imposé par la cadence d'une machine
- Travail répétitif

Tension due aux risques d'erreur

- Conséquences graves d'une erreur sur le produit
- Conséquences financières d'une erreur
- Conséquences dangereuses d'une erreur
- Conséquences d'une erreur sur l'emploi

Contacts avec le public

- Travail en contact direct avec le public
- Rythme de travail imposé par une réponse immédiate
- Rythme de travail imposé par une réponse non immédiate
- Vivre des situations de tension avec le public

Rythmes imposés par la production

- Rythme imposé par des contraintes techniques
- Rythme imposé par la dépendance de collègues
- Rythme imposé par une production horaire
- Rythme imposé par une production journalière

Impossibilité d'atteindre les objectifs

- Temps insuffisant pour atteindre les objectifs
- Informations insuffisantes pour atteindre les objectifs
- Collaborateurs en nombre insuffisant pour les objectifs

Exigence attentionnelle

- Ne pas pouvoir quitter son travail des yeux
- Lire des lettres ou chiffres de petite taille
- Examiner de très petits objets
- Faire attention à des signaux sonores ou visuels brefs

Incompatibilité des horaires de travail et des rythmes sociaux

- Nombre de jours de travail hebdomadaire variable
- Travailler en horaires alternés
- Travail de nuit
- Disposer de moins de 30 minutes pour le repas de midi

Polyvalence

- Abandonner fréquemment une tâche pour une autre
- Changer de poste en fonction des besoins

Faible soutien social

Fonction d'encadrement

Sous activité

Contraintes physico-chimiques

Charge physique

- Rester longtemps debout
- Rester longtemps dans une posture pénible
- Effectuer des déplacements à pied, long ou fréquents
- Porter ou déplacer des charges lourdes
- Effectuer d'autres efforts physiques importants
- Subir des secousses ou des vibrations

Bruit

- Ne pas pouvoir entendre une personne qui vous parle
- Subir de temps en temps des bruits très forts ou aigus
- Etre gêné par le bruit dans l'exécution du travail
- Porter des protections d'oreilles

Températures extrêmes

- Travailler au froid
- Travailler au chaud

Environnement insalubre

- Travailler dans la saleté
- Travailler dans l'humidité
- Travailler dans les courants d'air
- Absence ou mauvais état des locaux sanitaires
- Respirer des poussières

Risque biologique

- Présence de risques infectieux
- Présence d'un risque d'irradiation

Environnement sans ouverture sur l'extérieur

- Travailler en l'absence de vue sur l'extérieur
- Travailler à la lumière artificielle

Risques physiques immédiats

- Exposition à la projection ou chute d'objets ou de matériaux
- Risquer de faire une chute grave
- Risquer des blessures sur machines
- Risquer des blessures avec des outils ou des matériaux
- Risquer d'être électrocuté
- Risquer d'être brûlé
- Manipuler ou être en contact avec des produits explosifs
- Manipuler ou être en contact avec des produits toxiques

Risques chimiques

- Respirer des fumées
- Respirer des toxiques

Risque routier

- Risquer des accidents de la circulation

Annexe 3 : CLASSIFICATION EN 5 CATEGORIES DES 45 AGISSEMENTS CONSTITUTIFS DU MOBBING (1, 53)

1. Agissements visant à empêcher la victime de s'exprimer : le supérieur hiérarchique refuse à la victime la possibilité de s'exprimer ; la victime est constamment interrompue ; les collègues hurlent , l'invectivent ; critiquer le travail de la victime ; critiquer sa vie privée ; terroriser la victime par des appels téléphoniques ; la menacer verbalement ou par écrit ; refuser le contact (éviter le contact visuel, gestes de rejet....) ; ignorer sa présence.
2. Agissements visant à isoler la victime : ne plus lui parler ; ne plus se laisser adresser la parole par elle ; lui attribuer un poste de travail qui l'éloigne et l'isole de ses collègues ; interdire à ses collègues de lui adresser la parole ; nier la présence physique de la victime.
3. Agissements visant à déconsidérer la victime auprès de ses collègues : médire d'elle ou la calomnier ; lancer des rumeurs à son sujet ; se gausser d'elle, la ridiculiser ; prétendre qu'elle est une malade mentale ; tenter de la contraindre à un examen psychiatrique ; railler une infirmité ; imiter la démarche, la voix, les gestes de la victime pour mieux la ridiculiser ; attaquer ses convictions politiques ou ses croyances religieuses ; se gausser de sa vie privée ; se moquer de ses origines, de sa nationalité ; la contraindre à un travail humiliant ; noter le travail de la victime inéquitablement et dans des termes malveillants ; mettre en question, contester les décisions de la victime ; l'injurier dans des termes obscènes ou dégradants ; harceler sexuellement la victime (gestes ou propos) .
4. Discrediter la victime dans son travail : ne plus lui confier une tâche, la priver de toute occupation et veiller à ce qu'elle ne puisse en trouver aucune par elle même ; la contraindre à des tâches totalement inutiles et/ou absurdes ; la charger de tâches très inférieures à ses compétences ; lui donner sans cesse des tâches nouvelles ; lui faire exécuter des travaux humiliants ; confier à la victime des tâches exigeant des qualifications très supérieures à ses compétences, de manière à la discrediter.
5. Compromettre la santé de la victime : contraindre la victime à des travaux dangereux ou nuisible à la santé ; la menacer de violences physiques ; l'agresser physiquement mais sans gravité «à titre d'avertissement» ; l'agresser physiquement sans retenue ; occasionner volontairement des frais à la victime dans l'intention de lui nuire ; occasionner des dégâts au domicile de la victime ou à son poste de travail ; agresser sexuellement la victime.

Annexe 4 : LISTE DES CONDUITES ABUSIVES CONSTITUTIVES D'UN HARCELEMENT (43)

1. **Atteintes aux conditions, gestes de travail** : retirer son autonomie à la victime, ne plus lui transmettre les informations utiles à la réalisation d'une tâche, contester systématiquement toutes ses décisions, critiquer son travail injustement ou exagérément, lui retirer l'accès aux outils de travail : téléphone, fax, ordinateur..., lui retirer le travail qui normalement lui incombe, lui donner en permanence des tâches nouvelles, lui attribuer volontairement et systématiquement des tâches inférieures ou supérieures à ses compétences, faire pression sur elle pour qu'elle ne fasse pas valoir ses droits (congés, horaires, primes), faire en sorte qu'elle n'obtienne pas sa promotion, lui attribuer contre son gré des travaux dangereux, lui attribuer des tâches incompatibles avec sa santé,

occasionner des dégâts à son poste de travail, lui donner délibérément des consignes impossibles à exécuter, ne pas tenir compte des avis médicaux formulés par le médecin du travail, la pousser à la faute

2. **Isolement et refus de communication :** interrompre sans cesse la victime, ses supérieurs hiérarchiques ou collègues ne lui parlent plus, communiquer avec elle uniquement par écrit, refuser tout contact même visuel avec elle, l'installer à l'écart de autres, ignorer sa présence en ne s'adressant qu'aux autres, interdire à ses collègues de lui parler, ne plus la laisse parler aux autres, la direction lui refuse toute demande d'entretien

3. **Atteintes à la dignité :** utiliser des propos méprisants pour qualifier la victime, utiliser envers elle des gestes de mépris (souples, regards méprisants, haussements d'épaule...), la discréditer auprès des collègues, des supérieurs ou des subordonnés, faire courir des rumeurs à son sujet, lui attribuer des problèmes psychologiques (dire que c'est une malade mentale), se moquer de ses handicaps ou de son physique, l'imiter, la caricaturer, critiquer sa vie privée, se moquer de ses origines ou de sa nationalité, s'attaquer à ses croyances religieuses ou à ses convictions politiques, lui attribuer des tâches humiliantes, l'injurier avec des termes obscènes ou dégradants

4. **Violences verbale, physique ou sexuelle :** menacer la victime de violences physiques, l'agresser physiquement même légèrement, la bousculer, lui claquer une porte au nez, hurler contre elle, envahir sa vie privée par des coups de téléphone ou des lettres, la suivre dans la rue, la guetter devant son domicile, occasionner des dégâts à son véhicule, à ses affaires personnelles, la harceler ou l'agresser sexuellement (gestes ou propos)

Annexe 5 : Questions pour changer les pensées automatiques :

1. Quel est mon degré de croyance dans cette pensée automatique de 0 à 10 ?
2. Si ma croyance n'est pas à 10, pourquoi ?
3. Est-ce que mes pensées sont un fait précis ou une interprétation des faits ?
4. Existe-t-il une alternative à chacune de mes pensées, et quelle est la probabilité de réalité de chaque alternative ?
5. Est-ce que je tiendrais le même raisonnement pour une autre personne (attitude de spectateur) ?

Annexe 6 : notre questionnaire

NOM :

Prénom :

1. Quel était votre employeur lors de votre première consultation ?

.....

2. A quel secteur d'activité appartient cette entreprise ? (ex : banque, production de poulet, animation, bâtiment, bijouterie...)

.....

3. Quel est le statut de cette entreprise ?

- Entreprise privée
- Entreprise publique
- Association
- Administration, ministère

4. Combien de personnes comportait cette entreprise ?

5. Combien de personnes comprenait votre service ou atelier ?

6. Quel élément vous a-t-il décidé à consulter ?

.....

7. Quelle est la date de la première consultation pour ce problème, quel que soit le consultant ?

8. Etes-vous toujours actuellement suivi(e) pour ce problème ?

- Oui Non

9. Quelle est la date de votre premier arrêt de travail pour ce problème ?

.....

10. Combien de temps a-t-il duré ?

11. Y a-t-il eu plusieurs arrêts de travail ? Combien ?

- Oui Non

. Combien ?

12. Pouvez-vous estimer la durée cumulée en jours de vos arrêts ?

13. Comment avez-vous quitté l'emploi en cause ?

- Démission, date :
- Inaptitude médicale, date :
- Licenciement, date : Motif :
- Changement de service, de bureau
- Autre, précisez :

14. Avez-vous été appuyé(e) par : (réponse multiple possible)

- votre famille proche
- vos collègues
- des syndicats
- des supérieurs hiérarchiques

15. Avez-vous gardé des contacts avec d'anciens collègues ?

- Oui Non

16. Avez-vous eu connaissance des mêmes problèmes avec d'autres personnes dans votre entreprise ?

- Oui Non

17. Avez-vous été hospitalisé(e) ?

- Oui Non

18. Quels médicaments avez-vous pris ? (les noms sur les boîtes)

.....
à quelle dose :

19. Prenez-vous toujours actuellement un traitement médicamenteux ?

- Oui Non

20. Avez-vous attaqué aux Prud'hommes ?

- Oui Non

Avez-vous obtenu réparation ?

- Oui Non La procédure est en cours

21. Avez-vous porté plainte au Procureur de la République ?

Oui Non

Avez-vous obtenu réparation ?

Oui Non La procédure est en cours

22. Avez-vous repris une activité professionnelle ? si non, passez à la question 29.

Oui Non Si oui à quelle date :

23. Quel est votre employeur actuel ? s'il est le même, passez à la question 29.

.....

24. A quel secteur d'activité appartient cette entreprise ? (ex : service médical, industrie du bois, commerce de détail...)

.....

25. Quel est le statut de cette entreprise ?

- Entreprise privée
- Entreprise publique
- Association
- Administration, ministère

26. Combien de personnes comporte actuellement cette entreprise ?

27. Combien de personnes comprend votre service ou atelier ?

28. Quel est le médecin du travail de cette entreprise ? (indiqué sur votre dernière fiche d'aptitude)

Nom : Prénom :

29. Quel est votre poste exact actuel ?

30. Avez-vous eu le sentiment d'avoir été bien aidé(e) par : (réponse multiple possible)

- Votre famille
- Vos collègues
- Votre médecin généraliste
- Votre médecin du travail
- Votre psychiatre, psychologue...
- L'assistante social
- L'inspection du travail

31. Tracez un trait sur la ligne ci-dessous où le point de gauche est l'endroit où vous vous sentez le mieux possible et le point de droite, celui où vous vous sentez le moins bien : comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

Je vais
très bien



Je vais très
mal

32. Acceptez-vous que nous vous téléphonions si des renseignements nous manquaient ?

Oui

Non

Tel :

33. Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DEPUIS QUELQUES SEMAINES :

❶ Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?

- Mieux que d'habitude
- Comme d'habitude
- Moins que d'habitude
- Beaucoup moins que d'habitude

❷ Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Plutôt plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

❸ Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?

- Plutôt plus que d'habitude
- Comme d'habitude
- Moins utile que d'habitude
- Beaucoup moins utile

❹ Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?

- Plutôt plus que d'habitude
- Comme d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Beaucoup moins capable

❺ Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

❻ Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

❼ Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?

- Plutôt plus que d'habitude
- Comme d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Beaucoup moins que d'habitude

❽ Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?

- Plutôt plus que d'habitude
- Comme d'habitude
- Moins capable que d'habitude
- Beaucoup moins capable

❾ Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

❿ Avez-vous perdu confiance en vous ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

⓫ Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

⓬ Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?

- Plutôt plus que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- A peu près comme d'habitude
- Beaucoup moins que d'habitude

Annexe 7 : les courriers adressés (les en-têtes sont retirées)

Nantes, le 16 septembre 2002

Madame, Monsieur,

Vous avez été vu(e) en Consultation de Pathologie Professionnelle par le Dr J.M. PAPON ou par le Dr A. TOURANCHET en raison d'une souffrance mentale en lien avec votre travail.

Nous sommes intéressés de connaître les suites de votre état de santé et leurs conséquences sur votre travail.

Dans le cadre de cette étude médicale, nous nous permettons de vous adresser un questionnaire médical, à nous renvoyer à l'aide de l'enveloppe timbrée ci-jointe.

Les données issues de ce questionnaire seront traitées et restituées de façon strictement confidentielle et anonyme.

L'objectif attendu de ce travail est de savoir ce que les patients, soignés pour leur souffrance, sont devenus, après modification ou non de leur poste, de leur entreprise, de leur branche professionnelle.

Nous vous prions de nous retourner le questionnaire dûment rempli d'ici une quinzaine de jours. Merci. Cela nous permettra d'essayer d'améliorer la prise en charge de ces souffrances en lien avec le travail.

Nous vous prions de croire, Madame, monsieur, en l'assurance de nos sentiments le plus dévoués.

Florent DESERT
Interne de Médecine Dr PAPON Dr TOURANCHET
Du Travail

Nantes, le 29 janvier 2003,

Madame, Monsieur,

Nous vous adressons ce second et dernier courrier de rappel, afin de vous permettre de répondre au questionnaire.

Vos réponses serviront à étudier les conséquences professionnelles de la souffrance de personnes qui, comme vous, ont vécu des situations difficiles au travail. Nous comprenons qu'il est douloureux d'évoquer certains souvenirs. La prise en charge de cette douleur doit être améliorée.

Nous vous prions donc de bien vouloir nous retourner le questionnaire ci-joint dûment rempli, à l'aide de l'enveloppe timbrée, y compris la dernière page, dont les questions se rapportent aux dernières semaines passées, au travail ou non, c'est-à-dire les semaines des mois de décembre 2002 et janvier 2003.

Nous vous rappelons que vos réponses sont soumises aux règles les plus strictes de l'anonymat et de la confidentialité, dans le cadre du secret médical, au même titre que les dossiers médicaux.

Merci par avance pour vos réponses. Nous vous adressons nos meilleurs vœux pour cette nouvelle année.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments les plus dévoués.

Florent DESERT
Interne de Médecine Dr PAPON Dr TOURANCHET
Du Travail

Madame, Monsieur,

Vous avez répondu à notre questionnaire et nous vous en remercions. Afin que des statistiques soient réalisées et valables, nous avons besoin du questionnaire ci-joint.

Nous vous demandons de nous le renvoyer rempli, à l'aide de l'enveloppe timbrée également jointe.

Vous devez répondre à ces douze questions en rapport avec votre état d'esprit des dernières semaines passées (mois de janvier 2003) et non les semaines précédant votre consultation. Il s'agit pour nous de savoir comment vous vous portez en général depuis quelques semaines. Nous nous intéressons donc à **votre santé actuelle** et non aux problèmes que vous avez eus dans le passé. Il est important que vous tentiez de répondre à toutes les questions.

Merci de votre participation.

Nous vous adressons nos meilleurs vœux pour cette nouvelle année.

Nous vous prions de croire, Madame, monsieur, en l'assurance de nos sentiments les plus dévoués.

Florent DESERT
Interne de Médecine Dr PAPON Dr TOURANCHET
Du Travail

Annexe 8 : conseils aux victimes



Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction Départementale du travail, de l'emploi et de la
formation professionnelle des Yvelines

CONSEILS POUR SAVOIR QUELLE ATTITUDE ADOPTER LORSQU'ON EST VICTIME DE HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

« Mon employeur, souhaitant me voir quitter l'entreprise sans me licencier, multiplie les remarques insultantes, désobligeantes ou vexatoires. Que faire ? »

Lorsqu'on est l'objet de telles brimades, l'important est de conserver son calme, de rester courtois afin d'éviter tout comportement pouvant justifier une faute professionnelle. Cependant, cela ne signifie nullement que vous devez tout accepter sans rien dire, surtout si les remarques désobligeantes ou insultantes se répètent.

L'idéal est de réagir avant d'entrer dans une situation dont la seule issue serait le départ (arrêt maladie, démission...) ou l'exclusion du milieu professionnel (transferts de poste à répétition, mise à l'écart, licenciement...)

Il importe de savoir qu'il existe plusieurs possibilités de faire respecter ses droits :

Tout d'abord, essayez d'avoir avec l'employeur une explication franche, mais courtoise. Faites-lui part de votre étonnement face à son comportement, demandez ce qu'il a exactement à vous reprocher et exprimez votre volonté d'exercer votre travail dans un contexte relationnel normal. Cette entrevue permettra peut-être de calmer le jeu.

Au cours de cet entretien, un changement de service ou une mutation peut être négociée avec l'employeur.

La confirmation de la réalité de la situation par les quelques collègues avec lesquels vous avez des affinités peut vous permettre de mieux identifier le processus.

Sachez qu'il est important de noter précisément toute forme de provocation ou attitude, en continuant de vous montrer irréprochable sur le plan du comportement comme du travail.

Dans votre éprouve, le médecin du travail, tenu au secret, peut vous être d'un précieux secours.

Parallèlement, vous pouvez éventuellement faire appel aux représentants du personnel s'il en existe au sein de l'entreprise. Ils sont là pour vous épauler en cas de problème et intervenir auprès de l'employeur afin que votre employeur modifie son comportement.

Si, malgré ces démarches, les agressions verbales se poursuivent et que vous avez le sentiment que l'employeur poursuit un objectif précis (obtenir votre démission ou vous imputer une faute professionnelle), vous devrez réagir de manière plus officielle. La solution: lui adresser une lettre recommandée avec AR dans laquelle vous relaterez les faits de façon très linéaire (n'émettez ni jugement de valeur ni appréciation personnelle) et ferez état de votre étonnement face à son comportement. N'oubliez pas de préciser dans votre courrier que vous entendez

exercer une activité avec efficacité, dans un contexte relationnel normal, et n'avez nullement l'intention de démissionner.

Cette démarche présente un double avantage. Elle montre à votre employeur que vous avez l'intention de vous défendre et elle constitue un commencement de preuve à utiliser, le cas échéant devant les tribunaux. Mais elle n'est pas dénuée de danger, car elle peut tout aussi bien calmer les esprits qu'exacerber le conflit.

Si votre employeur vous convoque dans son bureau pour obtenir votre démission, sur le champ, refusez catégoriquement de signer le document, puis adressez-lui une lettre RAR faisant état de l'entretien et de votre refus de démissionner sous sa pression.

Si la situation vous semble complètement bloquée, tentez de négocier une transaction avec l'employeur. Cette démarche vous permet de régler de façon équitable les conséquences de la rupture du contrat de travail décidée par l'employeur. Mais elle comporte des risques puisqu'elle vous retire toute possibilité de tout recours ultérieur devant le conseil de prud'hommes. Votre employeur peut avoir intérêt à négocier un tel accord s'il n'est pas certain du motif de licenciement invoqué et ne veut pas risquer de se voir condamné pour licenciement injustifié. Pour bénéficier de vos droits à indemnisation au titre du chômage, la transaction doit absolument être assortie d'une lettre de licenciement.

Sur le plan juridique, l'Inspecteur ou le Contrôleur du Travail est en mesure de vous conseiller utilement.

Il est recommandé, tant qu'il vous reste de l'énergie, de rester dans l'entreprise et de demander au Conseil de Prud'hommes la résiliation judiciaire de votre contrat de travail aux torts et griefs exclusifs de l'employeur (avec les différentes indemnités légales du conventionnelles et des dommages et intérêts).

En matière de rupture du contrat de travail, il peut également y avoir lieu à indemnisation d'un préjudice moral distinct de celui résultant du licenciement lorsque ce dernier est intervenu dans des conditions vexatoires portant atteinte à la dignité et à la notoriété du salarié et de nature à l'humilier auprès de son entourage.

SI MALGRÉ TOUT, VOUS DÉMISSIONNEZ

Piégé par votre employeur, ou fatigué de vivre cette situation, vous lui avez adressé votre lettre de démission ou vous avez signé votre lettre de démission dans son bureau?

Adressez-lui, le plus vite possible, une lettre de rétractation en Recommandé avec Accusé de Réception dans laquelle vous préciserez que la démission vous a été extorquée sous la pression ou que vous avez démissionné suite à son comportement.

Puis exercez un recours devant le conseil des prud'hommes en apportant les éléments de preuve des brimades subies (précédents courriers adressés à l'employeur, intervention des représentants du personnel auprès de ce dernier, saisine de l'inspection du travail, etc ...), afin d'obtenir des dommages et intérêts, soit pour la requalification de votre démission en licenciement de fait aux torts de l'employeur, soit pour licenciement abusif sans cause réelle et sérieuse (une réintégration ne pouvant être obtenue par les prud'hommes).

Enfin, vous devez savoir que vous avez la possibilité de contacter plusieurs associations qui traitent du problème du harcèlement au travail.

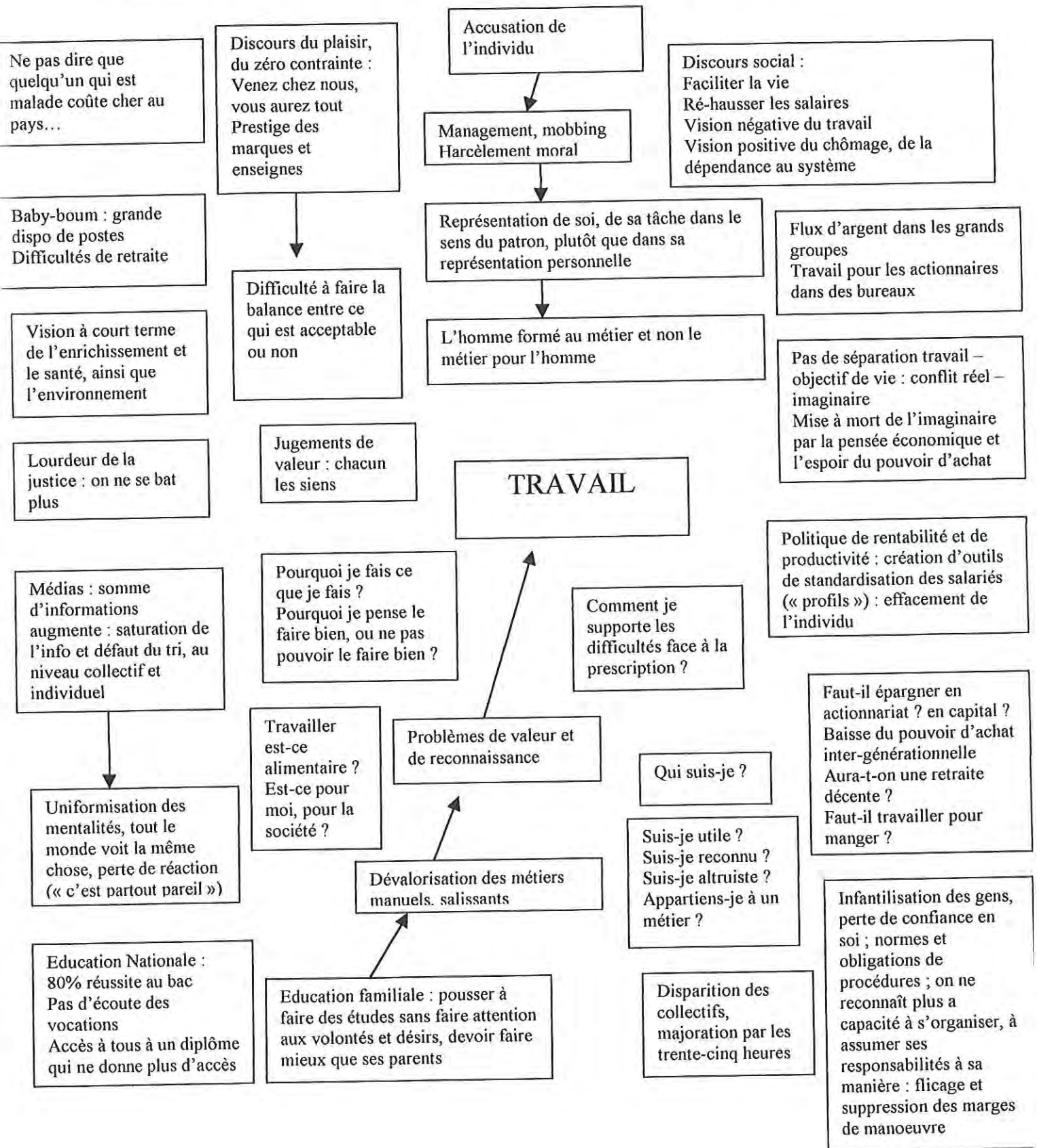
- "Mots pour Maux au Travail": 16, rue des Cailles - 67100 STRASBOURG - Tel: 03.88.65.93.88.

- "Association Nationale des Victimes de Harcèlement Psychologique au Travail" (ANVHPT) 3, bld des Lices 13200 ARLES - Tel et Fax: 04.90.93.42.75.

"Association Contre le Harcèlement Professionnel" (AHP) - Site Internet. www.ifrance.com/achj2.Ecrire à M. Luis GONZAL Z-MESTRES - Président - 17, rue Albert Baye - Appartement 1.105 - 75013 PARIS - tel et fax: 01.45.83.07.20 - e.mail achp@ifrance.com.

Annexe 10 :

Compromis satisfaisant entre exigences de l'inconscient et contraintes des rapports sociaux (Dejours 1983)



Bibliographie

1. LEYMANN H. La persécution au travail Paris: Editions du Seuil; 2002. 237p.
2. HIRIGOYEN MF. Le harcèlement moral Paris: La découverte et Syros; 1998. 252p.
3. DEJOURS C. Travail, usure mentale Nouvelle édition augmentée. Bayard Paris; 2000. 280p.
4. RAIX A, BIE B, GIRARDOT I, DAVEZIES P. Santé - santé publique - travail et santé. *Arch Mal Prof* 1997 déc;58:44-7.
5. DEJOURS C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le Travail Humain* 1995;58 (1):1-16.
6. DURAND VM, BARLOW DH. Psychopathologie. Une perspective multidimensionnelle: De Boek Université; 2002.
7. WISNER A. Ergonomie et psychopathologie du travail. *PREVENIR* 1990;20:65-124.
8. DEJOURS C. Souffrance en France Paris: Seuil; 2002.
9. GUIHO-BAILLY MP. Psychisme et travail : pour le meilleur et pour le pire. *Emploi-Travail* 2001 fév;Supplément n°73:4-6.
10. MARIAGE A. Stratégies de *coping* et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le Travail Humain* 2001;64 (1):45-59.
11. GIUST AC. L'identité professionnelle, une unité conflictuelle. *Psychologie clinique* 1989;1:12-8.
12. DAVEZIES P. Eléments de psychodynamique du travail. *Education permanente* 1993;116 (3):33-46.
13. DEJOURS C. Violence et domination. *Travailler* 2000;3:11-31.
14. BENSÂÏD A, DEJOURS C. Psychopathologie et psychodynamique du travail. *Encycl Méd Chir, Toxicologie-Pathologie professionnelle* 1994;16-535-P-I0:1-7.
15. COHIDON C, CHOUANIERE D, NIEDHAMMER I. Catégories socio-professionnelles et contraintes au travail. In: INRS; 2002. <http://www.inrs.fr>
16. PIERRE I. Ecouter et dire la souffrance psychique des salariés en médecine du travail [Mémoire de psychologie du travail]. Nantes: Conservatoire national des arts et métiers; 2003.
17. GUIHO-BAILLY MP. La reconnaissance : un concept crucial. *J Psychol* 1998;155:32-4.
18. DAVEZIES P. Souffrance et organisation du travail. *La gazette d'Ile-de-France* 2001;40:4-8.
19. La souffrance psychique. *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique* 1998;2:8-55.
20. GOLLAC M, VOLKOFF S. Les conditions de travail *Repères*. Paris: La Découverte; 2000. 122p.
21. GUIHO-BAILLY MP. Des temps du travail à l'histoire singulière : apports de la clinique psychiatrique. Paris: Actes du XXXIIIème Congrès de la SELF; 1998 16-18 septembre 1998.
22. GRENIER-PEZE M. La maladie du geste de travail. *La gazette sociale d'Ile-de-France* 2001;40:9-17.
23. DERRIENNIC F, TOURANCHET A, VOLKOFF S. Age, travail, santé. INSERM *Questions en santé publique*. Paris: Les éditions INSERM; 1996. 440.

24. DURAND JP, BASZANGER I, DEJOURS C. Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. *Sociologie du travail* 2000;42(2):313-40.
25. GOLDBERG DP. The General Health Questionnaire. General Practice Research Unit *Psychological well-being*. 1972.
26. GOLDBERG DP. Manuel of the General Health Questionnaire Windsor, England: NIER Publishing; 1978.
27. SIFAKIS Y, RASCLE N, BRUCHON-SCHWEITZER M. L'inventaire de stress professionnel de C.D. Spielberger (Job Stress Survey): une adaptation française. *Psychologie et psychométrie* 1999;20(1):5-23.
28. BARROIS C. "Post-traumatic Stress Disorders" (PTSD) et "Etats de stress post-traumatique" : les dangers et erreurs cliniques et conceptuelles de ces dénominations dans les classifications DSM-IV et CIM-10. *Ann Méd Psychol* 1996;154(8-9):542-6.
29. STRACHWITZ von M. Prendre en charge des victimes de harcèlement moral. *Thérapie familiale* 2002;23(3):251-68.
30. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 1996.
31. SOARES A. Quand le travail devient indécent. *Performances* 2002;3:16-26.
32. CHANLAT JF. Théories du stress et psychopathologie du travail. *Revue PREVENIR* 1990;20:117-24.
33. MOORS S. Stress et travail, origines et approches. Institut National de Recherche sur les Conditions de Travail; 1994. 270p.
34. AUBERT N, de GAULEJAC V. Le coût de l'excellence Paris: Editions du Seuil; 1991. 342p.
35. SCOTTO JC, FARISSE J. Expression clinique de la dépression. *La revue du praticien* 1999;49:701-6.
36. GOLDBERG RJ et coll. Depression in the workplace : costs and barriers to treatment. *Psychiatric Services* 2001;52(12):1639-43.
37. ROY P. Suicide : le monde du travail en question. *Le quotidien du médecin* 2002;7054:14.
38. BOURGEOIS M. Harcèlement moral : des conséquences parfois dévastatrices. *Le quotidien du médecin* 2002;7089:24.
39. SIGNORET B, DESCHAMPS F. Workaholism, ou l'intoxication par le travail. *Le concours médical* 2002;124-03:165-9.
40. Collectif. Nouvelles formes d'organisation du travail et santé mentale. *Arch Mal Prof Med Trav* 1999;60(6):521-50.
41. PEZE M, SOULA MC. Harcèlement au travail : l'interrompre en urgence. *La revue du praticien - Médecine générale* 2001;15(537):973-8.
42. GRENIER-PEZE M, SOULA MC, BOUAZIZ P, IMBEAUX M, ROCHE C, SANDRET N, RONDET S. La maltraitance dans les relations de travail. *Le concours médical* 2001 oct;123-30:2013-16.
43. HIRIGOYEN MF. Malaise dans le travail, harcèlement moral : démêler le vrai du faux Paris: La Découverte Syros éd; 2001. 290p.
44. VIAUX JL, BERNAUD JL. Le harcèlement psychologique au travail : une recherche nationale auprès des victimes. *Pratiques Psychologiques* 2001;4:57-69.
45. GONIK V. Organisation du travail et mobbing. In: XXXVIIème Congrès De La Self, éditeur. Prescription, efficacité et santé; 2002; Aix-en-Provence;322-5.
46. La violence au travail en Europe, état des lieux. Paris: Eurogip éditions; 2001.
47. Association "Mots pour maux au travail". In: <http://www.multimania.com/xaumtom>.

48. HIRIGOYEN MF. Le harcèlement moral au travail en 2003. *Le Journal International De Victimologie* 2003;1(3):10p.
49. GRENIER-PEZE M, SOULA MC. Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral. *DMT* 2002;90(2):137-45.
50. Collectif. Les harcèlements au travail. *Performances* janvier-février 2002;2:1-39.
51. DRIDA M, BECKER F, BROM M, SCHILLINGER E. Peur du chômage, harcèlement moral et autres formes de maltraitance psychologique au travail. In: Cnam, editor. 3ème colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail; 2001 fev 1, 2 et 3 février 2001; Paris; 99-105.
52. GUIHO-BAILLY MP. Violences et souffrances au travail : de quoi parle-t-on? In: Violences au travail; nov 21-22 novembre 2002; Cholet (site internet de la SMTHIEO).
53. POILPOT-ROCABOY G. Le processus de harcèlement professionnel. *Revue française de gestion* janvier-février 2000:31-51.
54. RIVAIS R. L'Europe se dote d'un dispositif commun de lutte contre le harcèlement sexuel. *Le Monde* 2002.
55. Bureau international du travail. Le stress au travail. *H & S* 1993;70 et 71:10-1 et 30-5.
56. RAVISY P. Le harcèlement moral au travail. 2ème édition Paris: Delmas express Dalloz; 2002. 274p.
57. BOURGEOIS M. La dioxis (stalking), une nouvelle forme de harcèlement, cause de stress, trauma et PTSD. *Stress et Trauma* 2001;1(5):281-4.
58. MULLEN PE, PATHE M, PURCELL R. Stalkers and their victims. In: American psychiatric association meeting; 7 may 2001; New Orleans.
59. DEBOUT M. Violences au travail : aspects cliniques. *Arch Mal Prof Med Trav* 2002;63(3):250-1.
60. MAURICE M. La sociologie du travail. *Revue des conditions de travail* 1984 nov-dec;14:49-50.
61. MAURICE M. La sociologie du travail. *Revue des conditions de travail* 1984 juillet-août;12:45-8.
62. ROELENS N. Intoxication productiviste et déshumanisation des rapports humains. *Travailler* 2000;4:93-122.
63. DEBERDT JP. Le travail, une valeur en baisse. *Presse Med* 2002;31(11):488-90.
64. Collectif. Se préoccuper de qualité de la vie au travail, est-ce bien nécessaire? *Revue des conditions de travail* 1984 mai-juin;11:32-3.
65. SARTIN P. Les aspects psychologiques d'une bonne organisation du travail. *Travail et méthodes* 1979 fev;358:37-41.
66. VEZINA M. La santé mentale au travail: pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. *Santé mentale au Québec* 1996.
67. FLOTTES A. La subjectivité dans le travail: est-elle vendable? à quel prix? *Travailler* 2000;4:73-92.
68. DYEUVRE P, LEGER D. Médecine du travail. Approches de la santé au travail Paris; 2000. 305p.
69. DEJOURS C. Plaisir et souffrance dans le travail Paris: Editions de l'AOCIP; 1988.145p.
70. DEBRAY Q, NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique *Médecine et psychothérapie*. Paris; 2000. 153p.
71. DUPAIN Ph. Le "coping" : une revue du concept et des méthodes d'évaluation. *J Therap Comport Cogn* 1998;8(4):131-8.
72. LAZARUS RS. Coping theory and research : past, present and future. *Psychosomatic Medicine* 1993;55:234-47.

73. PAULHAN I, NUISSIER J, QUINTARD B, COUSSON F, BOURGEOIS M. La mesure du "coping". Traduction et validation françaises de l'échelle de Vitaliano (Vitaliano et al. 1985). *Ann Méd-Psychol* 1994;152(5):292-9.
74. GRAZIANI S, RUSINEK P, SERVANT D, HAUTEKEETE-SENCE D, HAUTEKEETE M. Validation française du questionnaire de coping "way of coping checklist-revised" (W.C.C.-R.) et analyse des événements stressants du quotidien. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 1998;8(3):100-12.
75. COUSSON-GELIE F, RAHERISSON C, BRUCHON-SCHWEITZER M, TAYTARD A. Quels sont les liens entre les styles de coping et la qualité de vie ? *Psychologie et psychométrie* 1999;20(1):25-38.
76. VINAY A, ESPARBES-PISTRE S, TAP P. Attachement et stratégies de coping chez l'individu résilient. *La revue internationale de l'éducation familiale* 2000;4(1):9-35.
77. ROLLAND JP. Validité interculturelle du modèle de personnalité en cinq facteurs. *Psychologie française* 2001;46(3):231-49.
78. ROLLAND JP. Validité de construct de "marqueurs" de dimensions de personnalité du modèle en cinq facteurs. *Revue européenne de psychologie appliquée* 1993;43(4):317-37.
79. DURAND E, LUCO N, CUZZOLIN-GAVALDA J. Substances psychoactives et travail. *DMT* 2002;91:273-82.
80. DAVEZIES P. Stratégies collectives de défense contre la souffrance au travail. *Arch Mal Prof Med Trav* 2000;61(1):50-2.
81. CRU D, DEJOURS C. La peur et la connaissance des risques dans les métiers du bâtiment. In: Eme, editor. *Psychopathologie du travail*. Paris; 1985. p.69-75.
82. CHIARONI J, CHIARONI P. Données épidémiologiques des situations de mobbing au travail d'après une enquête effectuée auprès des médecins du travail en région PACA. *Arch Mal Prof Med Trav* 2001;62(2):96-107.
83. BERTIN C, LASFARGUES G, BERTOLETTI F, VYAIN M. Perception du travail, organisation du travail et souffrance mentale de salariés d'un établissement public. *Rev méd trav* 1998;25(1):42-6.
84. SEILER VAN DAAL B, LITZENBERGER M, DRIDA M, HANSMAENNEL G, BROM M. Résultats d'une enquête sur le harcèlement moral. *Arch Mal Prof Med Trav* 2001;62(7):574-5.
85. BERGOGNE A. Harcèlement : une nouvelle maladie professionnelle? *Le concours médical* 2001;123-15:1056.
86. INRS. Harcèlement moral au travail - généralités et contexte français. In. http://www.inrs.fr/dossiers/harcelement_moral.htm; 2003.
87. LEMAIRE-VERRIER S. Etude de la souffrance psychique liée au travail chez les soignants d'un centre hospitalier [Diplôme d'état de docteur en médecine]. Angers: Université d'Angers; 2001.
88. ESTRYN-BEHAR M, KAMINSKI M, DEBRAY Q et al. Le médecin du travail comme pivot d'une observation pluridisciplinaire de la santé mentale dans des populations non demandeuses de soins psychiatriques. *Arch Mal Prof Med Trav* 1991;52(6):387-91.
89. TOURANCHET A, DHAINAUT L, FOURES V et al. Evaluation des liens entre souffrance mentale et facteurs professionnels dans trois secteurs d'activités. *Arch Mal Prof Med Trav* 1999;60(6):582-3.
90. MACCABE CJ, THOMAS KJ, BRAZIER JE, COLEMAN P. Measuring the mental health status of a population : a comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *British Journal of Psychiatry* 1996;169:517-21.
91. GOLDBERG DP, HILLIER VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9:139-45.

92. CREN S, DUMONT M, BARDOT F, LAFARGUES G. Relation entre organisation du travail et santé mentale des salariés du tertiaire. *Revue de médecine du travail* 1996;23(3):162-66.
93. TENNANT C. The General Health Questionnaire : a valid index of psychological impairment in Australian populations. *Med J Aust* 1977;2:392-4.
94. MARTIN AJ. Assessing the multidimensionality of the 12-item general health questionnaire. *Psychological reports* 1999;84:927-35.
95. DAVID C. La violence : symptôme d'une mutation du travail. *Arch Mal Prof Med Trav* 2002;63(3):251-2.
96. CRU D. Les obstacles à la prise en charge collective du harcèlement moral au travail. *Performances* 2002;3:27-31.
97. DEJOURS C. Médicaliser la souffrance ne suffit pas. *Le Monde* 5 décembre 2002.
98. BAILLARGEON P. Risque psychique : le manager face à la prévention. *Performances* Janvier-Février 2003;8:24-33.
99. GIUST AC. La défaillance des instances symboliques. *Cultures en mouvement* 2002;48:24-6.
100. LOPEZ G, SABOURAUD-SEGUIN A, REGAMEY P. Le traitement multimodal du psychotraumatisme. In; <http://mapage.noos.fr> 2002. 8p.
101. DAMIANI C. Les victimes Paris: Bayard; 1997.
102. UCROS C. Traitement psychothérapeutique d'un syndrome post-traumatique à la police fédérale : exemple d'une approche somatique. In: *Le Journal International de Victimologie* 2003;1(3).
103. AMIEL R. La notion de santé mentale et son évaluation dans les études épidémiologiques à visées préventives en médecine du travail et en santé communautaire. *Arch Mal Prof Med Trav* 1986;47(1):1-14.
104. PIERRE I. Ecouter et dire la souffrance psychique des salariés en médecine du travail [Probatoire en psychologie du travail]. Nantes; 2003.
105. DAVEZIES P. Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale. *Revue de médecine du travail* 2000;27(3).
106. ROCHE C, IMBEAUX M, SOULA MC, SANDRET N, BOUAZIZ P, GRENIER-PEZE M. "Subvertir" le concept d'inaptitude. *Performances* 2002;4:48-52.
107. DAVEZIES P. Médecins du travail et psychothérapeutes face à la souffrance au travail. In: *Souffrance au travail*; 2001 1,2,3 février; Troisième colloque international de psychopathologie et de psychodynamique du travail.
108. DAVEZIES P, LEBOUL D. Eléments d'analyse de la situation des médecins du travail. Paris: Laboratoire de psychologie du travail du CNAM; 1993.
109. DUBRE JY, ROCHE C, DERRIENNIC F, GUIHO-BAILLY MP. Thème I:Le métier de médecin du travail:De l'individuel au collectif, un avenir pour la médecine du travail?Le travail en équipe, est-ce bien normal, Docteur? *Arch Mal Prof Med Trav* 1997;58(1-2):125-7.
110. Association Santé et médecine du travail : Des médecins du travail prennent la parole. Syros Paris; 1998. 400p.
111. MORLIER-TOURNELLE C. Souffrance psychique des cadres infirmiers. Etude portant sur 97 cadres d'un centre hospitalier universitaire [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Angers: Faculté de médecine; 2002.
112. 3ème colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail. In: Cnam, editor. *La peur et l'action dans le champ du travail*; 2001; Paris; 302p.
113. HUEZ D. Pourquoi déclarer les "dépressions réactionnelles professionnelles en Maladie à Caractère Professionnel, en vue de leur reconnaissance par le CRRMP, et ultérieurement par un tableau de Maladie Professionnelle; report 23-27 février 2002.
114. RAY JE. Harcèlements immoraux. *Liaisons sociales* Mai 2002:56-7.

115. GREARD N, LARCHE-MOCHEL M, VERDUN-ESQUER C, BROCHARD P, LELEU JP. Emettre un avis d'aptitude dans le cadre d'une souffrance mentale au travail. *Arch Mal Prof Med Trav*:2000;61(1):117.
116. GRENIER-PEZE M. Chroniques de la violence ordinaire Organisation psychique individuelle, organisation du travail, organisation du système de soins. *Travailler* 2000;4:123-38.

SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU TRAVAIL : ETUDE DE 162 CAS ADRESSES EN CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE A NANTES

La souffrance psychique au travail touche tout le monde, dans tout emploi. Le harcèlement moral, phénomène médiatique, permet de parler d'une souffrance psychique moins visible, d'en discuter les causes et les effets. Quels moyens ont les travailleurs pour se défendre ? Quels moyens ont les professionnels de santé au travail pour améliorer les conditions de travail et la prise en compte de cette souffrance ? Notre étude sur une population de patients adressés en Consultation de Pathologie Professionnelle à Nantes pour une souffrance psychique au travail, cherchait à déterminer ce que cette souffrance entraîne comme conséquences sur la reprise ultérieure d'une activité professionnelle et sur la santé psychique de ces patients. 77,7 % vont perdre leur emploi. 67,85 % vont reprendre une activité professionnelle. L'état psychique des patients est plutôt satisfaisant. Nous tentons d'aborder le rôle du médecin du travail et des autres professionnels de santé au travail, devant intervenir devant cette souffrance. Nous mettons enfin en perspective une clinique médicale du travail adaptée à ces situations.

MOTS – CLES

Souffrance psychique ou mentale au travail – harcèlement – mobbing – médecin du travail – psychodynamique

BU Santé
Nantes