

Université de Rennes 1  
Centre de Recherches sur  
l'action Politique en Europe  
CNRS - UMR 6051

Université de Bretagne  
Occidentale Atelier de  
Recherches Sociologiques EA  
31 49, IUT/GEA

# **MANAGEMENT DES ENTREPRISES ET SANTE DES SALARIES**

**Patrick GUIOL  
Jorge MUÑOZ**

**Rapport pour le ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies**

Rennes, avril 2006

Centre de Recherches sur l'Action Politique en Europe - CRAPE  
Université de Rennes 1 - CNRS UMR 6051 - Institut d'Etudes Politiques de Rennes  
9, rue Jean Macé, 35042 Rennes Cedex  
Tel : 02 23 23 76 41 Fax : 02 23 23 76 90

N° : 500395

## L'EQUIPE DE RECHERCHE

---

Patrick GUIOL, coordinateur scientifique du projet, Chargé de recherche au CNRS, politiste, Centre de Recherches sur l'Action Politique en Europe (CRAPE), Université de Rennes 1 – CNRS UMR 6051 – IEP de Rennes.

Jorge MUÑOZ, chercheur, Maître de conférences - UBO, sociologue, Atelier de recherche sociologique EA 31 49, Université de Bretagne occidentale, Brest. Délégation CNRS au CRAPE -Rennes.

---

Marylène BERCEGEAY, ingénieur de recherche au CNRS, Centre de Recherches sur l'Action Politique en Europe (CRAPE), Université de Rennes 1 – CNRS UMR 6051 – IEP de Rennes.

## — REMERCIEMENTS —

L'équipe de recherche tient à adresser tous ses remerciements aux nombreux partenaires qui ont apporté leur concours à la réalisation de cette étude, que ce soit pour la partie médicale autour de la constitution des questionnaires ou de la récolte des données, que pour la détermination du terrain d'observation grâce à aux concours apportés à la sélection des entreprises pour l'échantillon. Nos remerciements s'adressent tout particulièrement...

**\* Pour la partie médicale :**

- *Aux docteurs*

DEWITTE Jean-Dominique, Pneumologue spécialiste des pathologies professionnelles au CHU de Brest, professeur de médecine et responsable de la médecine du travail à l'Université de Bretagne Occidentale, Brest.

GUENNÉBAUD Patrick, responsable de la coordination nationale des médecins généraliste (CONAT) pour les Hautes Pyrénées, Tarbes.

KAYSER Marie, présidente du syndicat de la médecine générale, Paris.

MAILLARD Marie-Claude, Médecin inspecteur régional, Travail et main d'œuvre, MRTMO 29, Quimper.

MERCIER Patricia, animatrice du séminaire MGform, Paris.

MICHEL François, vice-président de M.G. France, Paris.

PETER Claude, médecin conseil auprès de l'URCAM, Rennes.

POUCHARD Michel, Centre d'examen Santé du Colombier, Rennes.

TORTELIER Loïc, médecin coordinateur de l'Association inter-entreprise de la médecine du travail, Rennes.

VERGER Christian, Médecin Inspecteur régional, Travail et main d'œuvre, professeur à l'Université de Rennes 1, responsable du département « Médecine et santé au travail ».

Sans oublier naturellement les 234 *médecins généralistes* ainsi que tous les *médecins du travail de Bretagne* qui ont accepté de participer à cette enquête, trop nombreux pour être cités nommément, mais dont nous saluons les aimables et utiles contributions, sans oublier bien sûr un petit groupe, celui des médecins du travail qui ont accepté de contribuer avec nous, dans un grand esprit de coopération, à l'élaboration du questionnaire. Parmi eux, outre ceux déjà cités, les docteurs ALINE Bernard, LAMOUR Claudine et LOZACHMEUR Bruno.

- *A mesdames et messieurs*

BEAUDOUIN Lucien et BALANEC Thierry, Ingénieurs conseils régionaux, responsables successifs au département des risques professionnels à la CRAM de Bretagne.

GALL Marie-France, responsable administrative au département des risques professionnels à la CRAM de Bretagne.

HUMBERT Claude, Directeur de l'URCAM de Bretagne.

— REMERCIEMENTS (SUITE) —

**\* Pour la partie relative à la constitution des échantillons d'entreprises :**

- *Au titre de l'Inspection du Travail :*

GUILLEMOT-RIOUX Monique, Directeur adjoint, Direction Départementale du Travail et de l'emploi du Finistère, Quimper.

LE FEUVRE Joseph, Direction Régionale du Travail et de l'Emploi de la Région Bretagne.

MARECHAL Marie-Louise, Directeur adjoint, Direction Départementale du Travail et de l'emploi des Côtes d'Armor, Saint-Brieuc.

MATHEL Gilles, Directeur adjoint de la Direction départementale du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Ille et Vilaine, Rennes.

POMEL Jacques, Directeur, et BENAZERAFF François, Directeur adjoint de la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle du Morbihan, Vannes.

VASSE Willi, Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle (D.R.T.E.F.P) des Pays de Loire, Nantes.

Ainsi que tous les inspecteurs du travail qui ont participé à la remontée des données pour nous aider dans la sélection des entreprises de l'échantillon.

*Au titre des syndicats :*

BARON Louis, responsable Santé au travail pour l'Union Régionale CFDT, Saint-Brieuc.

BERREHOUC Annie, présidente de l'Union locale de la CFE-CGC de Rennes.

BRIERE Alain, président de l'Union départementale d'Ille et Vilaine, Rennes.

COLLET Daniel et PELTAIS Christian, Secrétaires généraux de la CGT Bretagne, Rennes.

GUYAVARC'H Maryvonne, Secrétaire générale de la CFDT Bretagne, Rennes.

LE BOLZER Emmanuel, Président de l'Union Régionale de la CFTC de Bretagne, Lannion.

MARTIN Dominique, représentant FO départemental et national de différents organismes sur la santé et la sécurité au Travail.

ROUE Michel, animateur du comité régional CGT de la protection sociale, Brest.

PICOT Daniel, Président de l'Union régionale de la CFE-CGC, Rennes.

Ainsi que les nombreux délégués syndicaux, des différentes centrales, qui ont participé à la remontée des questionnaires d'identification pour la sélection des entreprises de l'échantillon.

*Ainsi que :*

BENESTEAU Alain, Directeur de l'information économique et prospective, à la Chambre régionale de commerce et d'industrie de Bretagne, Rennes.

CROUZET Nathalie, Chargée de Mission au Centre des Jeunes Dirigeants d'entreprise (CJD)  
KERFOURN François, Directeur de l'Union régionale des SCOP de l'Ouest - Bretagne.

LIRET Pierre, responsable de la communication de la Confédération générale des Scop, Paris.

MOTHIE Jean-Claude, Président de la Fédération française des associations d'actionnaires salariés et anciens salariés (FAS), Neuilly.

## Tables des matières

Management des entreprises et santé des salariés .....	8
<b>Introduction .....</b>	<b>8</b>
Etat des lieux : Politiques et principes des déterminants sociaux de la santé au travail .....	20
I) La politique de santé publique, du curatif au préventif .....	22
1) Les enjeux de la prévention en matière de santé .....	22
a) L'exemple provocant des Etats-Unis : un pied-de-nez salutaire aux anti-libéraux ? ....	22
b) Le « french paradoxe » d'une société au rouge.....	24
c) Devant l'explosion des maladies professionnelles la raison l'emporte .....	26
1.2) Les balbutiements français en matière de prévention.....	28
a) Le rapport du Conseil économique et social .....	28
b) Texte adopté le 26 novembre 2003 .....	29
c) Coordonner le sanitaire et le social .....	31
d) Promouvoir une véritable politique de santé au travail.....	32
e) Les recommandations pratiques du CES .....	33
f) La dimension citoyenne de la prévention .....	35
g) L'imbrication du sanitaire et du social : conséquences.....	36
1.3) Qu'entendre par environnement au travail ? .....	38
a) Avoir un travail ou pas... la question de la sécurité de l'emploi .....	40
b) Les conditions matérielles au travail .....	41
1.4) Le climat social est un environnement .....	45
a) La souffrance au travail : le risque organisationnel.....	47
b) les causes exogènes de souffrance : la révolution du client-roi ou l'alibi ? .....	48
c) L'ère du management et ses implications dans le climat social.....	49
d) La privation de pouvoir de décision sur son propre travail comme facteur de stress ...	51
e) La réhabilitation de la dimension collective.....	53
II. - Premières approches par les études sur le stress au travail .....	55
2.1) La réalité du stress au travail et ses enjeux.....	56
a) Le mécanisme du stress et les effets observés :.....	59
b) Le contexte du travail et le stress .....	61
c) Les caractères intrinsèques de l'individu : une combinaison décisive avec le contexte	62
d) Le médicament ou l'affrontement : où placer la frontière entre le sanitaire et le social ? .....	64
2.2) La variété des sources de stress .....	65
2.2.1) Généralités sur les causes du stress.....	66
2.2.2) la question des temps de travail et le rapport durée / intensité.....	68
2.2.3) Une pression toujours plus forte.....	69
2.2.4) Le culte de la performance et la surcharge de travail.....	71
2.2.5) l'ambiguïté des instances de concertation.....	72
2.3) Les causes et les pistes de réflexion pour les remèdes .....	73
2.3.1) Stress professionnel et marge de manœuvre : le modèle de KARASEK.....	73
2.3.2) Les autres modèles .....	75
2.3.3) Le psychologique et le social .....	78
2.3.4) Au-delà du stress, un autre symptôme de souffrance au travail : l'acédie .....	81
III. Méthodologie de l'enquête .....	90
I.- Rappel de la problématique de l'enquête : comment cerner les effets des différents degrés de la participation dans l'entreprise ? .....	90

<b>II. La méthode .....</b>	<b>92</b>
2.1) Analyse comparative par isolation d'une variable .....	92
2.2) Les indicateurs santé retenus .....	92
2.3) Le choix des entreprises .....	93
a) La sélection de la population source : une opération lourde .....	95
b) Les difficultés propres à la constitution des échantillons :.....	96
c) Un partenariat efficace avec les syndicats et l'inspection du travail :.....	97
d) Le choix des critères : la méthode à l'épreuve de la pratique .....	98
e) De la population source à l'échantillon « Janus ».....	100
<b>III) - le sondage auprès des généralistes : constater le lien santé / environnement au travail</b>	<b>104</b>
3.1) La structure du questionnaire des médecins généralistes .....	104
3.2) La passation du questionnaire des médecins généralistes .....	105
<b>IV. - Le sondage auprès des médecins du travail .....</b>	<b>107</b>
4.1) La structure du questionnaire : un travail de co-construction .....	107
4.2) Une démarche presque expérimentale : des médecins du travail coopérateurs et participants .....	109
4.3) Quels enseignements méthodologiques d'une telle démarche ?.....	110
<b>V)- Les données classiques de santé au travail sur les entreprises : une première piste ? ....</b>	<b>111</b>
5.1) Le problème de la confidentialité des donnés : une barrière à respecter .....	111
5.2) Avantages et limites d'une telle source .....	112
5.3) Une démarche descriptive intéressante.....	113
<b>Résultats et commentaires .....</b>	<b>115</b>
<b>I<sup>ère</sup> Partie : Approche globale. La relation Travail/Santé, un constat confirmé par les généralistes .....</b>	<b>115</b>
<b>Un témoignage édifiant .....</b>	<b>116</b>
<b>I. - Une zone d'observation privilégiée : le bassin d'emploi de Tarbes .....</b>	<b>116</b>
1.1) Les caractéristiques d'une situation à hauts risques .....	116
a) Une tradition industrielle vieille de plus d'un siècle .....	117
b) Un déclin accéléré depuis la fin des années 1980 .....	119
1.2) La politique et ses conséquences environnementales ultimes .....	122
a) L'affaire de Giat-industrie en 2003 .....	122
b) Le coup de grâce programmé d'une tragédie sociale doublement significative .....	126
.2. – Le témoignage édifiant d'un médecin généraliste.....	128
<b>Le sondage auprès des généralistes : une démarche exploratoire .....</b>	<b>140</b>
<b>I Description de la population enquêtée .....</b>	<b>141</b>
1.1) Une population au profil particulier : des médecins militants ? .....	141
1.2) Dis-moi qui tu soignes et je te dirai qui tu es .....	143
<b>II.- La santé et travail : une corrélation affirmée par les médecins généralistes .....</b>	<b>146</b>
2.1) Le travail et ses pathologies (les corrélations faites par les médecins) .....	147
2.2) Arrêts de travail et déclarations des accidents du travail : l'impuissance du médecin généraliste ? .....	152
2.3) Les problèmes de la reconnaissance des salariés.....	157
2.4) Quels enseignements pour la construction des indicateurs de santé ?.....	163
<b>II<sup>ème</sup> Partie. Approche comparative. La relation Travail et Santé selon le type de management des entreprises sélectionnées. L'expérience des médecins du travail, les statistiques sanitaires .....</b>	<b>166</b>
<b>Comparaison des deux volets de l'échantillon « Janus » .....</b>	<b>167</b>
<b>I. Le sondage auprès des médecins du travail : une Première démarche comparative .....</b>	<b>167</b>
<b>I. - Description de la population enquêtée .....</b>	<b>168</b>

1.1) Des médecins du travail expérimentés .....	168
1.2) Les médecins du travail tels qu'ils s'estiment perçus : une intervention appréciée mais des avis dédaignés.....	170
a) Une pratique autonome et positive de leur fonction.....	170
b) Mais avec un point noir : les avis ne sont pas suivis.....	173
1.3) Le cas des domaines difficiles à corriger : l'organisationnel et l'ergonomique .....	176
<b>II. - Un constat général : l'intensification de l'organisation du travail .....</b>	<b>181</b>
2.1) Quelle connaissance des incidences des nouvelles formes d'organisation du travail ?.....	181
a) Contexte économique et conditions de travail : une relation établie.....	182
b) Organisation du travail et accidents du travail : quelle relation peut être établie ?....	184
2.2) L'intensification du travail selon les médecins du travail .....	187
a) La progression des problèmes de santé : entre confirmation et évolution .....	187
b) Les plaintes de salariés : un cri entendu .....	190
<b>III. - La poursuite des pathologies classiques et l'émergence des nouvelles formes pathogènes ? .....</b>	<b>197</b>
3.1) Pathologies et dépendances observées par la médecine du travail .....	197
a) Débusquer des indices de syndromes réactionnels à composantes psychosomatiques	197
b) Les consommations de tabac, d'alcool et de substances psycho actives .....	198
c) Les suicides : un phénomène mal intercepté par la médecine du travail.....	199
3.2) Les pathologies psychopathogènes, stress, dépression et autres troubles .....	200
a) La situation de la souffrance au travail.....	200
b) Le niveau psychopathogénique et les modes de gestion des ressources humaines....	202
3.3) - La gestion du personnel : le point de vue des médecins du travail .....	208
3.4) Les doutes des salariés : l'épreuve focale de la reconnaissance.....	209
Résultat d'exploitation des statistiques de la CRAM.....	214
<b>I Les accidents du travail et les maladies professionnelles en France et dans la région étudiée .....</b>	<b>215</b>
1.1) La situation en France et dans la région étudiée.....	215
1.2) Une première comparaison à partir des données accidents du travail et maladies professionnelles.....	222
a) Une situation globale qui reflète une tendance corroborant notre hypothèse .....	222
b) Une situation plus contrastée en fonction des branches .....	225
c) Une vérification par cheminement inverse : l'indice de fréquence dans l'ensemble de l'échantillon .....	233
<b>Conclusion.....</b>	<b>236</b>
Bibliographie .....	239

# MANAGEMENT DES ENTREPRISES ET SANTE DES SALARIES

## INTRODUCTION

« *Si le travail c'est la santé, alors laisseons-le aux malades !* » ironisait un anonyme en écho à la chanson<sup>1</sup>. Mais, la réalité est loin d'être aussi simple et la perspective aussi radieuse. Il suffit de se rappeler les victimes de l'amiante. Pas un gouvernement n'aura cette chance d'accomplir le miracle en dénouant d'un unique coup de baguette magique, problèmes de chômage et santé publique ! Nombreux sont les spécialistes de la santé au travail bien placés pour le savoir. Pire, l'individu qu'il soit au travail, en retraite ou sans emploi, entretient des relations très complexes entre sa santé et son activité professionnelle quand ce n'est pas entre sa santé et la privation de travail.

Les facettes de cette relation singulière sont multiples. La définition des déterminants sociaux et environnementaux de la santé au travail recouvre une variété illimitée de facteurs, une réalité multidimensionnelle à la fois dans les causes de dégradation de la santé et dans leurs conséquences. Difficile de mettre sur le même plan un accident du travail ou une maladie professionnelle imputable, du moins en apparence, à la dangerosité physique, mécanique ou chimique d'une activité, d'une part, et des pathologies due à un terrain individuel propice, d'autre part, c'est à dire à une fragilité physiologique ou psychologique inhérente à la personne ou résultant d'un climat relationnel pathogène. Dans le premier cas, la relation de cause à effet peut être établie de manière tangible selon une corrélation directement somatique, « objectivée » et répertoriée administrativement ce qui est rassurant pour le fonctionnaire du système de santé publique. Dans le second, la subjectivité ou l'ambiguïté du diagnostic domine à travers une combinaison de facteurs qui ne peut se permettre d'exclure la dimension psychologique. La démarche renvoie alors à une notion d'environnement bien plus délicate à saisir et à des conduites de prévention encore plus exigeantes quand elles ne sont pas difficiles à mettre en œuvre ; approche qui suppose une attitude encore neuve en France. Si l'on ajoute à cela le fait que les implications sociales, économiques et politiques ne sont pas exactement de même nature selon que l'on va ou non jusqu'à considérer une structure sociale comme une forme d'environnement, on comprendra mieux l'inertie qui a prévalu en ce domaine. La collectivité, pourtant, ne gagnerait-elle pas à ce qu'une politique de santé publique s'inspire de la malicieuse sagesse de ce proverbe persan pour lequel aucune des trois choses suivantes ne s'obtient grâce aux trois autres : « la richesse grâce au désir, la jeunesse grâce au fard, la santé grâce aux médicaments ? »

Invitation à peine voilée à une politique de prévention que les autorités ont admise depuis plusieurs décennies mais qui met du temps à s'imposer dans les faits. Cette ère nouvelle en matière de redéfinition des politiques de santé publique nous la devons d'abord au développement de l'épidémiologie qui a permis d'identifier des facteurs à risques de maladie - notamment le cancer - contre lesquels on disposait de peu de moyens thérapeutiques. L'apparition de nouvelles maladies, à l'image du sida, contre lesquelles aucun traitement curatif n'a pu être trouvé a favorisé ensuite l'affermissement de toutes les conduites publiques

---

<sup>1</sup> Chanson d'Henri Salvador.

de prévention (campagnes anti-tabagismes, loi sur la protection des non-fumeurs, publicité en faveur du préservatif, sans parler du port obligatoire de la ceinture en voiture). Mais, on ne peut que constater encore combien notre système de santé publique a fondamentalement été pensé dans une optique curative. La prévention liée à l'attention portée à l'environnement n'est pourtant pas une idée neuve. Durant l'été 1854, alors qu'une épidémie de choléra ravageait Londres, J. Snow, auquel on doit l'expérience fondatrice de l'épidémiologie, eut l'idée de comparer le taux d'incidence des cas de choléra parmi les utilisateurs d'une eau pompée en amont ou en aval d'un égout se jetant dans la Tamise, et, à partir de cette observation d'un risque relatif résultant d'études statistiques comparatives, fit fermer la pompe fautive. Ainsi put-il faire arrêter l'épidémie sans la moindre idée du mécanisme de la maladie. L'action a seulement été initiée à partir d'un raisonnement statistique. Pour satisfaire à cette redéfinition des conduites sanitaires suggérée par notre proverbe iranien, un seul moyen : une audacieuse prévention en matière de santé. Les Chinois anciens le savaient bien, qui ne payaient leurs médecins que tant qu'ils avaient la santé.

L'équipe de recherche à l'origine du présent rapport a, sans hésiter, saisi l'opportunité qui s'offrait à elle de développer une problématique mûrie de longue date autour de l'impact de la dimension relationnelle dans l'insertion au travail. Il a fallu attendre pour cela une série d'événements dramatiques tels que le sida, le « sang contaminé », la « vache folle », l'amiante, pour que les pouvoirs publics français, impliqués dans certains scandales ou interpellés pour faire face au risque, acceptent de modifier leur approche des politiques de santé publique. Dépassant la traditionnelle conception curative pour intégrer par la force des choses la dimension préventive, ils ont dégagé un contexte désormais favorable aux études environnementales sur la santé, poussant même à l'approfondissement de ses déterminants économiques et sociaux. Un mouvement d'ouverture à la prévention sanitaire dont on peut penser qu'il est désormais irréversible puisqu'il se voit renforcé, à l'échelle internationale, par les craintes que soulève la perspective de grandes pandémies comme la grippe aviaire.

Dans le contexte du travail, la notion environnementale va jusqu'à inclure une approche non plus uniquement matérielle mais psycho-sociale. Illustrant ce véritable renversement de tendance, l'année 2003-2004 a vu la publication, coup sur coup, de trois appels d'offres ouverts à ce type de recherche : le premier par l'INSERM (celui auquel nous avons répondu), le second par la Mire-DRESS, la DARES et la Mission de Recherche de La Poste, également consacré à la thématique « Santé et travail », dont le second axe était intitulé « Santé - trajectoires sociales et professionnelles », le troisième, enfin, par le CNRS à travers un programme pluridisciplinaire « Sciences biomédicales, santé et société », suscité par les départements SHS et SDV du CNRS, construit et animé en commun avec l'Inserm et la MiRe-DREES, la même problématique pouvant trouver place dans le Thème n°2 consacré aux « Déterminants sociaux de santé ». Y est souligné le constat selon lequel la plupart des travaux sous-estiment les interactions entre les facteurs endogènes et exogènes du travail.

La présente recherche a précisément pour ambition de contribuer à combler cette lacune en visant l'approfondissement des déterminants économiques et sociaux de la santé. L'investigation se compose de trois enquêtes dont les résultats font l'objet de ce premier rapport de synthèse. L'étude porte sur les relations éventuelles entre les modèles de « gestion des ressources humaines » et l'absentéisme médicalisé des salariés, leur santé en fonction de leurs relations au travail, et s'inscrit, par conséquent, dans les programmes actuels de recherches suscités par plusieurs ministères sur le thème de « l'environnement et la santé ». Sa spécificité, on l'aura compris, consiste à retenir la notion de « *nuisance environnementale* » dans une dimension relationnelle, c'est-à-dire psychosociale et non physique ; si bien que la dangerosité ergonomique des postes de travail, l'exposition aux

intempéries ou au bruit, la toxicité des solvants, les projections de poussières ou les incidences chimiques, etc., n'entrent pas dans le sujet. Au contraire, tous ces paramètres constituent au même titre que les particularismes des branches industrielles ou des zones géographiques autant de biais à éliminer par une méthode appropriée. En revanche, les « interactions » entre l'employé et son milieu de travail sont abordées sous l'angle d'un lien entre sa santé et le type de relations sociales en vigueur dans l'entreprise, notamment le caractère plus ou moins participatif ou autoritaire de la « gouvernance ». Dans la littérature classique, nous disposons déjà des études montrant l'incidence des modes de management sur les types de relation au sein des groupes. Depuis les études classiques d'E. Mayo en passant par les travaux de la contingence jusqu'aux travaux récents sur les modes de domination dans l'entreprise, les éléments ne manquent pas qui nous laissent penser à l'existence d'une telle relation.

L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail admet de son côté, depuis quelques années, que parmi les conditions déterminant le risque de stress au travail, « *la participation insuffisante à la prise de décision et le manque de contrôle sur le travail font également partie du contexte et peuvent être considérés comme un problème d'organisation plus général* » (voir ses dernières publications, octobre 2004). On sait que nombre de facteurs psychosociaux comme les conflits de rôles, l'ambiguïté ou l'imprécision de la définition des responsabilités au sein de l'organisation, les relations interpersonnelles délétères, l'isolement social ou physique et les mauvais rapports avec les supérieurs, sont autant de causes de stress au travail. Or, ces caractéristiques appartiennent au contexte du travail et non au contenu du travail. Considérer le mode de gestion du personnel comme un facteur révélateur des disparités de santé<sup>2</sup> renvoie à cette question sous-jacente : *Dans quelle mesure des salariés sont conduits à se saisir (inconsciemment ou sciemment) du médical comme instrument de médiation sociale ?* Réalité à laquelle les médecins du travail sont régulièrement confrontés. Et, bien sûr : *Dans quelle mesure certains types de situations relationnelles dans la conduite des rouages de l'entreprise génèrent pour les salariés de réelles pathologies ?*

La problématique proposée combine une double approche dans un domaine peu exploré de la santé au travail. De nature « sciences humaines et sociales », celle-ci est aussi, et plus particulièrement, interdisciplinaire : sociologie du travail / science politique. Elle tente de détecter l'existence de corrélations entre la nature des systèmes de relations sociales au travail pour lesquels on privilégiera deux modes opposés de gestion des ressources humaines, l'un managérial et participatif, l'autre traditionnel et autoritaire, et les « coûts santé » respectifs à partir d'un échantillon d'entreprise sélectionnées en fonction du paramètre retenu.

Après avoir consulté des professionnels de la santé pour tester la validité de cette hypothèse ou, plus exactement, la confirmer tant elle est, par ailleurs, suffisamment étayée par les résultats de travaux en médecine du travail, la piste d'une incidence « santé » des modes de gestion du personnel dans l'entreprise s'avère fondée<sup>3</sup>. Depuis les travaux de Tom Dwyer<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> L'ouvrage de Tom Dwyer est probablement le plus proche en termes d'analyse mais son questionnement est centré sur la construction de l'erreur à travers les rapports sociaux dans l'émergence des accidents du travail. Tom Dwyer, *Life and death in work. Industrial accident as a case of socially conditioned error*, New York and London, Ed. Plenon press, 1991, 318 p. Aussi peut-on lire les travaux de Philippe Askenazy, *Le désordre au travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Ed. Seuil, 2004, 95 p.

<sup>3</sup> Richard Wilkinson, *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*. London: Weidenfeld & Nicolson, 2000.

<sup>4</sup> Dwyer Tom, *Life and death in work. Industrial accident as a case of socially conditioned error*, New York and London, Ed. Plenon press, 1991, 318 p. Son ouvrage est probablement le plus proche en termes d'analyse

on sait, en effet, que le lien entre système de rapports sociaux et type d'accidents du travail existe. Ainsi, le système d'autorité en vigueur dans l'entreprise peut provoquer un mode de rapport social ne permettant pas le contrôle de l'activité de travail par les intéressés. Plus récemment, Nicolas Dodier<sup>5</sup> a pu montrer comment le système d'organisation du travail pouvait avoir une incidence sur les analyses des causes des accidents du travail mais également sur la conscience collective du groupe de travail. De cette façon, les entreprises caractérisées par un mode de travail planifié et les entreprises dites flexibles se différencient. Ces dernières, souligne Dodier, « *instaurent un rapport à la conscience du collectif. Le principe même de la flexibilité ouvre une crise chronique des obligations, qui supplante la crise chronique de la reconnaissance des compétences caractéristique des organisations planifiées. La constitution d'une vie en collectif devient pour les opérateurs, dans ces conditions, particulièrement difficile* »<sup>6</sup>. Un autre facteur, lié à cette exigence de flexibilité et de compétitivité, est la modification organisationnelle. Les organisations ont développé ces dernières années des pratiques telles que le « juste-à-temps », des démarches qualités et la polyvalence qui ont une incidence sur les conditions de travail et par-là entraînent un risque professionnel. Si ces changements qui touchent de plus en plus de salariés, doivent rendre l'environnement du travail plus sûr (la démarche qualité) ou rendre le travail plus intéressant (polyvalence), il apparaît qu'ils concourent à une augmentation du risque professionnel. En effet, les normes de qualité mobilisent l'attention du salarié sur le produit et non sur son environnement de travail et augmentent ainsi de près de 30 % le risque d'accidents (Hamon-Cholet, 2002). Quant à la polyvalence, si elle est synonyme de « bouche-trou », elle ne permet pas au salarié l'apprentissage des règles de sécurité sur le poste ou la mise en place par le salarié de stratégie de préservation et favorise ainsi un surcroît d'accident du travail de 20 à 30% (Askenazy, 2001). Un dernier facteur cerné en tant que conséquence conjuguée non seulement d'une reprise économique mais aussi de la recherche de flexibilité est la faible ancienneté dans l'organisation. Chez les salariés ayant une ancienneté inférieure à deux ans, le taux d'accidents du travail est significativement supérieur à l'ensemble de la population soit 11,4 %. Ce manque d'expérience augmente significativement la probabilité d'accident, c'est même selon Hamon-Cholet (2002) un facteur déterminant. Cette qualité de nouvel acteur de l'entreprise ne lui permet pas d'élaborer de stratégies collectives d'identification à travers une mémoire organisationnelle, outil d'acquisition, de sauvegarde et de rappel des données et de croyances. Le secteur abonde d'enquêtes permettant d'avoir une idée plus claire de la situation mais le type de politique managériale n'a pas été abordé de façon directe.

C'est la raison pour laquelle la littérature en sociologie du travail montre un intérêt spécifique pour les nouveaux modes de politiques de management. L'ensemble de ces travaux offre la possibilité d'avoir une source de connaissances intéressantes pour la constitution de notre protocole d'enquête<sup>7</sup>.

---

mais son questionnement est centré sur la construction de l'erreur à travers les rapports sociaux dans l'émergence des accidents du travail.

<sup>5</sup> Voir son article Dodier Nicolas, « Causes et mises en cause, innovation sociotechnique et jugement moral face aux accidents du travail », *revue française de sociologie*, Avril-Juin XXXV-2, 1994, pp.251-281. Et son ouvrage, *Les hommes et les machines, la conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Ed. Métailié (Coll. « Leçons de choses »), 1995, 385 p.

<sup>6</sup> Nicolas Dodier, « Remarques sur la conscience du collectif dans les réseaux socio-techniques », In *Sociologie du travail*, N 2, XXXIX, 1997, p. 143.

<sup>7</sup> Nous pensons aux travaux de David Courpasson, *L'action contrainte. Organisations libérales et domination*, Paris, Puf, 2000, 320 p. Thomas Perilleux, *Les tensions de la flexibilité*, Paris, Ed. Desclée de Brouwer, 2001, 221 p. Et, Jean-Pierre Le Goff, (1997-1992), *Les illusions du management et Le mythe de l'entreprise*, Paris, ed. La découverte, 307 p.

Un des points centraux de cette étude consiste à articuler ces connaissances du travail avec les implications dans le domaine de la santé au travail. Dans cette perspective, notre étude va se concentrer sur les deux modes d'organisation cités ci-dessus. Daniel Loriot a pu, par exemple, montrer le lien qui pouvait exister entre type d'organisation du travail et déclaration de l'arrêt de travail. En effet, en s'intéressant au processus relationnel au sein de l'entreprise, on peut saisir les éléments entrant en ligne de compte dans l'acte de la déclaration. « *La tension plus forte dans les organisations place le salarié qui demande un arrêt face à un dilemme, source de conflit, avec sa hiérarchie ou ses collègues, et cela au risque de sa propre santé. Les aspects les plus factuels des conditions de travail s'effacent devant le jeu de rôles entre salariés et hiérarchie autour de l'arrêt de travail, nouvel enjeu de la confrontation sociale autour de l'accident* »<sup>8</sup>.

Enfin il n'est pas sans intérêt de souligner le fait que la gestion dans une entreprise se traduit nécessairement par l'adoption de certains outils de travail. Ainsi les facteurs classiques (mode de domination de type taylorien – Cf. Danièle Linhart ou Friedman et Naville) sont toujours présents. En revanche, on connaît peu de choses sur l'implication des modèles participatifs (coopératives, mutualisme). Est-ce que les modèles élaborés, pour l'analyse des conditions de travail dans les entreprises non participatives, résistent dans les entreprises participatives ? Nous souhaitons introduire la dimension politique dans l'analyse des relations sociales au sein de l'entreprise. Toute action managériale résulte d'une vision de la politique des relations sociales au sein de l'entreprise, insérer cet aspect nous permettrait d'évaluer l'incidence des politiques des ressources humaines

Si cette relation système de santé / système de relations sociales au travail révèle des implications avérées, elle renverrait à des enjeux économiques nationaux non négligeables. Enfin, nous pouvons également souligner que cette démarche s'inscrit dans le prolongement de recherches initiées depuis quelques années par différentes équipes pour compléter les connaissances dans le domaine des conditions de travail. En effet, la décennie 1990 s'est globalement caractérisée par une remise en cause des outils de mesure des risques professionnels. Ainsi, les indicateurs classiques tels que les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles ont été considérablement critiqués au regard de leurs objectifs essentiellement financiers. Les enquêtes telles que conditions de travail, SUMER, ESTEV, sont autant de tentatives d'approfondissement. La présente étude souhaite contribuer à défricher ce champ pour examiner le lien entre organisation du travail et risques professionnels. Elle s'intègre dans la quête d'une meilleure connaissance des déterminants de l'état de santé des populations avec pour ambition de participer aux politiques de réduction des risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, et ici, pour ce qui concerne ce projet, le facteur travail. Sa problématique recoupe en outre, par définition, la prise en compte de la qualité de vie qui devient une préoccupation centrale en matière de santé.

La gestion d'une organisation a donné lieu à un nombre important de travaux tant en sociologie du travail et des organisations qu'en sciences de la gestion. En revanche, l'articulation entre mode de gestion et état de santé des salariés a été peu abordée. Dans la littérature spécialisée, on trouve un nombre important de travaux sur les « organisations

---

<sup>8</sup> Daniel Loriot, « Accidents et organisation du travail : les enjeux de l'arrêt de travail », *Travail et emploi*, N° 88, 2001, p. 44.

classiques » du travail et sur les modes de gestion traditionnels<sup>9</sup>. Ainsi, a-t-on montré les effets du Fayolisme ou du Taylorisme dans les organisations du travail. Plus récemment, les formes « modernes » d'intensification du travail ont donné lieu à une nouvelle vague de travaux. En fonction du type d'entreprise, on pourra observer différentes cadences dans le système productif (marchand et industriel, voir Eymard-Duverney, 1987) voire dans certains cas une combinaison de deux (*cf.* Gollac et Volkoff, 1996). Ainsi, les nouvelles contraintes de temps ou l'introduction des nouvelles normes de travail (normes Iso 9000) ont fait l'objet d'études<sup>10</sup>. Cette nouvelle intensification a des conséquences sur le rythme de travail ou sur le mode d'organisation lui-même. Le cas des caissières de supermarchés et des hypermarchés est à ce titre symptomatique (voir les travaux de P. Alonzo, 1997 et de Prunier-Poulmaire, 2000). Malgré la forte richesse de ces travaux nous en observons peu qui aient pris pour objet un domaine singulier du monde économique : la nature de la gestion des ressources humaines, et plus particulièrement le management participatif et le degré d'ouverture au dialogue social. Dans quelle mesure la plus ou moins grande implication des salariés dans la marche de l'entreprise à laquelle ils contribuent par leur travail intervient-elle sur leur état de santé ? Il s'agit ici de considérer le mode de gestion comme un facteur révélateur des disparités de santé. Cette approche « sciences sociales » du thème de la « Santé au travail » s'appuie sur une démarche comparative, contrastée, incluant des échantillons d'entreprises à direction centralisée, autoritaire ou simplement traditionnelle, face à d'autres, caractérisées par un management de type participatif, qu'elles soient de type juridique standard ou de type « coopérative ouvrière de production ». Les connaissances dans le domaine des conditions de travail ont beaucoup avancé sur les facteurs classiques de dangerosité environnementale, épidémiologiques, exposition aux risques « physiques » ou « chimiques » voire ergonomique mais peu sur les facteurs psychosociaux, en particulier dans le domaine relationnel des modes de gestion de la décision ou de l'organisation introduits pour faire participer les salariés. Elles n'ont pas davantage avancé dans les implications d'autres dispositifs de management moins directement orientés vers les techniques de hiérarchisation souple mais visant clairement, eux aussi, à la motivation et à la fidélisation des salariés comme, par exemple, les plans d'actionnariat salarié lorsque ceux-ci sont appliqués à haut niveau<sup>11</sup>. On en connaît seulement quelques incidences économiques, notamment pour la France, à travers l'indice boursier IAS<sup>12</sup> qui, au 12 décembre 2003, présente une sur-performance boursière annuelle de 2,87 % par rapport à l'indice CAC 40 et une progression cumulée de 209,56 % entre décembre 1990 et septembre 2003 contre 120,75 % pour le CAC 40. Incidences également observées au niveau européen par des études récentes que recense la Fédération européenne de

<sup>9</sup> Les travaux existent notamment sur les effets des déterminismes liés à l'organisation du travail : sur la pénibilité du travail posté, Gaudart C. Laville A. et al., *Age des opérateurs et travail répétitif, une approche démographique et ergonomique* », *Relations industrielles*, Vol. 50, N° 4., 1995. Voir les travaux de Robert Linhart, *L'établi*, Paris, Ed. de minuit, 1978, 177 p. Ou de Friedemann et Naville

<sup>10</sup> Voir le numéro spécial de la revue *Economie industrielle* (n° 75) et notamment l'article d'Estelle Bonnet, « Les visions indigènes de la qualité. A propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie », *Revue d'économie industrielle*, N° 75, 1996. Voir le numéro 24 de *Premières informations et premières synthèses de la DARES*, juin 2003 « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement ».

<sup>11</sup> Erik Maaloe, *The employee owner (organizational & individual change within manufacturing companies as participation and shosing grow and expand)*, Danish Social Science Research Concil, Academic Press, Copenhague, 1998.

<sup>12</sup> La FAS, à l'initiative de son vice-président Francis Bacon, a lancé le 22 octobre 1999, conjointement avec Euronext, le cabinet Hewitt Associates et d'autre partenaires, l'Indice de l'Actionnariat Salarié – ou IAS – qui regroupe aujourd'hui plus de 40 sociétés répondant aux conditions d'un actionnariat salarié significatif. Notamment : avoir 25% du personnel qui est actionnaire salarié, avec un seuil de détention du capital de la société au moins supérieur à 3% (plusieurs d'entre elles sont situées entre 13 % et 16 %, l'une étant à 44 %).

l'actionnariat salarié et de la participation (EFES/FEAS)<sup>13</sup>. Corroborant ce constat, des travaux américains qui ont porté sur 382 groupes ont montré un taux de rentabilité économique supérieur de 14 % sur 6 ans dans ce type de société<sup>14</sup>. Il y a donc bien effet, au

---

<sup>13</sup> Voir, notamment, le nouveau document de référence majeur en la matière, « Participation aux bénéfices et actionnariat salarié : les éléments du débat », Rapport pour le Parlement Européen: synthèse des résultats des recherches, par Virginie Pérotin et Andrew Robinson, SOCI 109 FR, 20 février 2003. Mais, aussi, “Employee ownership, motivation and productivity”, a research report for Employees Direct from Birkbeck and The Work Foundation, par Jonathan Michie, Christine Oughton et Yvonne Bennion, Birkbeck university of London, novembre 2002. Et encore, Marco Caramelli, “Les facteurs de succès des plans internationaux d'actionnariat salarié : une revue de la littérature”, Centre de recherche en gestion des organisations (CREGO), qui brosse un panorama très complet des études sur le sujet (cf. Actes du 14ème Congrès de l'Association francophone de Gestion des Ressources Humaines (AGRH), Grenoble, 19-22 novembre 2003. Selon la FEAS, la cause est entendue : l'impact de l'actionnariat salarié sur la performance d'entreprise est mesurable et fort, écrit-elle dans un rapport sur Actionnariat salarié et performance d'entreprise. Mais, elle ajoute une remarque qui nous conforte dans notre investigation sur les modes de management, qu'à lui seul, l'actionnariat salarié ne suffit pas : « A condition de combiner actionnariat salarié et management participatif, la performance de l'entreprise augmente de 2% par an ». « De même, une gestion participative n'a qu'un effet limité. C'est bien la combinaison des deux pratiques qui est réellement agissante ». Pour avancer ce constat elle s'appuie sur un volumineux corpus de recherches composé de centaines d'études économétriques, dans des dizaines de pays, sur des milliers d'entreprises. Alors qu'elle s'interroge sur le degré de priorité à donner à des questions telles que la responsabilité sociale des entreprises, la corporate governance, parce qu'aucune recherche économétrique n'a jamais montré aucune relation entre la « responsabilité sociale des entreprises » et la performance, aucune étude économétrique n'a indiqué de rapport entre des principes de « corporate governance » et la performance, pour l'actionnariat salarié et la participation, en revanche, les recherches ont confirmé cette relation. Cela devrait faire réfléchir.

Une synthèse de ces études a été établie par le NCEO - National Center for Employee Ownership (Centre National pour l>Actionnariat Salarié) aux Etats-Unis et peut être consultée sur :

<http://www.nceo.org/library/corpprf.html>

<sup>14</sup> Se reporter notamment à l'étude effectuée en 2000 par Douglas Kruse et Joseph Blasi de la Rutgers University, la plus large et la plus significative étude à ce jour sur l'impact de l'actionnariat salarié sur la performance dans les entreprises où l'actionnariat salarié a un poids important (closely held companies). La conclusion est que les plans d'actionnariat salarié (ESOPs) augmentent la production, l'emploi et la productivité de 2.3% à 2.4% par an, par rapport à ce qui aurait été enregistré en absence de plan d'actionnariat salarié. Les entreprises avec plans d'actionnariat salarié paraissent aussi plus viables après quelques années passées. Cela en dépit du fait (ou peut-être grâce au fait) que les entreprises avec plans d'actionnariat salarié sont plus à mêmes que les autres entreprises comparables d'offrir des plans de retraites complémentaires, à côté de leurs plans d'actionnariat salariés.

Kruse et Blasi se sont basés sur des données fournies par Dun and Bradstreet sur les entreprises d'actionnariat salarié (ESOP companies) qui ont adopté des plans d'actionnariat salarié entre 1988 et 1994. Ils ont ensuite comparé ces entreprises avec des entreprises sans plans d'actionnariat salarié (non-ESOP companies) comparables en taille, par secteur industriel et par région. Ils ont alors recherché pour quelles entreprises les données de ventes et d'emplois étaient disponibles pour une période de 3 ans avant et après le démarrage des plans d'actionnariat salarié. Les données de croissance des ventes et des emplois ont ensuite été comparées systématiquement année par année d'une catégorie d'entreprises à l'autre. Ils ont aussi étudiés les rapports des entreprises au Ministère de l'Emploi, pour voir quelles entreprises ont mis en œuvre des plans de retraites complémentaires. Finalement, ils ont aussi calculé les pourcentages d'entreprises restées en vie, année par année, durant la période de 1995 à 1997.

L'étude a porté sur 343 entreprises avec plans d'actionnariat salarié et 343 entreprises sans, soit 343 paires d'entreprises dans l'échantillon global. Toutefois, du fait de données manquantes, soit sur les données d'emplois, soit sur les données des ventes, soit sur les données de productivité, les paires d'entreprises comparables furent respectivement de 254, 77 et 65. Les résultats ont montré que les entreprises avec plans d'actionnariat salarié ont obtenu des performances supérieures aux prévisions entrevues durant la période antérieure à la mise en place des plans. Le tableau ci-dessous indique la différence des taux de croissance entre la période avant et après l'adoption de plans d'actionnariat, pour le chiffre d'affaires annuel, pour l'emploi et pour la productivité (chiffre d'affaires par employé) : Différence avant et après l'adoption de plans d'actionnariat salarié, Croissance annuelle du chiffre

moins au niveau de la confiance des investisseurs. Plus avant, des enquêtes récentes conduisaient à penser que cet effet est tangible sur la performance même de l'entreprise, notamment lorsque l'actionnariat salarié est mené de pair avec une participation à la gestion et à la gouvernance. Dans ce cas, le gain de performance se chiffre de 2 % voire 4% de croissance annuelle supplémentaire du chiffre d'affaires<sup>15</sup>. Mais aucune recherche ne s'est systématiquement intéressée dans ces cas aux implications sanitaires sur les salariés. Existent-elles ? Dans quel sens ? De quelle ampleur ?

Ces questions méritent d'être posées au regard d'un phénomène qui, depuis une vingtaine d'années, s'est développé dans la majeure partie des pays industrialisés et émergeants, et dont tout porte à penser qu'il est promis à s'étendre encore davantage. En effet, en dépit de l'éclatement de la bulle internet en 2000 et de certains scandales plus récents, voire même grâce à eux, l'actionnariat salarié accompagné d'un développement de la représentation salariale est promis à de probables développements dans le contexte de la mondialisation. Ainsi, les leçons du cas Enron ont paradoxalement conduit les experts à constater que dans l'intérêt même des investisseurs extérieurs, il est souhaitable qu'une plus grande transparence dans la gouvernance d'entreprise s'opère et que pour y parvenir, le meilleur moyen est encore d'accorder une plus grande place aux salariés dans les conseils d'administration ou de surveillance. Cette connaissance « indigène » du terrain serait, finalement, la seule garantie d'une fiabilité de l'information à laquelle ne peuvent prétendre les administrateurs extérieurs qui, en nomades professionnels, transitent de conseil en conseil à la poursuite des jetons de présence.

De surcroît, rien n'assure que les implications qu'ont sur la santé ces nouvelles méthodes de mobilisation et d'identification à l'entreprise soient linéaires ; pas davantage qu'elles soient exemptes de retournement de situation ou d'effet pervers à partir d'un certain seuil (le stress pouvant s'accroître avec une responsabilisation excessive et induire des suites négatives sur la santé au même titre que la privation de responsabilité) ou encore qu'elle ne varie pas en fonction de l'activité assumée par le salarié, sa catégorie socioprofessionnelle. Bien des interrogations demeurent donc les enjeux, vraisemblablement minimes à l'échelle microéconomique de l'entreprise, pourraient ne pas être négligeables à l'échelle nationale en termes de finances publiques et recouvrir une importance tout autre sur le plan des systèmes de solidarité collective. Plus généralement, il est à noter que ce genre d'entreprise n'a pas fait l'objet d'études dans le domaine de la santé. On en connaît mal les modes de fonctionnement et moins encore les effets dans le domaine qui nous intéresse ici : celui des liens entre santé diagnostiquée, santé perçue, et conditions de vie au travail. Or, ces questions, qui sont au centre de nos préoccupations, épousent bien les interrogations posées par les récents Appels à projet, ainsi que le souligne celui de la Mire-DRESS : « *les chercheurs pourraient s'intéresser à la relation de compatibilité ou de non-compatibilité entre l'état de santé et le travail effectué (ou à effectuer) qui varie, dans la durée, sous l'effet de nombreux facteurs*

d'affaires +2.4%, Croissance annuelle des emplois +2.3%, Croissance annuelle de la productivité par employé +2.3%.

<sup>15</sup> C'est sur ces constats qu'a été basée la constitution, fin 2004, du « Comité pour un Actionnariat Salarié Efficace » (CEEO - Committee for Effective Employee Ownership ) par les principales organisations américaines de l'actionnariat salarié, sous la houlette du NCEO - National Center For Employee Ownership, le Beyster Institute at the Rady School, l'UC San Diego et le Global Equity Organization (GEO). Ce comité a rendu son premier rapport en février 2005. Cf. [www.nceo.org/ceeo](http://www.nceo.org/ceeo) ; ou encore : <http://www.efesonline.org/fas161.htm>. Voir aussi : Employee ownership, motivation and productivity, by Jonathan Michie, Christine Oughton and Yvonne Bennion, Birkbeck, University of London, November 2002.

(*modifications techniques, normes de productivité, changements organisationnels, modes de gestion de la main-d'œuvre, etc.*) ».

C'est précisément sur les « **modes de gestion de la main-d'œuvre** » que porte la présente recherche. A cette fin, nous avons proposé un protocole d'enquête à partir de deux échantillonnages d'entreprises (*Cf. chapitre méthodologie*). Cette phase exige l'application et le respect des principes d'analyse qualitative et quantitative (choix d'indicateurs, entretiens exploratoires, choix du mode de passation, récoltes des questionnaires, saisie des données, etc.). Un tel protocole a nécessité de faire face à l'obligation de nombreuses rencontres, l'investigation portant sur un vaste espace : plus de 242 entreprises ont été présélectionnées dans le Grand Ouest pour le premier échantillonnage à partir desquelles 112 ont été retenues (représentant 128 établissements et plus de 30 000 salariés), et une trentaine d'entreprises pour le second, réparti sur l'ensemble du territoire national, dont l'analyse fera l'objet d'un rapport ultérieur. De même, le nombre et la sophistication des indicateurs santé retenus dépendront autant du niveau final des ressources budgétaires allouées que des autorisations administratives délivrées (*Cf. deuxième volet de l'étude à venir*).

Dans cette perspective, préalablement à la signature du contrat, avait été entamé une série de contacts exploratoires permettant de baliser le terrain d'enquête et de nous assurer du soutien d'un entourage de partenaires (CRAM, Médecine du travail, CPAM, etc.) susceptibles de faciliter le respect de notre programme. Ainsi notre projet est rejoint par l'équipe du professeur Jean-Dominique Dewitte responsable de la médecine du travail à l'Université de Bretagne Occidentale et celle du professeur Christian Verger à la faculté de médecine de Rennes, également inspecteur régional de la médecine du travail. Ces différentes actions visent le rassemblement des données permettant de mieux saisir les réalités sociales de santé en prêtant une attention particulière à l'élaboration d'indicateurs qui englobent et dépassent les simples aspects des « milieux professionnels ». Ce travail tire les leçons du rapport effectué par Marie-France Cristofari sur les sources quantitatives dans le domaine de la santé et le travail tel que l'absentéisme. « *L'absence au travail est le signal implicite d'une nécessité advenue pour quelqu'un d'interrompre son travail, et ce pour différents motifs possibles : maladie, accident, maternité, congés prévus ou exceptionnels, autres (notamment dus à des événements familiaux, ou encore en rupture avec le contrat de travail)* »<sup>16</sup>. Notre projet envisage d'explorer cette piste en tentant de prolonger les travaux déjà réalisés dans ce domaine car un tel indicateur « *est un indicateur encore peu utilisé par l'ensemble des intervenants dans le domaine de la santé au travail. Les chercheurs s'intéressent aux motifs médicaux qui sous-tendent ces absences, à la durée et à la fréquence par individu en fonction du sexe, de l'âge, de caractéristiques professionnelles et de vie disponibles. Pour les gestionnaires, ce décompte est un indicateur qui permet un contrôle de la disponibilité du travail engagé, avec un transfert des charges aux régimes d'assurance adéquats, et au mieux, en guise de prévention, il permet l'observation des différentes causes en lien avec le contenu du travail et la qualité de personnes. Or, l'existence de ces décomptes est peu connue, et lorsqu'elle l'est, l'accès n'en est pas aisés. Comme tout indicateur, son utilisation est soumise à des limites, parce qu'il reflète des pratiques et des conceptions médicales, sociales et institutionnelles* » sur lesquelles l'équipe va s'attarder à l'instar des résultats et des études réalisées dans la cohorte Gazel (salariés de EDF-GDF)<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Marie-France Cristofari, *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel*, CEE, Oct. Chap. 3, 2003, p. 30.

<sup>17</sup> Goldberg M. Co-auteur(s) : Zins M., Leclerc A., Bonenfant S., Bugel I., Chastang J.F., Kaniewski N., Niedhammer I., Ozguler A., Piciotti M., Schmaus A., “La cohorte Gazel, un laboratoire épidémiologique ouvert. Le point après treize ans de suivi”, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 31, 2001, pp. 147-149.

Notre équipe tient à souligner combien les retombées éventuelles d'une telle étude en matière, par exemple, de meilleure compréhension des phénomènes d'absentéisme « médicalisé » seraient utiles. Outre la recherche d'un mieux être pour les salariés, les incidences sociales et le poids économique des arrêts de travail en font un secteur digne d'attention pour la collectivité tout entière et pour les pouvoirs publics<sup>18</sup>. Pour les Etats Unis, ou des études voisines existent (pour une raison simple : l'intérêt que leur portent les assurances chargées de financer en grande partie les dépenses de santé), on estime, par exemple, entre 200 et 300 milliards de dollars par an le coût supporté par les entreprises à cause des conséquences diverses du stress. Sur le même sujet, dans l'Union européenne, où l'on évalue à quarante et un millions le nombre de salariés concernés par des problèmes de santé dus au stress au travail, ce coût atteindrait annuellement 20 milliards d'euros<sup>19</sup>.

Dans l'histoire d'une définition de la Santé, les conclusions de la Charte d'Ottawa, en 1986, constataient que le développement de la santé n'est que partiellement lié aux soins curatifs mais qu'il résulte, aussi, d'autres facteurs comme le logement, l'éducation, une place plus juste dans la société, etc. La démarche que propose la présente étude s'inscrit, à n'en pas douter, dans ce prolongement. Sans qu'elle ne relève pour autant du concept de « santé communautaire » selon la définition qu'en donnent les Canadiens (espace de cohérence sociale, territoire, etc.), notre approche procède, néanmoins, d'un effort de prise en compte globale des facteurs environnementaux intervenant dans la santé. Elle s'attache plus particulièrement à l'un d'entre eux, d'ordre organisationnel incluant une composante psychosociologique.

Dans la mesure où il est désormais admis que la médecine a une mission qui n'est plus seulement de soins mais aussi de prévention<sup>20</sup>, et dans la mesure où cette prévention relève d'un processus d'inter-actions sociales autant que médicales, il devient légitime de considérer que la meilleure connaissance de ces inter-actions fait partie intégrante, tant du système de santé national que du développement économique et social de la communauté. En conséquence, la mise en œuvre de mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau ou une qualité de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé, suppose une réelle attention portée par la communauté à l'amélioration des standards de vie, notamment à travers l'amélioration de la santé au travail. Conception qui passe, naturellement, par le dépistage de tous les facteurs pouvant y contribuer. Celui qui est ici retenu, *le mode de gestion des hommes et des femmes dans l'entreprise*, vise la nature de leurs relations professionnelles ainsi que le *statut* qui leur est dévolu quant aux rapports qu'ils sont autorisés à entretenir aux finalités et à l'organisation de leur travail.

Ce facteur étant largement indépendant des branches économiques ou des secteurs d'activités réputés « à risque », son incidence - si elle s'avère confirmée ne serait-ce qu'à hauteur d'une faible proportion - nous a paru digne d'attention au regard de son champ d'action singulièrement vaste à l'échelle du tissu industriel national.

<sup>18</sup> En 2003, la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité sociale a enregistré une forte dégradation de son déficit. Evalué à 45 millions d'euros en 2002, il est passé à 472 millions l'année suivante, notamment sous l'effet de la hausse des indemnités journalières versées et de la croissance des contributions aux fonds amiante (640 millions au total). Le versement au régime général pour cause de sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail augmente par ailleurs de 30 millions, et se monte à 330 millions d'euros en 2003. Pour l'année suivante, le déficit attendu était de 500 millions d'euros. Face à cette dérive des dépenses, les organisations patronales souhaitent voir cette branche décrochée du régime général. Le gouvernement a donné un an aux partenaires sociaux pour débattre de la question. Cf. *Les Echos*, « Un décrochage du régime général imminent ? », 9 août 2004.

<sup>19</sup> Cf. Patrick Légeron, *Le stress au travail*, Odile Jacob, 2003.

<sup>20</sup> Cf. Le récent rapport du Conseil économique et social, *La prévention en matière de santé*, présenté par Guy Robert en séance des 25-26 novembre 2003, Journal Officiel, mercredi 3 décembre 2003, 157 pages.

L'actuel rapport ne s'attachera, quant à lui, qu'à la partie de la recherche relative aux **effets supposés du dialogue social et du management participatif** constatés à partir de notre première démarche méthodologique, laissant pour une phase ultérieure l'analyse des éventuels effets induits du recours délibéré aux plans d'actionnariat salarié dans le management.

Avant d'aborder les résultats de l'étude on la situera dans le contexte actuel en commençant par un état des lieux des politiques et de la réflexion théorique en matière d'approche préventive et de déterminants sociaux de la santé au travail. A commencer par l'exposé de quelques **constats** relatifs à l'évolution des politiques de santé publiques vers cette transition **du curatif au préventif**. En d'autre terme, on évoquera la manière dont la prise en compte de ce passage progressif affectera les politiques des pouvoirs publics ; comment cette porte ouverte aux recherches sur les enjeux de la prévention en matière de santé débouchera inévitablement sur une notion élargie de l'environnement au travail qui ne manquera pas d'englober la notion de **climat social**. Pour preuve, les études sur la souffrance au travail avec la notion de risque organisationnel, les études sur le rôle du stress, ses effets observés et ses rapports aux relations hiérarchiques, novatrice voici quelques années sont maintenant courantes. Sera, ensuite, évoqué le lien aux diverses **formes de management** dont les variantes organisationnelles, pensées avant tout pour la rentabilité de l'entreprise, ne prennent pas nécessairement en compte le facteur santé.

Ensuite, dans une partie **méthodologique** seront présentés les diverses phases de l'étude, depuis sa problématique d'ensemble recourant à un faisceau d'enquêtes croisées jusqu'au protocole qui mobilisa plusieurs partenaires institutionnels et syndicaux afin de procéder à la sélection des entreprises qui constituent deux échantillons définis, à typologies industrielles équivalentes, par un contraste maximum de « gouvernance ». L'objectif étant une analyse comparative de type « cas témoin ». Ces diverses étapes observent une progression logique ; elles sont liées les unes aux autres traçant une méthodologie qui progresse du général vers le particulier, puis vers le comparatif, tant pour ce qui concerne le sondage des acteurs (médecins généralistes et médecins du travail) que pour les statistiques de santé qui y seront présentées et explicitées.

Enfin, suivant ce schéma, les **résultats** proprement dits se déclineront en trois temps :

- D'abord, en soulignant le constat désormais acquis d'un rapport entre *Santé et Travail*, confirmé tant par un témoignage spécifique que par un sondage réalisé auprès de 234 **médecins généralistes**. Conjointement, il sera tiré parti de leur expérience recueillie à travers le questionnaire " pilote " pour déterminer des indicateurs santé pertinents.
- Dans un second temps, cette confirmation sera approfondie grâce à une enquête d'opinion menée auprès d'une cohorte de **médecins du travail** choisis pour exercer au sein des entreprises sélectionnées. Enfin, après avoir recueilli les avis de ces professionnels et nous être éclairés de leur expérience de la santé au travail, viendra :
- L'analyse objective des premières séries de résultats **statistiques** obtenus auprès de la CRAM pour ce qui concerne les indicateurs lourds relatifs aux dites entreprises, à savoir : les accidents du travail, les maladies professionnelles et les accidents mortels, ainsi que les jours d'arrêt liés aux accidents de travail (AT) et aux maladies professionnelles (MP).

Dans un second volet à venir, cette recherche abordera des indicateurs santé plus fins et plus représentatifs de la banalité des soucis de santé qui jalonnent la vie quotidienne comme des diverses consommations médicales ou pharmaceutiques. Mais une pareille investigation

se déroulera auprès d'une population réduite à quelques entreprises compte tenu de la complexité de la procédure. Ce second travail, actuellement en cours, en coopération avec l'URCAM de Bretagne, fera l'objet d'un rapport ultérieur.

\*  
\* \*

## **ETAT DES LIEUX : POLITIQUES ET PRINCIPES DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE AU TRAVAIL**

Étudier les corrélations entre les modèles de gestion des ressources humaines et l'absentéisme « médicalisé » des salariés ou leur état de santé, invite à quelques préalables relatifs à l'évolution des politiques de santé publique, aux apports scientifiques des premières approches du stress au travail, sans négliger d'exposer la réalité d'une diversité des managements avec pour corollaire des conceptions et des considérations différentes du travailleur. En effet, une problématique qui vise à détecter l'impact de « l'ambiance au travail » (terme générique) sur le « coût santé » global (non limité aux accidents du travail) et le différentiel que peuvent présenter des systèmes de gouvernance opposés présuppose de mieux situer ce mouvement d'ouverture des pouvoirs publics à la prévention. D'autant plus que cette dernière sera, ici, comprise dans sa plus large acception puisque la problématique s'attache spécifiquement aux effets « santé » de l'environnement psychologique au travail à travers la culture d'entreprise et le type de relation d'autorité qui prévaut dans les procédures décisionnelles.

Une étude de cette nature dépasse le seul cadre médical traditionnellement admis pour interférer avec d'autres champs de l'activité humaine, notamment l'éventualité non exclue d'une incursion dans l'organisation de la société et plus particulièrement dans l'organisation du travail. C'est la place faite aux salariés dans la marche de l'entreprise qui est mise en lumière. On s'attachera aux conséquences des différentes structures de rapport d'exploitation et des formes de domination qui en résultent. En particulier, le degré d'admission ou d'exclusion des salariés à toute forme de contribution à la marche de l'entreprise, c'est-à-dire selon une distinction entre présence ou absence d'un mode coopératif ou participatif de management - plus ou moins co-décisionnaire - en contraste d'un mode traditionnel et autoritaire de gestion des ressources humaines. Dans cette perspective prévaut donc l'étude de la dimension « gestionnaire » de la participation des salariés, en d'autres termes la question de son statut.

Une telle approche n'est donc pas exempte de dimension politique et présuppose une définition large de la notion d'environnement et de prévention. Il faut tout d'abord que les pouvoirs publics admettent une problématique de cette nature ; il faut ensuite que la société civile soit en mesure de recevoir avec sérénité un questionnement qu'elle peut être tentée de rejeter mais dont elle a tout intérêt en vertu du « bien commun » d'en faire le meilleur usage. Cela signifie qu'elle accepte de se pencher sur la réalité des implications des différentes formes d'organisation du travail humain. Cela signifie qu'elle accepte aussi de prendre en compte des dimensions qui, pour être immatérielles, n'en ont pas moins des effets concrets. En la circonstance, il s'agit des incidences supposées des modes de gestion du personnel dans l'entreprise.

Si nous nous sommes lancés dans cette problématique, c'est que ce type de relation a déjà été établi et que plusieurs indices nous ont mis sur la piste. Dans une enquête précédente de science politique, nous avons démontré l'existence d'un « effet participation » dans la détermination des opinions et des comportements (sociaux, culturels, syndicaux, politique, etc.) des salariés dans et hors l'entreprise<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Cf. « Mouvement du management et paysage politique », rapport d'enquête pour le MRES (sous la dir. de Patrick Guiol, avec la coll. de Jacques le Goff, professeur à l'université de Bretagne Occidentale, Philippe

Il s'agissait là d'une incidence non recherchée initialement ni même prévue par les concepteurs des techniques de management des "ressources humaines" dont l'objectif est exclusivement orienté vers l'accroissement des performances économiques et de la productivité, se limitant sur le registre social, au maximum, à l'espoir d'un apaisement des rapports sociaux dans l'intention d'une meilleure prévention des grèves. La question n'est donc plus celle de l'existence de cet « effet participation » mais celle de son incidence en matière de santé. Cet effet, qu'en d'autres disciplines on nommerait « effet de bord » ou « effet secondaire », agit-il également sur la santé ? Telle est la question !

On dispose déjà d'indications sur l'existence d'incidences santé en fonction du type de management via les études sur le stress. Parfois sous forme d'effets pervers dans les situations où une responsabilisation excessive pèse sur les salariés, notamment sur les cadres. Plus souvent de manière positive comme l'expose, à l'inverse, les résultats d'une enquête effectuée par un chercheur britannique en Italie du Nord<sup>22</sup>. Utilisant une autre méthodologie, il compare deux zones géographiques typées de cette région d'Italie, l'une caractérisée par une forte concentration de coopératives dans le tissu économique local, l'autre par l'absence de coopérative et l'implantation d'entreprises traditionnelles. Ces deux zones étant, ainsi, censées représenter deux espaces où règnent des relations sociales au travail de nature différente. Exploitant un grand nombre de statistiques officielles, il observe des résultats contrastés tant en matière de santé qu'en matière de comportements sociaux. C'est ainsi qu'il a pu démontrer l'impact du type de relations professionnelles sur le tissu social, notamment en matière de santé des salariés (enquête réalisé sur le terrain en 1997). Les résultats obtenus sont suffisamment éloquents pour confirmer l'intérêt d'approfondir ce questionnement. Quant au consortium coopératif de Mondragon, au Pays Basque espagnol, leurs représentants sollicités sur le sujet soutiennent avoir observé, au titre des effets sociaux de l'expansion du système coopératif dans certaines vallées du Pays Basque, une diminution des violences conjugales dans cette région où elles sont notables.

---

Portier professeur à l'université de Rennes 1, et Marylène Bercegeay, Ingénieur d'études au CNRS, N°: MRT / 88 VO654. Juin 1994, 141 p.

Cf. Guiol Patrick, « Participation dans l'entreprise et comportements socio-politiques », in « La participation dans l'entreprise », *Cahiers de la Fondation Charles de Gaulle*, n° 5, 1998, p. 75-108.

Cf. Guiol Patrick, « Aliénation ou émancipation ? » in *La démocratie dans l'entreprise : une utopie ?, revue Panoramiques*, numéro 46, ed Corlet-Hennebelle, 2000, p. 70-78.

<sup>22</sup> David Erdal, “Effects of Living in an egalitarian environment”, thèse à la School of Psychology University of St Andrew.

## I) LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE, DU CURATIF AU PREVENTIF

### 1) LES ENJEUX DE LA PREVENTION EN MATIERE DE SANTE

Les pouvoirs publics pourraient accorder d'autant plus d'intérêt à cet axe de recherche que si preuve est faite de l'existence de corrélations suffisamment significatives avec les modes de management, la nature de la cause offrirait aux décideurs, tant publics que privés, un champ d'interventions accessible pour des politiques visant à encourager les adaptations nécessaires dans l'organisation du travail. L'allusion n'est pas anodine mais convient simplement au type de culture colbertiste qui caractérise la société française à l'inverse de la société américaine pour prendre un exemple non moins fortuit.

#### A) L'EXEMPLE PROVOCANT DES ETATS-UNIS : UN PIED-DE-NEZ SALUTAIRE AUX ANTI-LIBERAUX ?

En effet, alors que jusqu'au début des années 90, les indicateurs de conditions de travail aux Etats-Unis se dégradaient rapidement comme partout ailleurs, on a assisté soudainement outre-Atlantique à une spectaculaire inversion de tendance. La fréquence des accidents et des maladies professionnelles y a diminué de 30 à 40 %. Quelle en était l'explication ? Cette diminution résultait-elle de la tertiarisation de l'économie ou d'une montée des sous-déclarations des pathologies ? Après vérification, il s'avère qu'il n'en est rien et que le constat est solide, confirmé par les statisticiens américains et l'agence sanitaire en charge de ces questions. Il s'agit bien d'une amélioration générale, qui n'empêche pas, pour autant, d'observer des disparités significatives selon les sociétés en fonction des politiques choisies en matière d'amélioration des conditions de travail. Si certaines se sont mises à faire des investissements massifs, globaux et durables, pour établir des méthodes définissant les rythmes de travail optimaux à la fois en termes de productivité et d'acceptabilité pour les employés, certains programmes donnant des résultats spectaculaires comme chez GM où les accidents du travail ont diminué de 80 %, d'autres sociétés, comme les japonaises de l'automobile installées sur place, n'ont rien fait ou presque. Selon Philippe Askenazy<sup>23</sup>, l'existence de tels contrastes a prouvé qu'il existe des marges de manœuvre considérables pour améliorer les conditions de travail sans pour autant grever la productivité. Or, au royaume du libéralisme, le tabou de l'interventionnisme étatique n'a pas eu besoin de pointer son nez, évitant tout risque de levée de boucliers, puisque la logique libérale prenant à contre-pied l'idéologie patronale dans sa cohérence a, ici, œuvré par elle-même, pilote en lieu et place du politique. Seulement, l'essentiel a eu lieu, comme cela aurait été tout pareillement souhaitable dans une culture plus française et colbertiste : par la volonté.

Cette volonté est venue non pas de l'initiative de l'Etat mais d'abord des compagnies d'assurances, motivées par la réduction de leurs propres coûts. Pour ce faire, elles ont agi sur le montant des primes payées par les entreprises. Aux yeux de ces dernières, en effet, les

---

<sup>23</sup> Cf. « Suivons les Américains et mettons d'urgence à la mode les questions de bien-être au travail », interview de Philippe Askenazy *Le Nouvel économiste* du 11 juin 2004, page: 30-31. Propos recueillis par B. Delmas et P. Plassart. Voir également, *Les Désordres du travail, Enquête sur le nouveau productivisme*, Philippe Askenazy, Editions La République des idées-Le Seuil, 95p.

questions de santé-sécurité relèvent du calcul économique, d'une analyse coût-avantage. L'intérêt économique des compagnies étant de faire prévaloir la prévention, il leur était impératif de convaincre les sociétés que le coût de celle-ci, surtout sur le court terme, en terme de changement de l'organisation du travail, de formation accentuée, d'expertises à entreprendre, occasionnerait des gains à plus longue échéance, en termes de productivité, de motivation des salariés et d'allégement des cotisations. Le déclic est venu de là, de l'alourdissement du coût des accidents et des maladies professionnelles. Ce fut le premier facteur. Aux Etats-Unis, le risque n'est pas mutualisé, les entreprises paient en quelque sorte comptant. Les primes d'assurance, qui, dans les années 80, représentaient 1,5 % du coût du travail, sont passées à 2,5 % au début des années 90. Pour certaines sociétés, la facture s'est élevée jusqu'à 10 %. Ce fut un choc. L'aggravation des conditions du travail devenait un sujet dès lors qu'elle impactait les comptes des sociétés ! Les assureurs américains ont habilement exploité l'émoi suscité par cette conjoncture, "ils sont allés voir leurs clients les plus 'dangereux', en leur proposant le service de consultants-conseils en organisation du travail, pour réduire le coût de l'assurance. Et cela a marché. Les entreprises ont échangé des réductions de primes contre une réduction des accidents "<sup>24</sup>. Miracle du libéralisme américain ? Si le problème a suscité assez naturellement sa solution après, toutefois, 10 ans de dégradation, et pour une partie seulement des entreprises, il ne faut pas oublier que dans certains secteurs la pression sociale a été décisive. Les syndicats américains ont mené avec une très grande efficacité des "raids de dénonciation" des mauvaises conditions de travail sur plusieurs entreprises cibles, par exemple les hôtels de Las Vegas. Ensuite, l'Etat lui-même a suivi en ouvrant une large diffusion de l'information sur les entreprises.

Deux thèses s'affrontent d'ailleurs, ici, sur la manière de procéder pour réduire le risque des accidents du travail. D'une part, celle défendue par Michel Gollac et Serge Volkoff<sup>25</sup> qui réclament un rôle plus important des syndicats dans les entreprises afin de développer un contre-pouvoir susceptible de favoriser l'amélioration des conditions de travail et, d'autre part, la thèse défendue par P. Askenazy, plus libérale, qui considère que même lorsqu'il y a présence des syndicats - ce qui est notamment le cas de la France - les conditions de travail ne s'améliorent pas obligatoirement. A ses yeux, introduire une dose de libéralisme dans la mesure où celui-ci va rendre plus transparente la gestion des entreprises et ses résultats en termes d'amélioration des conditions de travail peut avoir un effet favorable. C'est donc la raison pour laquelle P. Askenazy insiste sur la publicité faite par les compagnies d'assurance américaines sur les entreprises peu scrupuleuses en matière d'accidents du travail. Si celles-ci sont montrées du doigt, c'est que les assurances ont pris conscience du coût plus important et du manque à gagner que représente pour elles une telle dégradation. Le ressort du « progrès » est donc l'argent et non l'éthique. Philosophie typiquement libérale qui relègue le politique à l'économique. Reste à s'interroger sur ce qui est réellement adaptable au cas français et suffisamment compatible avec notre culture et notre histoire pour être crédible. En France, il est presque impossible d'afficher les résultats en termes de conditions de travail car ces informations sont considérées comme privées et, à ce titre, confidentielles ; de plus, au pays des Droits de l'Homme et du Citoyen, le progrès social n'y est pas considéré comme un bénéfice collatéral du business mais, encore, comme un objectif en soi.

Ce phénomène d'intérêt pour les déterminants sociaux et environnementaux du travail et pour la prévention est néanmoins révélateur du changement profond qui affecte graduellement

---

<sup>24</sup> Askenazy, *loc.cit.*

<sup>25</sup> Michel Gollac et Serge Volkoff, *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, 2000,128 p. Et, « L'analyse des conditions de travail », In J. Allouche (coord.). *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris, ed.Vuibert, 2003, p. 250-258.

depuis vingt ans l'approche de la santé publique. En témoigne dans notre pays le cas récent de la classification des hôpitaux publics et privés en matière de prévention des infections nosocomiales. Dans l'histoire d'une définition de la Santé, les conclusions de la Charte d'Ottawa, en 1986, constataient que le développement de la santé n'est que partiellement lié aux soins curatifs mais qu'il résulte, aussi, d'autres facteurs comme le logement, l'éducation, une place plus juste dans la société, etc.

### **B) LE « FRENCH PARADOXE » D'UNE SOCIETE AU ROUGE...**

Mais en France, défaut de ses qualités, l'enjeu recouvre rapidement une dimension politique si bien que cette modernisation de l'approche préventive se fait de manière chaotique,<sup>26</sup> la pratique venant parfois contredire les principes. Il suffit de se référer à la manière dont la médecine du travail se voit traitée. Tout d'abord, la fréquence des consultations pour chaque salarié ne nécessitant pas de surveillance médicale renforcée a été diminuée de moitié, les visites annuelles devenant biennales. En juin 2004, la parution imminente d'un projet de décret était fortement contestée. La réforme du calcul du temps médical des médecins du travail, gelée l'année précédente, resurgit au grand dam des syndicats CFTC et CFE-CGC. Le Quotidien du médecin pouvait écrire « *la lente transformation de la médecine de travail en services de santé au travail depuis 2000 vient de connaître un nouveau coup de théâtre* »<sup>27</sup>. Le directeur des relations au travail, Jean-Denis Combrexelle, a en effet annoncé, lors des XXVIII- Journées de médecine et santé au travail à Bordeaux, la parution imminente d'un projet de décret qui avait suscité une levée le boucliers chez les centrales syndicales CFDT, GFE-CGC, CFTC, CGT et FO en décembre 2003<sup>28</sup>. Ces cinq syndicats avaient claqué la porte lors d'une réunion de la commission permanente du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels où leur était présentée une nouvelle mouture d'un projet de décret à la fois « largement inspirée des revendications patronales », selon elles, et « rédigée sans concertation au mépris du dialogue social ». Agnès Bourguignon y rapporte la manière dont les syndicats ont surtout critiqué dans ce texte les modalités de la réforme du calcul du temps médical, puisqu'il augmente à 3300 l'effectif maximal de salariés suivis par chaque médecin du travail (contre 2700-2900 en moyenne entre 2004), avec un maximum de 450 entreprises ou établissements surveillés (au lieu de 300) et un plafond de 3200 examens cliniques par an pour chaque praticien à plein-temps. Ces chiffres soulignent déjà les conditions dans lesquelles les médecins du travail exercent actuellement leur métier. Évidemment, l'écho est tout autre du côté patronal. Le Centre interservices de santé et de médecine de travail en entreprise (Cisrne, qui regroupe 350 services interentreprises de santé au travail) avait plutôt approuvé, six mois auparavant, la dernière version du projet de décret proposée par le gouvernement, même si sa préférence serait allée vers des seuils rehaussés, au contraire, à « 3500 - 3800 » pour le nombre moyen de salariés suivis par un médecin du travail, avec pour argument « la nouvelle donne de la visite biennale » (et non plus annuelle). Au Congrès de Bordeaux des médecins du travail c'est la consternation. « *Les professionnels de santé au travail ont très mal réagi dans la salle, de même que les syndicats* », témoigne la CFTC dans un communiqué. Cette confédération considère ce décret comme « *dommageable pour le*

<sup>26</sup> La DRESS a également publié en juillet 2003 les premières conclusions d'une approche exploratoire proposant, à partir des données recensées par les Comptes de la santé, une estimation des dépenses du système de santé consacré à la prévention. Cette estimation, qualifiée de minimale par ses auteurs, s'élève pour 1998 à 9 milliards d'euros, soit 7% de la dépense courante de santé. Cf. DRESS, *Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé, une approche exploratoire*, Etudes et résultats n° 247, juillet 2003

<sup>27</sup> Cf. *Le Quotidien du médecin* du 15 juin 2004, Agnès Bourguignon.

<sup>28</sup> Cf. *Le Quotidien du médecin* des 8 et 12 décembre 2003.

*système de prévention des accidents du travail de maladies professionnelles des salariés* ». Quant à la CFE-CGC, elle interprète le décret gouvernemental comme un message de réduction de la prévention et un objectif de flexibilité. Il s'agit, estime-t-elle, de « donner des objectifs, des projets qui plairont aux entreprises », alors que le système de la médecine du travail tendrait plutôt à la paralysie. Cette centrale syndicale pense que la réforme du temps médical prévue par le ministère des Affaires sociales « va provoquer des licenciements de médecins du travail et surtout affaiblir la prévention des risques professionnels »<sup>29</sup>.

En août 2004, le secrétaire général du Syndicat national professionnel des médecins du travail, majoritaire dans la profession, le Dr Lionel Doré, revient, dans une interview à Libération,<sup>30</sup> sur un décret publié discrètement le 30 juillet au Journal officiel, et qui a soulevé un tollé dans les organisations syndicales et au Parti socialiste<sup>31</sup>. Le texte voté confirme ses craintes : réduction de la fréquence des visites médicales obligatoires, d'annuelles à tous les deux ans ; et augmentation substantielle du nombre de salariés suivis par un même médecin puisque le nouveau système de calcul conduit à un effectif bien supérieur : 3300 salariés par médecin<sup>32</sup>. Ainsi, c'est une démédicalisation de la santé au travail qui se profile, s'inscrivant d'ailleurs dans un aboutissement, que le Dr Doré estime déplorable, de la réforme de la médecine du travail entamée en 1998. Il y voit une façon de nier la légitimité de ce métier souvent décrié. « *L'argument avancé pour ce décret, la pénurie de médecins du travail, est un faux argument. D'après nos calculs, nous sommes au creux de la vague démographique en 2003-2004. On compte actuellement 5500 praticiens équivalents temps plein. Grâce aux mesures prises ces dernières années, l'effectif va remonter, avant de replonger vers 2010. On avait donc au moins cinq ans pour trouver des solutions* ».

Le dossier de la santé au travail est complexe et profondément méconnu, alors qu'il concerne pourtant bien une question de santé publique. Non sans raisons, les acteurs du secteur estiment qu'il aurait dû être beaucoup plus intégré à la loi de santé publique à une époque où, précisément, les maladies professionnelles explosent. Il y a d'abord les cancers et les maladies chroniques liés aux toxiques chimiques ou physiques. Nous sommes très en retard dans ce domaine, avec une sous-évaluation et une sous-déclaration des cas. L'histoire de l'amiante, où la responsabilité de l'Etat a d'ailleurs été pointée, est un bon exemple, il y a aussi les troubles musculo-squelettiques et les lombalgies, en pleine croissance. Enfin, tous les rapports montrent que les troubles psychologiques liés au travail (stress, harcèlement) sont en augmentation. Même dans des secteurs considérés comme calmes, tel le tertiaire. Parallèlement, les affaires de harcèlement se multiplient devant les tribunaux. Le risque croissant sur la santé mentale demanderait aux médecins du travail d'y consacrer de plus en plus de temps ; or, on réduit le temps médical. C'est le contraire de la prévention.

Enfin, les médecins du travail peuvent-ils agir en toute indépendance ? « *L'indépendance de notre profession est fondamentale, car la logique productive en milieu professionnel est souvent opposée à la logique de santé. Cette indépendance est présente dans les textes, mais*

<sup>29</sup> Cf. Le Quotidien ..., loc. cit., du 15 juin 2004.

<sup>30</sup> Cf. *Libération* du 18 août 2004, « une démédicalisation de la santé au travail se profile », propos recueillis par Sandrine Cabut, p.10.

<sup>31</sup> Cf. *Libération* des 14 et 15 août 2004.

<sup>32</sup> « Pourtant, quand l'ébauche du premier projet, qui conservait le temps médical en le simplifiant, avait été présentée, en 2003, le patronat avait tellement protesté que le gouvernement paraissait avoir rangé sa copie »...déclare le Dr Doré. « Quant aux visites médicales, notre syndicat n'était pas hostile à ce que leur périodicité soit modulée, sous réserve que les médecins passent alors plus de temps sur le terrain » (*ils sont censés passer un tiers de leur temps dans l'entreprise, pour mettre en place des mesures de prévention, ndlr*).

<sup>33</sup> Douleurs périarticulaires provoquées par des mouvements répétitifs (TMS).

*difficile à faire vivre dans la pratique. Dès que l'on parle de l'entreprise, c'est la loi du silence. Notre syndicat a régulièrement des cas de médecins qui se plaignent d'être entravés dans leur action. Bien sûr, il y a des secteurs moins à risque que d'autres et des employeurs bienveillants, mais un médecin du travail qui veut bien faire son métier doit être un combattant »<sup>34</sup>.* Autre paradoxe des mœurs politiques françaises, alors qu'un plan santé-travail est en préparation, dans sa phase exploratoire les médecins du travail en sont pour l'instant évincés. Réduire la santé au travail à un face-à-face entre employeurs et salariés ne semble pas productif.

### C) DEVANT L'EXPLOSION DES MALADIES PROFESSIONNELLES LA RAISON L'EMPORTE

Néanmoins, à la rentrée de septembre 2004, les partenaires sociaux se penchent sur la question de la pénibilité au travail face à l'envolée de plus de 20 % par an des maladies professionnelles. La métallurgie ouvre des négociations à partir de la fin du mois, une nécessité croissante face à l'essor des nouvelles pathologies liées au travail<sup>35</sup>.

Souvent moins brutales que les accidents du travail, les maladies professionnelles connaissent un développement exceptionnel depuis une dizaine d'années. Celles-ci se multiplient à mesure que vieillit la population en âge de travailler et que croissent le stress et l'intensification du travail. Les travailleurs du textile et de l'automobile, contraints à des gestes répétitifs, souffrent du syndrome du canal carpien. Les porteurs de charges et les chauffeurs routiers cumulent les cas de lombalgie. Ces troubles s'étendent même au secteur des services, où des milliers de salariés sont atteints de la « maladie de la souris » face à leur ordinateur.

En 2002, rapporte Les Échos, « *on a ainsi recensé 40 837 cas de maladies professionnelles en France. Leur fréquence augmente à un rythme annuel de 20 % depuis dix ans. Jusqu'en 1990. Le nombre de cas stagnait autour de 5000 par an. Depuis, nous assistons à une explosion du phénomène* », relève Michel Aptel, chercheur à l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)<sup>36</sup>. Selon les statistiques trimestrielles de la CNAMT en 2003, « *les premiers résultats disponibles laissent encore présager une forte augmentation des maladies professionnelles* ». Au-delà du développement inquiétant de ces troubles, de tels résultats s'expliquent aussi, selon elle, par « *une meilleure reconnaissance juridique du droit des salariés et une plus grande sensibilisation du corps médical à l'origine potentiellement professionnelle de certaines maladies* ». Contrairement aux accidents du travail, les statistiques sont pourtant en-deçà de la réalité, compte tenu des critères restrictifs qui sont imposés à la reconnaissance de ce type de maladies<sup>37</sup>. Certaines d'entre elles, le stress par exemple, ne sont toujours pas reconnues dans le tableau des maladies professionnelles.

<sup>34</sup> Libération, 18/08/2004, loc.cit., propos recueillis par Sandrine Cabut.

<sup>35</sup> Cf. les Échos, 9 août 2004. « Le nombre de maladies professionnelles augmente de 20 % par an », page 1-3. Q.D. et L.R. L'augmentation des indemnisations dues à l'amiante a pesé sur les comptes 2003. Les troubles musculo-squelettiques se développent très rapidement et représentent les trois quarts des pathologies signalées. La question d'un décrochage imminent du régime général est posée par les observateurs.

<sup>36</sup> Idem.

<sup>37</sup> Amiante, charbon, cancers professionnels : pour être reconnue par le CRRMP (Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, depuis 1993), une maladie professionnelle doit être répertoriée dans le tableau établi par la Sécurité sociale. Son actualisation est réalisée par décrets en Conseil d'Etat et publiée au « Journal officiel ». La déclaration d'une maladie professionnelle à la Sécurité sociale est à la charge du salarié, contrairement aux accidents du travail, qui sont à la charge de l'employeur. Autant de raisons qui expliquent la sous-déclaration de ce type de maladies.

L'aspect le plus spectaculaire de ces dernières années concerne, bien évidemment, les troubles musculo-squelettiques (TMS), véritablement en pointe. Quasiment ignorés il y a encore dix ans, les TMS sont, de loin, les plus fréquents. Alors que la part des maladies dues à l'inhalation de poussières d'amiante semble se stabiliser (12% des maladies professionnelles reconnues en 2002) malgré la reconnaissance de tous les dossiers, les TMS poursuivent leur progression de 20% par an. La prise de conscience des employeurs, précoce aux Etats-Unis, a été relativement tardive en France. « L'une de nos premières missions en entreprise a concerné les journalistes du « Herald Tribune », qui étaient confrontés à une véritable épidémie de TMS à leur siège de Neuilly et ont pris conscience de ce phénomène en avance grâce à leur contact direct avec les Etats-Unis », note Michel Aptel. Selon lui, le phénomène est encore largement sous-évalué par les pouvoirs publics. « *L'enjeu social est pourtant énorme* », prévient-il. « *Ce sont des maladies qui peuvent mener à l'exclusion, notamment chez les plus de 50 ans. Avant, on traitait le problème en multipliant les départs en préretraite. Aujourd'hui, on recourt abusivement aux arrêts maladie. Demain, cela risque de se résoudre par la mise au chômage des salariés les plus malades* ».

Certaines entreprises essaient toutefois de trouver des aménagements. Située dans le Finistère, l'entreprise de découpe de viande SBS (600 salariés) propose notamment une séance quotidienne d'échauffement pour 50 de ses opérateurs. L'objectif à moyen terme est clair : réduire de 70 % les maladies professionnelles. Repoussées depuis plusieurs mois par le patronat, les négociations interprofessionnelles sur la pénibilité, auxquelles sont invités les partenaires sociaux, débutent à la rentrée 2004-2005. La métallurgie entamera, pour sa part, des discussions à partir du 29 septembre.

Mais bien que l'enjeu qu'elle recouvre ne soit plus à démontrer, la reconnaissance progressive des actions de prévention et l'intégration de la notion globale de prévention ne sont apparues dans le droit positif que dans une période récente en France. La notion de prévention, prise dans son acceptation générale a, en effet, été introduite pour la première fois dans le Code de la sécurité sociale par la loi du 5 janvier 1988, qui affirme la mission de prévention des caisses d'assurance maladie. C'est sur le fondement de ce nouvel article du Code qu'a été créé en 1989, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Et ce n'est qu'en 1998 que le terme général de prévention a été inscrit dans le Code de la santé publique grâce à la loi de lutte contre les exclusions,<sup>38</sup> et à la faveur de l'émergence récente d'un nouveau contexte favorable à la prévention. C'est cependant la loi du 4 mars 2002<sup>39</sup> qui a reconnu pleinement à la prévention une place de premier rang dans la politique de santé.

---

<sup>38</sup> Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

<sup>39</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le texte de cette loi s'est attaché tout d'abord à définir la politique de prévention, qui, selon le nouvel article L. 1417-1 du Code de la Santé publique, a "pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident". Le même article précise, en outre, que : "La politique de prévention tend notamment à réduire les risques éventuels pour la santé liés à l'environnement, aux transports, à l'alimentation ou à la consommation de produits et de services, y compris de sauté (...), améliorer les conditions de vie et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (...), entreprendre des actions de prophylaxie et des programmes de vaccination et de dépistage des maladies, des handicaps et des facteurs de risque (...), promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive (...), développer des actions d'information et d'éducation pour la santé (...), développer également des actions d'éducation thérapeutique".

## **1.2) LES BALBUTIEMENTS FRANÇAIS EN MATIERE DE PREVENTION**

S'il existe un code de la santé publique en France depuis fort longtemps, une priorité excessive a toutefois été accordée, notamment depuis l'avènement de la sécurité sociale au lendemain de la seconde guerre mondiale, au développement du système de soins au détriment des politiques de prévention. Cette tendance a trouvé sa traduction dans les facultés de médecine où l'on observe un faible développement de l'épidémiologie tandis que d'autres spécialités plus curatives ont rencontré davantage de succès. Vers la fin des années 1990 encore, les départements de santé publique n'étaient guère nombreux au sein des universités françaises. Même constat pour la santé au travail pourtant privilégiée, notamment par des postes fléchés mais qui ne sont pas pourvus faute de candidat motivés.

La constitution du Haut comité de la santé publique en 1991 viendra marquer une première prise de conscience après le scandale du sang contaminé. Ainsi dès 1991 et notamment en 1994 un premier rapport sur la santé des français fera le point sur l'état de la santé publique en France. Ce premier rapport sera complété par une série d'autres rapports sur des thèmes tels que : la santé en milieu carcéral, le dépistage du VIH, la qualité de la grossesse à la naissance, santé des enfants, santé des jeunes ou encore la progression de la précarité et ses effets sur la santé sont autant d'études qui participent à la prise de conscience de la prévention dans notre pays. Les travaux du Haut comité de la santé publique vont condenser et divulguer les résultats des recherches notamment comparatives dans lesquelles la France ne se situe pas obligatoirement à la meilleure place. La situation des travailleurs manuels et non manuels appréhendée à travers les taux de mortalité résultant de 4 indicateurs – cancers du poumon, autres cancers, maladies cardiovasculaires et maladies gastro-intestinales - montre que la France enregistre les écarts les plus importants<sup>40</sup>. Peu à peu, les politiques de santé publique en France vont ainsi prendre de plus en plus de l'importance et les réflexions sur la place de la prévention en France atteindront le pouvoir public et notamment la chambre d'économie sociale.

Avec près de vingt années de retard sur le Canada, la France s'ouvrirait enfin, et semble-t-il de manière délibérée, du moins en principe, contrairement à ce que laisse supposer certaines mesures affectant la médecine du travail, sur les approches préventives en matière de santé. Assez récemment, les pouvoirs publics se sont mobilisés afin de faire diminuer ce qu'ils nomment la « mortalité évitable », particulièrement importante en France, liée à des comportements à risque : déséquilibres alimentaires croissant, tabagisme – en augmentation dans la population féminine -, consommation excessive d'alcool, et surtout là où le public s'est senti particulièrement concerné, les accidents de la circulation.

### **A) LE RAPPORT DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL**

L'acte qui symbolise et entérine ce tournant de perception dans la sphère institutionnelle est le rapport adopté au Conseil économique et social, le 26 novembre 2003, publié en décembre de la même année<sup>41</sup>. Bien que n'engageant en rien les pouvoirs publics, ce rapport – véritable

---

<sup>40</sup> Voir le rapport du HCSP, *La santé en France*, 2002, p. 22, qui s'appuie sur une étude menée par KUNST.

<sup>41</sup> *La prévention en matière de Santé* (Avis et Rapport au Conseil Economique et Social), 2003 rapport présenté par Guy Robert, Année 2003. – N°24 NOR : CES X00003024V-Mercredi 3 décembre 003- Mandature 1999-2004- Séance des 25 et 26 novembre 2003.

prologue officiel en la matière - n'est pas négligeable comme on va le voir. Le Conseil économique et social est la troisième chambre des institutions françaises ; si elle n'a aucun pouvoir délibératif, elle peut néanmoins émettre des avis. Assemblée constitutionnelle de notre pays depuis 1946, organisé sous sa forme actuelle depuis 1958 dans le cadre de la constitution de la Ve république, le CES est, en effet, chargé de conseiller les pouvoirs publics sur la base des avis de la société civile organisée. Autrement dit, il regroupe l'ensemble des organisations d'employeurs, de salariés et de la vie associative. Une création qui s'est inscrite dans un courant d'idées déjà ancien favorable à une représentation organisée des forces économiques et sociales<sup>42</sup>. Trois caractéristiques sont à prendre en considération pour apprécier son rapport sur la prévention en matière de santé : tout d'abord, un statut constitutionnel qui lui garantit son indépendance vis-à-vis des pouvoirs législatifs et exécutifs ; ensuite, sa représentativité qui résulte du fait qu'il est composé principalement de membres désignés par les organisations socioprofessionnelles nationales ; enfin, son rôle consultatif qui lui laisse une grande liberté pour mener à bien sa triple mission : conseiller le gouvernement et participer à l'élaboration de la politique économique et sociale ; contribuer à l'information des assemblées politiques et des citoyens ; et favoriser, à travers sa composition, le dialogue entre toutes les catégories socioprofessionnelles<sup>43</sup>.

Ce rapport intitulé « La prévention en matière de santé », présenté par Guy Robert, sonne l'avènement d'un nouveau discours officiel sur la santé. Contenant des considérations riches à plus d'un titre, il présente, par exemple, des avancées tout à fait consistantes dans la perception de la notion de santé et intronise, en particulier, le glissement de l'approche des politiques de santé publique du curatif vers le préventif. On ne peut que saluer une certaine hardiesse dans l'acceptation d'une définition non - ou supra - médicale de la prévention.

## **B) TEXTE ADOpte LE 26 NOVEMBRE 2003**

Dans une première partie, ce rapport expose les principes généraux sur lesquels se sont accordés les conseillers. En particulier, le fait que « *la prévention doit se penser autrement que par rapport au seul système des soins. Elle vise à réduire les risques subis collectivement et ceux liés aux comportements (...). Elle doit s'envisager par rapport à la santé et au bien-être, et non plus par rapport à la maladie* »<sup>44</sup>, reconnaissant, ainsi, que la santé est en effet devenue « *une valeur sociale centrale, identifiée à l'accomplissement personnel* ».

Une pareille prise en compte est appelée à modifier sensiblement la donne politique et l'attitude de la représentation nationale tout comme celle, dans une démocratie, des postulants au pouvoir.

---

<sup>42</sup> C'est dès 1925, en effet, qu'à la demande des syndicats ouvriers, une première assemblée de représentants socioprofessionnels est créée

<sup>43</sup> Les différentes sections sont : Affaires sociales, Travail, Economies régionales et aménagement du territoire, Cadre de vie, Finances, Relations extérieures, Activité productive - recherche et technologie, Agriculture et alimentation, Problèmes économiques généraux et conjoncture. Le conseil comprend également : une Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes ; une Délégation pour l'Union européenne. Le conseil économique et social compte 231 conseillers, réparti en 18 groupes de représentations. La durée de leur mandat de cinq ans. 163 conseillers sont désignés par les organisations socioprofessionnelles ; les 68 autres sont nommés par le Gouvernement. Tous ces membres se répartissent en neuf sections permanentes, citées plus haut. Chaque section comporte autant que possible au moins un représentant de chaque groupe. Aux 231 membres du CES, s'ajoute 72 « membres de section », qui ont un rôle d'experts auprès de la section qui les accueille.

<sup>44</sup> p. I-5.

Ce rapport introduit des notions particulièrement intéressantes pour le type de recherche que nous menons ici puisqu'en accordant une place non négligeable à la notion de contexte il ne préjuge nullement de ses limites ni de sa nature. Ainsi, fait-il valoir à l'endroit des politiques destinées à réduire les conséquences des comportements à risque que ces derniers peuvent être eux-mêmes la résultante de causes diverses dont les rapports sociaux ne sont pas à exclure. L'allusion est sans ambiguïté : « *Toutefois, l'idée que l'on pourrait maîtriser les morts évitables en changeant les comportements doit être relativisée. En effet, certains de ces comportements, comme l'utilisation de psychotropes qui dans un premier temps aide à vivre, constituent souvent la réponse à un contexte de difficultés de vie dont le traitement ne peut se limiter au domaine de la santé. Ces comportements sont pour la plupart induits par des déterminants économiques, sociaux et culturels. (...) La prévention interroge donc indirectement la question des inégalités sociales de santé. La santé est en effet fonction des conditions de vie, dans leur dimension autant psychologique que physique (...). Elle doit notamment s'attacher à réduire les risques d'origine professionnelle, facteurs d'importantes inégalités* »<sup>45</sup>. Voilà une définition qui légitime parfaitement, aussi bien les derniers appels d'offres sur l'étude des déterminants économiques et sociaux de la santé que, la problématique de notre propre recherche.

Ce rapport observe, en effet, que depuis le développement de la médecine moderne, « *la prévention occupe une place très secondaire dans le système de santé français, qui s'est constitué autour d'une démarche essentiellement curative. Le XXème siècle a marqué, en effet, l'avènement de la médecine dite curative, et pendant des décennies notre société a davantage été intéressée par les progrès de la médecine que par la promotion de la santé*

On l'a dit précédemment, plusieurs facteurs ont été à l'origine de la remise en cause d'un système exclusivement centré sur le curatif :

D'abord, les progrès de l'épidémiologie grâce auxquels des facteurs à risques de maladie, visant notamment le cancer, ont pu être déterminés,

L'apparition de nouvelles maladies contre lesquelles aucun traitement curatif n'a pu être trouvé, tel le sida (VIH) ou l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), variante de la maladie de Creutzfeld-Jakob, est venue accélérée ce mouvement de prévention désormais irréversible, conforté de surcroît à l'échelle internationale par l'inquiétude que soulève la perspectives de grandes pandémies comme la grippe aviaire ;

Ensuite, le sentiment que la prévention peut, parfois, éviter des dépenses ultérieures de soins ; sans oublier, enfin, l'évolution des mentalités qui pousse la population à manifester une demande croissante de sécurité dans le domaine de la santé. Cherchant à répondre à ce souhait de la part de la population, les responsables politiques affichent davantage une volonté préventive.

Mais, le facteur décisif du passage à l'acte au niveau des politiques publiques semble bien avoir été la crainte de récidive des conséquences juridiques et politiques résultant des défaillances en ce domaine.

Désormais, note le rapport du CES, « *Une approche plus globale de la prévention s'est développée, envisageant l'influence des facteurs d'ordre divers, notamment social et économique, sur la santé des individus, et considérant les facteurs sociétaux comme des déterminants majeurs de l'état de santé* ». Cette nouvelle approche exigeante a opéré un tournant significatif et ambitieux en considérant que l'objet de la prévention n'était plus seulement le risque mais la recherche du bien-être. De ce fait, voilà qu'elle s'avère plus

---

<sup>45</sup> p. I – 6

conforme à la définition de la santé retenue par l'OMS, qui avait affirmé dès 1946 que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et non point seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

Si nous évoquons aussi longuement le travail du CES c'est qu'il contient nombre d'éléments constituant une véritable révolution dans le discours des pouvoirs publics en matière de santé, notamment, pour ce qui nous intéresse ici, la santé au travail : « *La médecine du travail quant à elle, constate-t-il, consiste trop souvent en une pratique exclusivement clinique, lors des examens médicaux annuels des salariés. Les médecins du travail, du fait des conditions difficiles d'exercice de leurs fonctions, n'assurent que très peu l'activité de surveillance de l'hygiène et de l'adaptation des conditions de travail qui doit selon les textes prendre un tiers de leur temps. Or, sans véritable expertise des conditions et de l'environnement de travail, les avis d'aptitude médicale risquent de manquer le véritable enjeu d'une médecine de prévention* »<sup>46</sup>. Allant même jusqu'à considérer que la connaissance précise de la part attribuable aux facteurs professionnels dans l'étiologie des cancers, notamment, est encore fragmentaire. Et, en ce qui concerne les accidents professionnels, il estime que la difficulté à appréhender parfaitement la réalité (même s'il ne faut pas surestimer les sous-déclarations) est un obstacle à la mise en place d'une prévention mieux adaptée.

### **C) COORDONNER LE SANITAIRE ET LE SOCIAL**

S'appuyant sur l'étude des politiques de prévention mises en place dans quelques pays (Finlande, Royaume-Uni et Canada), cette assemblée souligne qu'il est essentiel de construire une prévention à la fois sanitaire et sociale, inscrite dans la continuité et visant tous les âges et milieux de vie, exprimant de manière forte sa conviction de la nécessité d'une approche globale. Directives qui vont dans le sens des appels d'offre mentionnés précédemment, et nous confortent dans la problématique que nous avons retenue. « *Notre assemblée tient à affirmer que la prévention exige également un approfondissement de la connaissance sur les déterminants économiques et sociaux de santé. Plutôt que de stigmatiser les personnes qui par leur comportement (usage du tabac, de l'alcool, de drogues illicites, de tranquillisants, etc.), s'exposent à des risques graves pour leur santé, il est en effet fondamental de parvenir à comprendre les facteurs qui se situent en amont de ces comportements* »<sup>47</sup>. Et d'ajouter : « *De manière générale, les sciences médicales et les sciences humaines doivent être rapprochées, afin de mieux cerner l'origine du mal-être d'une partie de la population* ». Si les suicides sont, naturellement, visés en priorité afin d'encourager l'analyse de leurs déterminants, il en va de même pour que la recherche sur les facteurs psycho-sociaux conduisant à la consommation de drogues soit approfondie (« L'addictologie doit être développée en étroite relation avec les sciences humaines et sociales »). Il est spécifié d'une manière plus générale que l'évaluation des objectifs de santé publique « doit s'enrichir des apports des sciences psychologiques et sociales »<sup>48</sup>. Ainsi, consacre-t-il un chapitre à des propositions en vue de favoriser la participation de tous les acteurs de la prévention et à la mise en place de véritables suivis de l'état de santé. Nous ne retiendrons que celles relatives à notre champ d'investigation.

---

<sup>46</sup> p. I – 12.

<sup>47</sup> p. I – 19.

<sup>48</sup> p. I – 22.

## D) PROMOUVOIR UNE VERITABLE POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL

L'avis du CES insiste sur les insuffisances et les blocages auxquels se heurte la prévention<sup>49</sup>. On y voit saisir la santé comme enjeu politique de résorption des inégalités sociales : « *Notre assemblée souligne que l'amélioration de la prévention en milieu de travail est un facteur essentiel de la réduction des inégalités de santé et d'espérance de vie* ». Politique dans ses objectifs, cet enjeu l'est aussi dans sa démarche : « *Une véritable politique de santé au travail implique une participation forte des Comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), qui doivent être dotés de réels moyens d'action sur les causes mêmes des maladies et des risques professionnels* »<sup>50</sup>. Si une telle politique de santé doit s'attacher très classiquement à réduire les risques mécaniques, biologiques et chimiques, et notamment l'exposition aux produits estimés cancérogènes, elle doit également réduire les contraintes physiques « ainsi que les contraintes organisationnelles et relationnelles »<sup>51</sup>. Un saut qualitatif dont les implications sont sans limites. Le rapport se réfère à des enquêtes récentes menées sur les conditions de travail dont les résultats mettent en évidence une augmentation générale de la pénibilité psychologique, notamment chez les cadres<sup>52</sup>, alors même que la pénibilité physique, malgré des progrès, est encore une réalité. Il en conclut la nécessité de plaider en faveur « *de la mise en place d'une organisation du temps de travail qui ne conduise pas à une intensification excessive des rythmes de travail et à une augmentation du stress chez les salariés, qui cumulent par ailleurs souvent difficulté dans leur travail et craintes sur l'avenir de leur emploi. Il serait intéressant de s'inspirer de l'action menée en Suède où une charte de l'environnement au travail, visant à réduire le stress des salariés, a été éditée* ».

S'appuyant sur le rapport d'activité de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour 2003, le CES préconise l'affirmation éventuelle d'une politique nationale de santé au travail et estime que « *l'activité des médecins du travail doit s'inscrire désormais dans une démarche de santé publique, et s'étendre à la surveillance, la détection et l'évaluation des risques* ». Propos qui, tenus en 2003, sont pour le moins surprenants de la part d'une assemblée composée d'élus dont des syndicalistes ; mieux vaut tard que jamais... De même, la mission principale de recherche de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), qui constitue le principal lieu de recherche pour la santé et la sécurité au travail, doit être réaffirmée<sup>53</sup>. Quant à ce qui concerne les accidents du travail, il apparaît nécessaire au CES d'élaborer des indicateurs et des outils d'investigation indépendants de leur déclaration institutionnelle. Outre la question d'une meilleure appréciation de la proportion des non-déclarations et des non-reconnaissances d'accidents, « *ces nouveaux indicateurs devraient*

<sup>49</sup> Selon les comptes nationaux de la santé, les dépenses de prévention représentent 2,3% de la dépense courante de santé et même si la DRESS les évalue à 7%, a fait valoir le groupe de la CGT, le système de santé reste essentiellement curatif et ne répond pas aux enjeux actuels de santé publique (cf. p. I – 51).

<sup>50</sup> p. I – 38

<sup>51</sup> Idem.

<sup>52</sup> Pour la CFE-CGC, la prévention sanitaire en milieu professionnel est essentielle. « Dans ce domaine, le rôle de la médecine du travail est incontournable (...). Le médecin du travail est le plus apte à appréhender les véritables conditions de vie au sein de l'entreprise : les produits utilisés, les modes opératoires, le stress ». (cf. p. I-49). Cette remarque de la CFE-CGC peut néanmoins prêter à controverse. En accordant un quasi monopole à la place des médecins du travail dans le domaine de la prévention, elle limite l'approche du phénomène de la santé des travailleurs à la seule dimension médicale (la place centrale y est dévolue aux seuls médecins furent-ils médecins du travail), ce qui revient à fragiliser sinon à exclure d'autres approches toutes aussi essentielles, notamment d'ordre sociologique et managériale (tel le rôle de l'inspection du travail ou de la recherche en sociologie industrielle), et pour finir, politique (intervention du législateur).

<sup>53</sup> . Dans un récent rapport, la Cour des Comptes a en effet pu déplorer son absence de capacité à détecter des risques nouveaux et à étudier de tels risques dès leur émergence.

*notamment fournir des informations sur le lien entre les accidents du travail, l'organisation et les conditions de travail»<sup>54</sup>.*

## **E) LES RECOMMANDATIONS PRATIQUES DU CES**

Symptomatique de cette interpénétration des approches médicales et sociales que véhiculent les notions de prévention et d'environnement, les recommandations du Conseil économique et social, établissent qu'il revient au ministère de la Santé et au ministère du Travail, en collaboration étroite avec l'assurance maladie et les organismes de recherche et de surveillance épidémiologique (InVS, AFSSE, INSERM, INRS, ...), « *de veiller au respect de l'ensemble de la législation et de la réglementation du travail* »<sup>55</sup>. Bien sûr, cette veille concerne les diverses obligations de déclaration, notamment celle relative à l'utilisation de produits potentiellement cancérigènes. Il est entendu qu'elle devienne effective et que les manquements soient sanctionnés. Mais il reviendrait aussi à cette coordination « *d'impulser, au niveau local, une action cohérente associant les CHSCT et les organisations professionnelles et syndicales, les Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), les Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO), les Comités techniques régionaux et services de prévention des CRAM, les URCAM, les hôpitaux, les médecins du travail, les médecins généralistes et spécialistes, les professionnels de santé, et les consultations de pathologies professionnelles en lien avec l'administration sanitaire (DRASS, Agences régionales de l'hospitalisation (ARH),...)* »<sup>56</sup>. En d'autres termes, c'est à une vision d'ensemble cohérente des déterminants environnementaux de la santé au travail que ces divers établissements publics et leurs partenaires sociaux sont invités. Et, en conclusion, le CES stipule très logiquement que : « *L'Etat se doit de donner l'exemple en favorisant les logiques interministérielles, notamment en matière de veille, puisque la prévention doit agir en divers domaines, non seulement sanitaires mais aussi socio-économiques, culturels, environnementaux...* »<sup>57</sup>, affirmant en point d'orgue cet esprit qui doit désormais guider l'action publique : « *Si le siècle dernier était celui de la prévoyance et de la mise en place des grands systèmes sociaux, notre époque doit être celle de la nécessaire prise de conscience de la prévention* »<sup>58</sup>.

De fait, le rapport présenté par M. Guy Robert, rapporteur, au nom de la section des affaires sociales, entérine toutes ces lignes directrices. En premier lieu, il se réfère à la Charte d'Ottawa, élaborée en 1986 sous l'égide de l'OMS, qui, dans la continuité de la Charte d'Alma-Ata de 1979, met l'accent sur les conditions préalables à la santé et les modalités de l'intervention en promotion de la santé. Le texte s'attache à formuler la nécessité d'établir une politique publique de santé qui dépasse largement la seule politique de soins et des institutions de soins. « *La prévention doit se penser autrement que par rapport au seul système de soins* »<sup>59</sup> stipule le rapport du CES qui poursuit : « *La promotion de la santé va, en effet, bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques et des divers acteurs, en les éclairant sur les conséquences possibles de leurs décisions sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard* ». C'est à ce dernier titre que des études du type de celle conduite ici trouvent une légitimité. La prévention en matière de santé

<sup>54</sup> p. I. -39.

<sup>55</sup> Idem.

<sup>56</sup> Idem.

<sup>57</sup> Op. cit., p. I – 41.

<sup>58</sup> Idem, p. I – 42

<sup>59</sup> Idem, p. II-6.

se doit, bien sûr, d'assurer en priorité, comme finalité d'évidence, l'intégrité physique et mentale et de développer les capacités vitales de chaque individu, mais elle doit, d'autre part, s'efforcer de « réduire les menaces que font peser sur les individus et les groupes, leurs environnements physique, psychologique et social ». En ce sens, elle interpelle bien les sciences sociales et politiques. Le rapport est sans ambiguïté sur les imbrications sociologiques et leurs implications institutionnelles lorsqu'il stipule que la prévention : « ne peut être considérée comme un champ particulier de la politique de santé publique, et doit s'appuyer sur de nombreuses autres politiques publiques : le processus de santé de chaque individu est l'enchevêtrement complexe entre les diverses influences de son héritage génétique, de ses conditions de travail et de ses habitudes de vie, et de son environnement »<sup>60</sup>.

Ce rapport prône en l'espèce, le développement d'une approche globale qu'il consacre en toutes lettres, laquelle se doit d'envisager « l'influence des divers facteurs d'ordre notamment social, économique... sur la santé de l'individu qu'ils déterminent positivement ou négativement. De nombreuses données statistiques ou études ont contribué à montrer l'intérêt d'une approche globale de la prévention. De manière générale, les indicateurs de santé apparaissent comme reflétant en fait la cohésion sociale »<sup>61</sup>.

On sait, notamment avec J. de Kervasdoué<sup>62</sup>, qu'ils sont corrélés avec la richesse, ils sont en particulier corrélés avec la répartition de celle-ci, plus ou moins équitable. De même que Jonathan Mann, ancien directeur du Programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS, n'a cessé de souligner l'importance des facteurs sociaux comme déterminants majeurs de l'état de santé invitant à toujours interroger l'amont des causes mécaniques apparentes des maladies<sup>63</sup>. Or, le rapport de Guy Robert regrette à l'identique l'inaptitude des institutions de santé à travailler directement sur les racines sociales des problèmes de santé. Citant Jonathan Mann, il relève des réalités qui seront vérifiées au cours de notre enquête: « Ses analyses tendent à montrer que les atteintes aux droits et à la dignité constituent une force pathogène destructive à l'encontre du bien-être humain au moins égale à celle des virus ou bactéries »<sup>64</sup>. Mais ce qu'établit de manière inhabituelle ce texte du CES, c'est aussi la réciprocité dans les rapports entre progrès de la santé et progrès social. Il se réfère, à cette fin, à certaines analyses qui insistent sur les effets positifs de la promotion de la santé sur les inégalités, notamment en s'appuyant sur les travaux d'Alain Cherbonnier qui la définit en ces termes : « On peut considérer la promotion de la santé comme une approche de la santé (...), et même comme une "philosophie", voire une idéologie, qui va à l'encontre de l'idéologie dominante, laquelle reste globalement biomédicale et individualiste. La promotion de la santé prend en compte la dimension collective et sociopolitique de la santé, en ce qu'elle cherche à jouer sur les déterminants de la santé et de la maladie, et notamment sur ceux des inégalités en matière de santé »<sup>65</sup>.

---

<sup>60</sup> p.II-6.

<sup>61</sup> p. II-22.

<sup>62</sup> J de Kersvadoué, *La Santé n'est pas uniquement affaire de médecine*, Santé publique et libertés individuelles.

<sup>63</sup> J.Mann, *Ethique et droits de la personne*, Revue française de santé publique, sept. 1998, n°3.

<sup>64</sup> P. II-23.

<sup>65</sup> A. Cherbonnier, *Evaluation quand tu nous tiens !*, Education santé, 1994, n°93.

## F) LA DIMENSION CITOYENNE DE LA PREVENTION

Semblant vouloir rattraper le temps perdu, ce rapport concède une grande place à la dimension socio-politique des phénomènes de santé. Ainsi, perce une composante éducative et citoyenne qui prend alors le pas sur la composante sanitaire. L'approche en termes d'adaptation évolutive : « *une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation* »<sup>66</sup>. Et particularité qui nous concerne, la part attribuée à l'environnement au travail est conséquente. En matière de santé au travail, il est rappelé que l'Institut national de la recherche et de la sécurité constitue le principal lieu de recherche. Son action est financée, au sein de la branche « AT-MP » de la CNAMTS, par le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le rapport du CES préconise des actions de prévention qui prendrait davantage en compte l'environnement de l'individu. Ainsi, s'agissant de la situation des médecins du travail, il l'a considérée représentative. Elle consisterait trop souvent, selon le rapport, « *en une pratique exclusivement clinique, lors des examens médicaux annuels des salariés, au détriment d'une intervention dans et sur la situation de travail, et cela dans un contexte de développement de la précarité du travail, du stress négatif dans le travail et des dépressions réactionnelles prises en charge par la médecine de soins. Sans véritable expertise des conditions et de l'environnement au travail, les avis d'aptitude médicale risquent de manquer le véritable enjeu d'une médecine de prévention* »<sup>67</sup>. N'oubliant pas de mentionner dans le domaine de la prise en compte de la « souffrance psychosociale » des expériences innovantes et positives menées au niveau local, à l'exemple de celle suivie à Nanterre,<sup>68</sup> les auteurs vont, ensuite, évoquer l'ensemble des difficultés à établir ou à faire appliquer des normes contraignantes. La question du poids des lobbies et des intérêts économiques, entre autres, n'est pas évincée.

En effet, le rapport note au niveau tant européen que national, certaines mesures pourtant essentielles d'un point de vue de santé publique qui n'ont pu être prises, face à la pression d'intérêts économiques, dans les secteurs notamment de l'industrie automobile, du tabac ou de l'alcool. Certains professionnels de santé considèrent ainsi que « *Le risque majeur en matière de santé publique est la recherche du profit* »<sup>69</sup>, et que l'optimisation de celui-ci peut conduire à l'explosion de nouveaux risques comme l'obésité.

Sans complaisance, le rapport souligne que si l'Union européenne a permis certaines avancées en matière de prévention, elle a tendance, dans la continuité du traité de Rome, à accorder la priorité à l'activité économique. « *Aussi, reconnaît-il, le problème rencontré en matière de prévention est-il, très souvent, de nature politique. La lutte contre le tabagisme doit, par exemple, affronter des intérêts économiques très importants, comme en témoigne l'annulation en 2000, par la Cour européenne de justice, de la directive d'interdiction de la publicité pour le tabac, à la suite d'une intense campagne de lobbying menée notamment en Allemagne* »<sup>70</sup>.

---

<sup>66</sup> E. Berthet, *Information et éducation sanitaire*, Coll. Que sais-je ?, Paris, PUF, 1983.

<sup>67</sup> Rapport du CES, *op. cit.*, p. II-66.

<sup>68</sup> Cf. annexe 3 du rapport

<sup>69</sup> Pr. Joël Ménard, IEPS, 2003.

<sup>70</sup> Cf. rapport du CES, *op. cit.*, p. II-77. Dès 1992, l'industrie du tabac en Allemagne avait consacré 50 000 DM à deux études devant évaluer le caractère anticonstitutionnel, au regard de la constitution allemande, d'une telle interdiction : Actualité tabac, n°27, juin 2002. Cette directive, initialement proposée en 1989, n'avait été adoptée qu'en 1998. Pour contrer les conclusions de rapports comparant la dépendance engendrée par la nicotine à celle provoquée par l'héroïne ou la cocaïne, l'industrie du tabac finance une association qui s'efforce d'empêcher l'adoption de mesures anti-tabac par l'Union européenne.

Ajoutant que s'agissant de la prévention des accidents de la route<sup>71</sup>, une analyse semblable pourrait être menée.

On sait que Jacques Chirac, candidat à la présidence de la République en 2002, avait mentionné au titre de ses engagements une démarche plus volontariste et un nouveau plan d'action en matière de lutte contre le cancer<sup>72</sup>.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique consolide cette démarche volontariste en prévoyant des plans nationaux dont les résultats devraient désormais être évalués et débattus tous les cinq ans. Ces plans qui feraient une large place à la prévention, viseraient « la prévention des risques pour la santé liés à l'environnement, incluant l'environnement de travail ».

#### **G) L'IMBRICATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL : CONSEQUENCES**

L'introduction de la dimension sociologique dans l'explication des pathologies conduit la notion de réduction du risque à se substituer parfois à celle d'éradication du risque. Une telle substitution génère des changements d'attitude face à la notion de prévention qui se traduisent par des interférences de plus en plus marquées sous forme d'intervention publique dans la sphère du privé. Il en résulte des compromis qui peuvent poser un problème d'ordre éthique, notamment pour réduire les risques attachés à certaines pratiques concernant les toxicomanies. On le constate à l'occasion des « rave party » où les actions menées peuvent paraître encourager la consommation de drogues ou d'alcool. Il n'en demeure pas moins que si rien n'était fait dans de telles situations, outre les conséquences sanitaires qu'elles engendreraient, toute démission poserait des problèmes non seulement d'ordre éthique mais aussi de responsabilité en des termes autrement plus graves<sup>73</sup>. Les pouvoirs publics ainsi que le corps médical se trouvent confrontés là à une ambiguïté des pratiques qui vaut également, dans une certaine mesure, pour la médecine du travail. On peut, dans le même esprit, faire allusion à la situation de la médecine militaire. Dans tous ces cas, il apparaît avec évidence que les causes des pathologies ou des accidents n'est pas à seule dimension médicale et plongent leurs racines, en amont, dans un contexte social, économique ou politique bien défini. Ici, le médical se confronte au collectif donc au politique. Aussi, ne s'étonnera-t-on pas que la notion même de prévention soit plus généralement assimilée à une intrusion dans les modes de vie et se voit investie d'une image coercitive. De ce fait, elle rencontre parfois des résistances auprès des populations qui n'y perçoivent qu'une série d'interdictions embrigadant la vie privée : interdiction de la vente de tabac à usage oral, interdiction de la publicité, infractions aux dispositions d'information sur les unités de conditionnement. Son enjeu peut apparaître, aussi et surtout, insupportable voire inadmissible, en terme d'atteinte à la liberté et de non-respect des choix de société, aux dirigeants d'entreprise qui n'y verraien qu'un harcèlement administratif contraire au libéralisme dominant. En un mot, une entrave aux lois de la libre concurrence qui ne relève pas du domaine de compétence de la médecine du travail. Or le rapport du conseil économique et social, dont on voit qu'il incite très

<sup>71</sup>. La France a tenté, en 1999, de déposer un projet de limiteur de vitesse et d'enregistreur pour les véhicules légers. Or, le représentant allemand s'est opposé à la normalisation de ce dispositif, les voitures allemandes ayant très souvent un rapport poids-puissance très supérieur aux modèles français, position qui a été soutenue par l'Organisation des constructeurs automobiles. La France a du s'incliner et retirer son projet de norme. Cf. Pr. Claude Got, *La légitimité du cadre géographique des politiques de prévention au regard de l'épidémiologie, Les politiques de prévention*, Médecine-Sciences Flammarion, 2003.

<sup>72</sup> Le projet de loi prévoit ainsi l'inscription dans le Code de la Santé publique de la création de l'Institut national du cancer.

<sup>73</sup> Claude Got, *Risquer sa peau*, Bayard, 2001.

ouvertement à agir en amont et dans une logique globale, reconnaît la forte manifestation des inégalités sociales en termes de prévention : « *Tout d'abord au regard des conditions de vie et en particulier de travail, qui influent sur la nature des comportements vis-à-vis de la santé, ensuite, au niveau du recours au système de soins, notamment aux spécialistes, et donc du dépistage* ». Parfaitement conscient des conséquences à tirer d'un point de vue politique, il stipule donc que toute politique de prévention qui s'attache à favoriser une réduction des inégalités en santé doit s'efforcer d'agir, en amont, sur les déterminants de ces comportements. C'est dire qu'à côté de la responsabilité de l'individu<sup>74</sup>, « *l'accent doit être mis sur celle de la puissance publique à laquelle il revient de créer, à travers les politiques adoptées dans divers domaines et hors du champ proprement sanitaire, des conditions favorables qui permettent à chacun d'avoir le souci de sa propre santé et d'adopter des comportements en conséquence* ». Et de dépasser la Charte d'Ottawa dont la définition de la promotion de la santé se résume au processus qui confère aux populations « le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Au contraire, le rapport du CES affirme que « *si l'individu est reconnu comme le gestionnaire de sa propre santé, ce processus de responsabilisation n'est rendu possible que par une politique publique intervenant sur les déterminants de la santé* ». À l'esprit anglo-saxon d'ouverture à la prévention vient donc s'ajouter la tradition française du sens de la collectivité et du « bien commun ».

S'il s'agit en outre pour les pouvoirs publics de mobiliser les responsabilités respectives de l'Etat et des citoyens dans la gestion des risques : la prévention, entre stratégie collective et choix individuel, est de nature à interroger la société dans ses relations avec les individus. En un mot, si la prévention vise souvent à agir sur les comportements des individus, elle est, en effet, avant tout une démarche collective. A ce titre, la définition de nouvelles connaissances sur l'origine des risques ouvre un champ à la délimitation de nouvelles responsabilités. Le management des entreprises peut figurer parmi elles.

De cette conjugaison admise entre le sanitaire le social, résulte une volonté affichée de développer des stratégies transversales coordonnées, ciblées et évaluées, entre les différents acteurs<sup>75</sup>. En d'autres termes, il s'agit pour le CES de prôner une action véritablement interministérielle. On retiendra qu'il regrette, par ailleurs, l'insuffisante identification des déterminants sociaux des disparités sociales de santé qui rend plus difficile tout effort de prévention<sup>76</sup> et, conjointement, le fait que « les études psycho-sociologiques sont très insuffisantes ». Lacunes auxquelles notre enquête s'attache précisément à remédier pour le secteur précis qui la concerne. Mais, du point de vue de la spécificité interdisciplinaire de notre équipe, on n'en sera pas moins sensible à la prescription suivant laquelle : « les instances chargées respectivement de la gestion des risques environnementaux et des risques professionnels auraient intérêt à collaborer pour éviter une séparation artificielle entre santé environnementale et santé au travail, entre le périmètre de l'entreprise et son extérieur »<sup>77</sup>.

---

<sup>74</sup> Cette responsabilité, composante de base de l'autonomie, doit être entendue en un sens tout différent de celle qui signifierait une responsabilisation des coupables, c'est-à-dire des personnes à comportement à risque. Raymond Massé, *Contributions et limites du principlisme dans l'analyse des enjeux éthiques en promotion de la santé*. L'UHPE-Promotion and Education, hors série, 2001.

<sup>75</sup> p. II – 132 /133.

<sup>76</sup> N. Krieger Society, biology and the logic of social epidemiology, Int J Epidemiol, 2001.

<sup>77</sup> p. II – 137.

### **1.3) QU'ENTENDRE PAR ENVIRONNEMENT AU TRAVAIL ?**

Affirmer la nécessité de la prévention et promouvoir une véritable politique de santé au travail tout en regrettant l'insuffisante identification des déterminants sociaux pose, effectivement, la question de la définition de cet environnement.

D'un point de vue sanitaire, l'environnement au travail s'impose tout d'abord, par la réalité économique de ses conséquences en France. « La montée des congés-maladie illustre des relations sociales durcies » pouvait titrer le journal *Le Monde*, en juin de l'année 2004<sup>78</sup> constatant l'aggravation d'un phénomène qui dure depuis déjà quelques années. En effet, les dépenses d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale pour les arrêts-maladies des salariés du privé entre 1997 et 2002, ont augmenté de 46 % dépassant cette année-là 5 milliards d'euros sur les 96 milliards de dépenses maladie du régime général de la Sécurité Sociale. Ce qui représente 6,7 millions d'arrêts de travail. Une hausse, précise le journal, qui « reflète moins une montée de la fraude que le vieillissement des salariés et une croissance des pathologies psychologiques » pour couper court à la tentation des pouvoirs publics de trouver le bouc émissaire adéquat<sup>79</sup>. La réalité est, en effet, plus complexe. Selon Daniel Lenoir, directeur général de la CNAMETS, « la fraude ne représenterait que 6 % des indemnités versées. Mais, faute de moyens et d'effectifs, les médecins conseils de la Sécurité sociale reconnaissent qu'ils ne contrôlent en réalité que 0,5 % des absences de courte durée. Cette proportion d'arrêts non justifiés est en partie confirmée par les chiffres de la société Securex, qui pratique des contrôles à la demande des entreprises ». Cependant les sociétés interrogées par *Le Monde* ne confirment pas le diagnostic pessimiste de la CNAMETS. Les groupes PSA Peugeot Citroën, Alcatel, Axa, AGF ou BNP Paribas, par exemple, n'ont pas constaté de dérives particulières au cours des cinq dernières années. Quant à EDF et Gaz de France qui a mis en place un observatoire depuis 1978, dans le cadre d'un régime spécial propre aux industries électriques et gazières (IEG) assurant à la fois le paiement et le contrôle des prestations, le rapport du service général de médecine de contrôle établi pour 2003 ne mentionne pas non plus une aggravation de la situation. Le taux d'absentéisme pour des arrêts de courte durée est juste passé de 2,71 % en 1999 à 2,77 % en 2003, pour une durée moyenne d'absence respectivement de 9,9 jours à 10,1 jours. Ce sont là des entreprises particulières, chacun le sait. Car, au niveau national, la réalité financière du phénomène se traduit, au premier abord, par des chiffres accablants.

Quelles en sont les raisons ? Selon le rapport, publié en octobre 2003 par l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'accroissement et surtout le vieillissement du nombre de salariés expliquent cette progression hors norme, de l'ordre de 8 % à 10 % par an<sup>80</sup>. Selon les experts, les indemnisations pour les absences de

<sup>78</sup> Cf. *Le Monde*, édition daté du 8 juin 2004, « La montée des congés-maladie illustre des relations sociales durcies », par Michel Delberghe.

<sup>79</sup> Selon Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé, il suffirait, de renforcer les contrôles pour réaliser 20 % d'économies, soit 1 milliard d'euros par an. Telle est l'orientation qu'il préconise le 1er juin 2004. Selon lui, « les quelques médecins et salariés qui abusent doivent être sanctionnés », quitte à ce que ces derniers soient condamnés à rembourser les indemnités indûment perçues. Quant aux médecins les plus prescripteurs, « deux ou trois par département », selon le ministre, ils pourraient être suspendus de prescription d'arrêts-maladie.

<sup>80</sup> Michel Quesnot, responsable de la société Mercer HCR qui propose des contrats de prévoyance aux entreprises, interrogé par *le Monde*, relève que les remboursements complémentaires pour arrêts-maladie, en progression de 10 % à 15 % au cours du printemps 2004, pourraient dépasser la hausse des autres dépenses de soins et de santé. Avec pour conséquence une augmentation de la contribution des entreprises. Il confirme que cette demande émane essentiellement des salariés les plus âgés, "ceux qui sont contraints de rester au travail alors qu'ils auraient été mis à la retraite il y a deux ans", souligne-t-il.

longue durée, supérieures à trois mois, ont creusé le déficit. « *4,5 % des assurés ont eu un total d'indemnités journalières supérieur à un an et ont consommé 43 % des dépenses* », relève l'étude.

Cette croissance des dépenses en valeur a certes été ralentie en 2003, atteignant 5,6 %, contre 13,3 % en 2002 - en volume, 213,5 millions de journées ont été indemnisées contre 200 millions en 2002. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) explique cet infléchissement, qui se confirme au premier trimestre 2004, par « *l'absence d'épisode épidémique et par la diminution des arrêts de courte durée* ». Parallèlement, c'est cela que nous retiendrons dans la perspective de notre enquête, les dépenses pour les accidents du travail et les maladies professionnelles continuent de progresser, de l'ordre de 60 % en cinq ans : elles sont passées de 1 milliard d'euros en 1997 à 1,6 milliard en 2002. De même, il n'est pas sans intérêt de relever que chez Philips France, où les arrêts-maladie représentent la moitié du taux de 6 % ou 7 % d'absentéisme chronique, la direction des ressources humaines qui a relevé une augmentation de 10 % à 15 % des remboursements de médicaments et de soins dentaires ou optiques concède pour explication le fait que cette demande émanerait pour l'essentiel de salariés concernés par des procédures de restructurations ou de cessions. Dans le même ordre d'idée, l'étude d'octobre 2003 (IGF-IGSA) relève une augmentation sensible des pathologies dites d'origine psychiatrique, parmi les causes d'absence les plus fréquemment invoquées, essentiellement par le personnel féminin, pour qui elles représentent plus de la moitié des causes de longue maladie. Difficilement mesurables, ces maladies psychologiques, liées au stress, au harcèlement, et à l'intensification des charges de travail, donnent lieu à une recrudescence des arrêts. Pour certains observateurs, le phénomène serait pour partie lié à la mise en place des 35 heures, qui a induit en contrepartie une flexibilité accrue des tâches, une piste confirmée par de nombreux chercheurs, économistes ou sociologues, dont Philippe Askenazy, Dominique Tonneau<sup>81</sup> ou Jean-Louis Laville<sup>82</sup>. On en retiendra, pour notre part, l'existence d'effets santé, résultant de rapports au travail dont on peut dire qu'ils sont socialement déterminés dans un système économique particulier ; auxquels il faut ajouter les effets d'un management subi.

Pour présenter quelques critères sur lesquels est susceptible de s'appuyer une notion environnementale des déterminants de la santé au travail, on peut se référer à l'avance prise en ce domaine par les Canadiens, ou se reporter aux études coordonnées et diffusées par l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail basée à Bilbao en Espagne.

Les éléments suivants seront, pour la plupart, empruntés à des communications et exposés préparés pour une conférence sur « déterminants sociaux de la santé » tenue à Toronto en novembre 2002<sup>83</sup>.

---

<sup>81</sup> Dominique Tonneau a réalisé, en 2003, un rapport sur l'application des 35 heures dans les hôpitaux publics. Ses conclusions sont accablantes en termes de conditions de travail. Cf. "Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ?", Ministère de la solidarité, DREES, 2004. De même : "Les réticences à entrer dans le cadre légal des 35 heures", Y. Jorand, D. Tonneau, B. Doerflinger, F. Fort, J.M. Gelin, M. Maufroy, M. Pépin, Ministère du travail, DARES, 2005.

<sup>82</sup> Jean-Louis Laville, *Une Troisième voie pour le travail*, ed. Desclée de Brouwer, Collection : Sociologie économique, Paris, 1999, 224 p.

<sup>83</sup> Notamment, Andrew Jackson, économiste principal, Congrès du travail du Canada, et de Michael Polanyi, professeur adjoint, Saskatchewan Population Health Research and Evaluation Unit, et Faculté de kynésiologie et d'études sur la santé, Université de Regina. Cf. Jackson A. *The Unhealthy Canadian Workplace*, document présenté lors de la conférence sur « *les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie* », tenue à Toronto en novembre 2002.

Le secteur des études environnementales de la santé s'est, en effet, développé autour de la sphère économique et sociale dans la mesure où la recherche a recueilli de plus en plus de preuves manifestes qu'une meilleure situation sociale et économique allait de pair avec une meilleure santé. En réalité, ces deux éléments semblent être les déterminants les plus importants de la santé. Sur le plan économique, un certain nombre d'études ont pu montrer que la répartition des revenus dans une société peut être un déterminant beaucoup plus important de la santé que le total des revenus gagnés par les membres de la société. Il en résulte que le niveau de richesse d'une collectivité ne signifie pas tout et que la notion d'équité intervient. Quant à la situation sociale, elle joue au premier chef tant par l'emploi que par les conditions d'exercice de celui-ci.

On évoquera, ci-dessous, quelques-unes des conditions de travail répertoriées comme les plus importantes pour savoir si un travail est sain ou non.

#### **A) AVOIR UN TRAVAIL OU PAS... LA QUESTION DE LA SECURITE DE L'EMPLOI**

En premier lieu, se présente la question de l'obtention d'un travail et de la sécurité d'emploi, avec en arrière fond la question des revenus minimums. Les travailleurs dont les emplois sont précaires (ex. : les temporaires, les temps partiels et les emplois de survie faiblement rémunérés) ou qui essaient de trouver un meilleur emploi, mieux adapté à leurs compétences et qui, de ce fait, doivent faire face à des niveaux élevés d'insécurité ou à de fréquentes périodes de chômage temporaire, apparaissent plus exposés aux problèmes de santé. Dans les familles défavorisées, où les travailleurs évoluent autour du seuil de pauvreté au gré des embauches ou des pertes d'emplois excluant pratiquement toute perspective d'une stabilité à long terme et d'une sécurité de revenus, les facteurs de risque sont aggravés (Cf. Finnie, 2000). A ce niveau, selon les degrés de protection sociale publique en vigueur dans les Etats, les conséquences s'enchaînent de manière plus ou moins dramatique. Le manque d'accès à des régimes d'assurance-maladie et de retraite d'employeur est une réalité dans les pays d'économie ultralibérale, entraînant ces laissés-pour-compte dans une spirale aggravante. Ainsi, faut-il savoir qu'au Canada, moins de la moitié des travailleurs non syndiqués ont accès à l'assurance médicale, dentaire et invalidité. La crainte de perdre leur emploi y produit des effets d'autant plus redoutables que les exigences en matière de délai de carence du programme d'assurance-emplois sont élevées, éliminant la majorité des travailleurs qui occupent des emplois précaires, les plus demandeurs de soutiens financiers. A cela, il faut ajouter, à la différence de la France, le manque de programmes de formation pour les chômeurs ou les travailleurs en quête de mobilité professionnelle<sup>84</sup>. Dans le même ordre d'idées, les droits à congé annuel et aux régimes de retraite progressive au Canada sont assez limités comparativement à ceux de nombreux pays d'Europe. Ces facteurs ont des répercussions directes sur le stress et sur la santé mentale et physique<sup>85</sup>.

De fait, l'hypothèse d'associer le chômage, le sous-emploi, un travail instable ou stressant à une fragilisation de la santé, présupposant que les gens qui disposent de plus de pouvoir sur leurs conditions de travail ou qui sont soumis à moins de stress au travail sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que ceux qui sont exposés à davantage de stress ou de

---

<sup>84</sup> Les dépenses publiques de formation au Canada correspondent à 0,2% du PIB, comparativement à 6% au Danemark et à 4% en Suède (Jackson et Robinson, 2000).

<sup>85</sup> Cf. Jackson A., Why We Don't Have to Choose Between Social Justice and Economic Growth: The Myth of the Equity-Efficiency Trade-Off, Conseil canadien de développement social, voir [www.ccsd.ca](http://www.ccsd.ca), 2000.

risques au travail, a été prouvée. Une importante étude réalisée pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé a permis de constater que les niveaux élevés de chômage et d'instabilité économique dans une société sont à l'origine de problèmes de santé mentale importants et d'effets néfastes sur la santé physique des personnes au chômage, de leur famille et de leur collectivité. L'emploi précaire est source de stress à la fois en raison du manque de revenus et d'un travail peu intéressant, de perspectives d'avenir incertaines et souvent d'une dégradation des réseaux de soutien social<sup>86</sup>.

De même, a-t-on constaté dans une étude longitudinale menée auprès des fonctionnaires britanniques, que ceux qui éprouvaient de l'insécurité à l'égard de leur emploi étaient en moins bonne santé et affichaient des taux plus élevés d'hypertension, de maladies de longue durée, de morbidité psychiatrique légère et de symptômes pathologiques généraux que ceux qui n'éprouvaient pas d'insécurité<sup>87</sup>.

L'emploi s'est révélé avoir un effet marqué sur la santé physique et mentale. Non seulement, le travail rémunéré permet de gagner de l'argent, mais il procure aussi un sentiment d'identité sociale et d'utilité génératrice d'une image de soi positive, il fournit l'occasion de tisser du lien social et de nourrir des contacts propices à la croissance et l'épanouissement personnel. « *Quand une personne perd ces avantages, les résultats peuvent être dévastateurs, aussi bien pour sa santé que pour celle des membres de sa famille. Les chômeurs ont une espérance de vie moins longue et ont nettement plus de problèmes de santé que les personnes qui ont un emploi* ». Ce qui signifie qu'une bonne insertion au groupe, quel que soit la nature de ce groupe, est préférable à l'exclusion. Leçon à retenir pour ce qui sera de l'effet du vécu des salariés au sein de l'entreprise.

Outre, ce préalable de l'emploi, influent, ensuite, d'autres facteurs relevant de l'intégration pour lesquelles des études ont été menées dans le même sens, comme :

- le niveau de revenu et le statut social
- les réseaux de soutien social
- l'éducation et la culture

Bien sûr, à conditions de travail égales des recherches ont été menées pour évaluer les rôles et le poids respectif des habitudes de santé et de la capacité d'adaptation personnelle, du développement de la petite enfance, du patrimoine biologique et génétique, des différences de sexe, ainsi que celui de l'environnement en termes de services de santé de proximité. Liste qui est sujette à des modifications au rythme des progrès de la recherche sur la santé de la population.

Restent, à présent, les facteurs d'atteinte à la santé propres aux conditions matérielles et psychologiques du travail pour ceux qui en ont.

## **B) LES CONDITIONS MATERIELLES AU TRAVAIL**

Poursuivre la liste des éléments constitutifs de la définition de l'environnement travail conduit à citer successivement : la dangerosité des activités, des métiers, des postes ou des branches industrielles - que cette dangerosité soit physique, chimique, biologique ou bactériologique, voire sociale (police, armée), et qu'elle soit propre au contenu du travail ou

---

<sup>86</sup> Cf. Organisation mondiale de la santé, *Labour market changes and Job Insecurity*, Regional Publications/European Series, 1999, no 81.

<sup>87</sup> Cf. Ferrie JE., Shipley MJ., Marmot MG., Stansfeld S., et Smith G., *The health effects of major organisational change and job insecurity*, Social Science & Medicine, 1998, vol. 46, no 2, p. 243-254.

au milieu dans lequel s'exerce ce travail quand ce n'est pas les deux réunis, c'est-à-dire toutes formes de travail non sécuritaires - ; la durée et les heures de travail ; le rythme de travail et l'intensification des tâches ; les limitations à l'expression et à l'enrichissement personnel au travail ; les déséquilibres entre vie privée et travail ; le stress ; voire la présence et l'importance des politiques publiques dédiées à ce sujet. On n'évoquera que quelques uns de ces éléments.

- Le milieu physique : On associe les blessures corporelles à des tâches physiquement exigeantes, notamment dans les secteurs de la fabrication et du bâtiment. La liste des secteurs ou des branches à risque est une donnée parfaitement établie et répertoriée aussi bien en France que dans de nombreux pays, notamment au niveau européen. Au Canada, en 1998, 793 000 blessures professionnelles ont été officiellement enregistrées (plus de trois fois le nombre total de blessures dues aux accidents de la circulation), ainsi que 798 décès au travail. On a observé une fréquence nettement plus marquée de microtraumatismes répétés chez les travailleurs de bureau et de l'industrie<sup>88</sup>. Il y a été constaté qu'un travailleur sur trois (34,1%) signalait des répercussions négatives sur la santé découlant de l'exposition à un risque professionnel et une minorité importante de travailleurs était exposée à la poussière, à des produits chimiques dangereux, à des bruits intenses ou à un air de piètre qualité, pollué par des contaminants environnementaux (notamment les solvants ou les fumées). Il n'en demeure pas moins que l'on a observé des taux de blessures également élevés dans des secteurs comme la vente au détail, la santé et les services sociaux. De nouveaux risques apparaissent de nature purement physique, encore sous-déclarés et sous-indemnisés. Les blessures aux tissus mous, par exemple, découlant de microtraumatismes répétitifs, touchent les femmes notamment dans la catégorie des services et du travail de bureau.

- Le rythme de travail : On y reviendra plus explicitement ultérieurement, il existe un lien entre la combinaison d'exigences psychosociales élevées et de faible niveau de contrôle sur les conditions de travail, d'une part, et les effets néfastes sur la santé voire des taux plus élevés d'accidents du travail, d'autre part (Karasek et Theorell, 1990)<sup>89</sup>. La dangerosité intrinsèque des activités n'est donc pas seule en cause. « *Même là où le travail est exigeant physiquement, les risques de blessures sont moindres si les travailleurs peuvent modifier leur rythme de travail, faire une pause au besoin et dire leur mot dans la conception des postes de travail* » (Jackson, 2002). En 2000, 35% des travailleurs canadiens ont déclaré ressentir du stress au travail en raison d'exigences trop nombreuses ou d'un trop grand nombre d'heures, comparativement à 27,5% en 1991. Ce genre de stress est le plus élevé chez les professionnels et les gestionnaires, soit 49% et 48% respectivement, mais demeure assez intense chez les cols bleus (28%) et ceux qui travaillent dans la vente et les services (29%). Dans l'industrie, l'incidence du stress dû à un trop grand nombre de demandes ou d'heures est le plus élevé dans les secteurs de l'éducation, de la santé et des services sociaux, soit plus de 40%. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de signaler des niveaux élevés de stress provenant d'une surcharge de travail et d'un niveau de faible à moyen d'influence sur les décisions au travail<sup>90</sup>.

On a établi un lien entre les niveaux élevés de stress professionnel et un risque accru de blessures corporelles au travail, de tension artérielle élevée, de maladies cardio-vasculaires, de

---

<sup>88</sup> Cf. Jackson, 2002, *loc. Cit.*

<sup>89</sup> Cf. Karasek R., et Theorell T., *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990.

<sup>90</sup> Cf. Réseau canadien de recherche en politiques publiques, 2002. voir [www.QUALITEtravail.ca](http://www.QUALITEtravail.ca)

dépression et autres pathologies de santé mentale, ainsi que l'augmentation des habitudes défavorables en matière de santé personnelle, par exemple le tabagisme et l'alcoolisme<sup>91</sup>. Dans diverses études, les niveaux de tension au travail laissent prévoir toute une gamme de résultantes sur la santé : santé mentale, cancers, conséquences sur la grossesse, maladies périodontiques (Jones, Bright, Searle et Cooper, 1998 ; Kristensen, 1995)<sup>92</sup>. Nombre de chercheurs ont pu établir un lien entre la tension au travail et les résultats et indicateurs de la maladie coronarienne (Karasek et Theorell, 1990). Dans une analyse menée en 1994 par Schnall et ses collègues, on a constaté que 16 études sur 22 révélaient une association entre les tensions au travail et la maladie coronarienne<sup>93</sup>. On a observé un rapport plus fort chez les cols bleus (comparativement aux cols blancs) et plus constant chez les hommes que chez les femmes<sup>94</sup>.

- Les heures de travail : un lien a été établi entre les horaires de travail très longs et l'hypertension artérielle ou les maladies cardiovasculaires. Si la RTT avec le passage aux 35 heures, en France, a eu paradoxalement des effets pervers sur la santé via une intensification du travail, la suppression des temps morts qui entretenaient le lien social et la convivialité (cafétéria), des remises en cause d'aménagement d'emplois du temps dommageables à la vie privée, un manque de contrôle sur les heures de travail (horaires imprévisibles) source de stress, à l'inverse, des horaires de travail plus longs peuvent surtout avoir des effets néfastes. On l'a spécialement constaté sur les comportements en matière de prise de risques, par exemple le tabagisme, l'alcoolisme et une mauvaise alimentation<sup>95</sup>. Là aussi, et avec peut-être davantage d'effets négatifs que pour les 35 heures, les horaires de travail prolongés s'avèrent être à l'origine d'un risque élevé de conflit et menacent l'équilibre entre le travail et la vie familiale ou sociale. De même a-t-on observé que le travail par quart est lié à des troubles du sommeil et de la digestion, aux maladies cardiovasculaires, aux comportements malsains et au stress découlant du conflit travail-famille<sup>96</sup>.

Les horaires prolongés sont plus fréquents chez les employés des catégories professionnelles d'encadrement et de gestion, les fonctionnaires et les travailleurs des services sociaux et chez les cols bleus qualifiés (les premiers effectuant souvent des heures supplémentaires non rémunérées, les derniers les ayant plutôt rémunérées). Les travailleurs autonomes tendent également à travailler de très longues heures. Au Canada, ces employés font maintenant en heures supplémentaires non rémunérées l'équivalent d'une journée par semaine. Les longs déplacements domicile-travail et le fait qu'on s'attende à ce qu'ils emportent du travail à la maison s'ajoute aux horaires surchargés. Près d'un travailleur canadien sur cinq travaille désormais à domicile en plus de son horaire normal<sup>97</sup>. De plus, les horaires de travail prolongé ont pour contrepartie une imprévisibilité accrue des horaires chez les travailleurs qui occupent des emplois précaires. Dans leur majorité, les études canadiennes relèvent que les employés à

<sup>91</sup> Cf. Jackson, 2002, *loc. cit*

<sup>92</sup> Jones F., Bright Jeh., Searle B., et Cooper L., "Modelling occupational stress and health: The impact of the demand-control model on academic research and on workplace practice", *Stress Medicine*, 1998, no 14, p. 231-236. Kristensen T., "The demand-control-support model: Methodological challenges for future research", *Stress Medicine*, 1995, no 11, p. 17-26.

<sup>93</sup> Schnall P.S., Landsbergis P.A. et Baker D., "Job strain and cardiovascular disease", *Annual Review of Public Health*, 1994, no 15, p. 381-411.

<sup>94</sup> Theorell T., Stress and health - from a work perspective, dans Dunham J., (dir.), *Stress in the Workplace: Past, Present, Future*, Londres, Whurr Publishers, 2001.

<sup>95</sup> Cf. Statistique Canada, « Les longues heures de travail et la santé », *Le Quotidien*, 16 novembre, 1999a.

<sup>96</sup> Cf. Institut de recherche sur le travail et la santé, *Fact Sheet on Shift Work*, 2002, voir : [www.iwh.on.ca](http://www.iwh.on.ca).

<sup>97</sup> Cf. Jackson A. et Robinson D., *Falling Behind: The State of Working Canada 2000*, Centre canadien de politiques alternatives, 2000.

temps partiel travaillent le soir et la nuit et la fin de semaine, et pour le reste ont des horaires imprévisibles. Actuellement, trois employés canadiens sur dix (30% des hommes et 26% des femmes) ont des horaires de travail atypiques. Les secteurs comme le commerce, les services d'aide sociale ou ceux des soins de santé sont particulièrement exposés à ces emplois du temps éclatés.

- L'équilibre travail-vie : Plusieurs études ont constaté une augmentation du stress qui résulte de conflits entre le travail, notamment les horaires prolongés et moins prévisibles, et le mode de vie. Ces conflits qui provoquent un niveau élevé de stress et génèrent d'autres effets négatifs sur la santé surgissent souvent à l'occasion de l'incompatibilité des horaires de travail et de ceux de la famille. Ils sont davantage notables chez les parents<sup>98</sup>. Très logiquement, les confrontations entre horaires de travail prolongés et moins prévisibles, d'une part, et des exigences professionnelles élevées, d'autre part, sont particulièrement susceptibles de produire leurs effets dans les familles où les deux conjoints travaillent, ainsi que dans les familles monoparentales. Dans l'un et l'autre cas, ce sont les femmes qui assument la grande part de ce fardeau<sup>99</sup>. Selon les études canadiennes, plus du tiers des mères de 25 à 44 ans qui travaillent à plein temps et ont des enfants à la maison mentionnent que leur horaire leur impose un stress intense et il en est de même d'environ le quart des hommes. Approximativement les deux tiers des parents qui travaillent à plein temps disent aussi être insatisfaits de l'équilibre travail-vie familiale. Les pères, tout autant que les mères, ont imputé leur insatisfaction au fait de ne pas avoir assez de temps pour leur famille<sup>100</sup>.

Même si certains employeurs offrent des solutions souples qui répondent aux besoins familiaux des employés, les emplois à temps partiel, pour la plupart, n'offrent pas cet avantage<sup>101</sup>.

- Politiques de santé publique et recherches : Où situer la limite des éléments constitutifs des déterminants sociaux de la santé au travail ? On peut aller sans difficulté jusqu'à intégrer le domaine des politiques publiques de santé. Elles constituent, en effet, un environnement réglementaire capable d'influencer les conditions matérielles d'exercice des professions et de favoriser les parcours thérapeutiques nécessaires. A un premier degré, le secteur de la santé a un rôle direct pour créer de saines conditions de travail pour ses propres employés, il joue également un rôle indirect dans ce qui a trait à la défense et à l'appui de politiques et pratiques concernant le milieu de travail et le marché du travail, pratiques favorables à la santé de tous les travailleurs. Cela englobe des politiques et des pratiques répondant aux caractéristiques issues des recherches et plus ou moins reprises par les représentations nationales dans la sphère des débats démocratiques et des politiques publiques, notamment du droit du travail, d'une médecine du travail, des réglementations professionnelles et des revendications syndicales.

En effet, une recherche plus ou moins développée en ce domaine et la diffusion des résultats de ces recherches contribue, indubitablement, à créer un environnement favorable aux progrès en matière de prévention. Tout d'abord, en suscitant les prises de conscience indispensables,

<sup>98</sup> Duxbury L. et Higgins C., Enquête nationale sur le conflit entre le travail et la vie personnelle - 2001, Santé Canada, voir [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca), 2002. Ainsi que, Ertel M., Pech E. et Ullsperger P., Telework in perspective – new challenges to occupational health and safety, dans Isaksson K., Hogskdt C., Eriksson C., & Theorell T. (dir.), Health Effects of the New Labour Market, p. 169-182, New York, Kluwer Academic, 2000.

<sup>99</sup> Cf. Jackson, 2002, *loc. cit*

<sup>100</sup> Cf. Statistique Canada, *Loc. cit.*, 1999b

<sup>101</sup> Cf. Jackson, 2002, *loc. cit*

ensuite, en donnant des arguments à ceux qui ont intérêt à faire progresser la législation pour la protection de leur santé et celle de leurs proches. On l'a vu dernièrement à maintes occasions, l'information sur les causes de maladies graves résultant de l'exercice d'une profession dans un milieu contaminant contribue à soulever les mouvements de mécontentement et de protestation pour obtenir réparation. Les cas d'exposition à l'amiante<sup>102</sup> ou d'irradiation sont les plus spectaculaires, mais l'ensemble des données relatives aux facteurs portant atteinte à la santé liée à une profession ou aux conditions dans lesquelles elle est exercée vient nourrir le débat syndical, social puis politique. C'est toute la résultante qu'offre l'appareillage social d'une nation qui est concernée. Et l'on peut pousser ce lien de causalité jusqu'à intégrer sa nature démocratique et son degré d'intégration politique comme un contexte plus ou moins porteur pour la préservation de la santé. En effet, tous les environnements du travail se trouvent concernés par cette approche globale : l'éducation et le degré de scolarisation, les offres de formation professionnelle permanente, les niveaux de salaires décents, une meilleure sécurité d'emploi et des régimes de pension ou de protection sociale efficaces, une couverture d'assurance-maladie solide, une solidarité sociale effective envers les chômeurs et un appareil efficace de réinsertion, etc.. Mais aussi, une économie dynamique et apte à offrir un marché du travail favorisant les emplois à plein temps, des salaires et des avantages sociaux adéquats, une réduction de la sous-traitance et des intérimaires, tout en étant ouverte aux jeunes travailleurs pour leur offrir du travail stimulant et intéressant. Un univers au travail, enfin, qui fournit aux employés une meilleure reconnaissance.

#### **1.4) LE CLIMAT SOCIAL EST UN ENVIRONNEMENT**

La dimension de la reconnaissance du travailleur et celle du climat social sont, en effet, de plus en plus considérés comme des facteurs à prendre en compte. Lors de la conférence de Toronto, Polanyi dégage quatre orientations politiques jugées indissociables pour contribuer à la création d'environnements de travail sains et productifs : outre l'augmentation de l'offre de travail, la hausse des revenus, la meilleure harmonisation entre les obligations professionnelles et les responsabilités et deux ou moins extra professionnelles, il mentionnait de « *mieux apprécier ou impliquer les travailleurs en tant que participants actifs et valorisés* »<sup>103</sup>.

À un premier degré, cette participation peut être comprise de manière institutionnelle et collective à travers la plus ou moins grande réalité de constitution des Comités d'hygiène et de sécurité et de leur rôle effectif. Ainsi, la présence ou l'absence de convention collective sur le marché des emplois précaires pour prendre cet exemple, peut favoriser ou miner la capacité

<sup>102</sup> Le problème que l'affaire de l'amiante a révélé va au-delà des controverses autour de la reconnaissance dans la mesure où les grandes structures de prévention de risques professionnels tels que l'INRS et les CRAM sont normalement des structures cogérées par les employeurs et les syndicats. Or, à aucun moment ces structures ne se sont inquiétées d'une telle épidémie. Pire encore, les associations de victimes telle que *la Fédération nationale des accidentés du travail* n'ont rien vu venir. L'affaire de l'amiante est emblématique du sujet qui nous occupe : outre la remise en cause de la prévention des risques professionnels et du système de reconnaissance des maladies professionnelles, elle montre surtout la défaillance de tout le système dominé par une logique de « réparation ». On en voudra pour preuve, d'ailleurs, la manière dont l'affaire a pu éclater au grand jour et s'étaler sur la place publique ; avant tout parce qu'elle a été une affaire de chercheurs. Les syndicats et les politiques n'y ont réellement été pour rien.

<sup>103</sup> Polanyi M., *Employment and Working Conditions: A Response*, exposé présenté lors de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, tenue à Toronto en novembre 2002.

des travailleurs à façonner leurs conditions de travail dans ce secteur<sup>104</sup>. Dans la même veine, on peut considérer que la plus ou moins grande efficacité des CHSTT permet de réduire les taux de blessures et d'invalidité.

Les recherches canadiennes intègrent donc la participation et les relations au travail parmi les facteurs constitutifs des déterminants environnementaux de la santé au travail. Mais nous abordons là une question encore peu explorée, et davantage encore sous l'angle macro-économique et institutionnel que sous l'angle managérial au niveau des unités de production. Ces chercheurs le reconnaissent : « *Même si les relations sociales sont un aspect important de la vie professionnelle, nous ne disposons que de peu de renseignements précis sur cette dimension* ». Tout juste observent-ils que certains lieux de travail ouvrier « *se sont ‘déhiérarchisés’ pour devenir moins aliénants, par l’élimination des surveillants subalternes et l’enrichissement des tâches* ». Toutefois, l'incidence globale des innovations en matière de pratique du travail est très faible (Betcherman, McMullen et Davidman, 1998 ; Applebaum, 1997)<sup>105</sup>. Mais leur constat porte davantage sur l'étendue de l'adoption des nouvelles méthodes de gestion des ressources humaines que sur leur impact réel sur la santé. Ainsi, notent-il que 10% seulement des milieux de travail ont adopté le concept des équipes autogérées et à peine 32%, des modèles de travail assouplis<sup>106</sup>.

Il n'en demeure pas moins, que la question du risque organisationnel dans les relations de travail est posée<sup>107</sup>. Elle se développe rapidement dans l'Union européenne et a même fait l'objet d'un colloque international, les 22-23-24 novembre 2004, à Nancy, Metz et Mondorf-Les-Bains au Luxembourg, sur le thème : « Entreprise, Santé et Travail : homme et organisation un équilibre impossible ? »<sup>108</sup>. De plus en plus, en effet, la santé au cœur des enjeux de l'entreprise est acceptée comme une direction légitime d'investigation pour un progrès collectif.

Pour l'instant, la dimension psychologique de la souffrance au travail est considérée en tant que telle sans qu'il ne soit vraiment question d'établir le lien avec le management. Tout au plus, s'attache-t-on à la relation de cause à effet entre la nature des activités soumises à stress et l'organisation du travail, d'une part, et les effets sur la santé, d'autre part. Mais l'on peut déjà, ici, se référer à des progrès considérables.

---

<sup>104</sup> Cf. Sullivan T. (dir.). *Injury and the New World of Work*, UBC Press, 2000. Environ un travailleur rémunéré sur trois au Canada est couvert par les dispositions d'une convention collective. La protection est la plus forte dans le secteur public et dans les grandes entreprises privées, notamment dans l'industrie primaire, la fabrication, le transport et les sociétés de services publics.

<sup>105</sup> Betcherman G., Mc. Mullen K. et Davidman K., *La formation et la nouvelle économie : un rapport de synthèse*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 1998. Et, Appelbaum E., *The Impact of New Forms of Work Organization on Workers*, Economic Policy Institute, 1997.

<sup>106</sup> Cf. Jackson et Robinson, 2000, op. cit. Voir aussi, Why We Don't Have to Choose Between Social Justice and Economic Growth: The Myth of the Equity-Efficiency Trade-Off, *op. cit.*

<sup>107</sup> D'autres colloques organisés par la DARES ont également abordé le sujet bien avant, de même par le CEE en 2002.

<sup>108</sup> Congrès organisé par : Le Laboratoire de Psychologie de la Santé de l'Université de Metz, Le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) de Lorraine, Le Ministère de la Santé du Grand Duché du Luxembourg (Division de la santé au Travail), L'Ecole Nationale des Ingénieurs de Metz, La Préviade, L'Institut Européen de Sophrologie du Travail.

Et réalisé avec le soutien de : La Société Française de Psychologie (SFP), L'Association Française de Psychologie de la Santé (AFPSA), L'Association pour la Diffusion de la Recherche Internationale en Psychologie Sociale (ADRIPS), La Revue Francophone du Stress et du Trauma, L'Association de Langue Française pour l'Etude du Stress et du Traumatisme (ALFEST), La Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF).

## A) LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL : LE RISQUE ORGANISATIONNEL

Au cours des dernières décennies, les études sur la souffrance au travail en relation avec les questions organisationnelles se sont, en effet, considérablement développées, et les questions de santé mentale au travail sont devenues un sujet de préoccupation pour un nombre croissant de professionnels de santé. Philippe Davezies, du Laboratoire de médecine du travail de la Faculté de médecine de Lyon, s'est particulièrement penché sur ces problématiques. Il observe que cette inflation d'intérêt ne signifie pas pour autant que ce phénomène soit aisément compréhensible et que nous disposions des modalités de prise en charge adaptée. « *Construire ses modalités, précise-t-il, implique d'analyser ce qui s'est passé et essayer d'entendre ce qui s'exprime à travers les termes de souffrance au travail, de stress professionnel, de harcèlement moral* ».

Pour tenter cette analyse, nous lui emprunterons nombre des développements suivants. Tout d'abord, si l'on part des acquis de la littérature scientifique internationale, on constate que la littérature anglo-saxonne aborde la question sous l'angle du stress professionnel. Elle est organisée autour d'un modèle qui a émergé à la fin des années 70, le modèle de Karasek. Comme le note à juste titre P. Davezies, l'un des avantages de ce modèle est probablement sa simplicité par rapport à la complexité que proposait antérieurement la littérature. Il se contente de mettre en avant des facteurs : le niveau d'exigence et l'autonomie. Ainsi, a-t-on pu observer que le niveau d'exigence en lui-même n'est pas prédictif des pathologies du stress. Pour rendre compte de la souffrance au travail et des atteintes à la santé qui en résulte, il faut plutôt considérer l'autonomie dont disposent les salariés. Ce constat concerne tout particulièrement la problématique de notre étude dans la mesure où l'autonomie est ici considérée comme la possibilité de disposer d'un espace d'expérimentation dans lequel le sujet puisse s'éprouver et chercher des voies de son développement. Cette remarque vaut tout particulièrement à la lumière des observations cliniques de P. Davezies qui stipule : « *ce qui est ici en question, c'est le pouvoir d'agir, c'est-à-dire le pouvoir de se manifester comme un humain et non comme un rouage* ». Ainsi, les travaux anglo-saxons montrent que le risque de basculer dans la maladie physique ou mentale concerne avant tout les salariés qui sont soumis à un fort niveau de pression mais qui, surtout, ne disposent que d'espace d'expression et de développements très réduits. Ces caractéristiques visaient particulièrement à la fin des années 70 les ouvriers spécialisés, cible du stress professionnel dans les processus tayloriens. Mais à la fin des années 80, le modèle de Karasek s'est enrichi d'un nouveau facteur. Il s'agit du soutien social : la possibilité ou non de bénéficier du soutien technique et de la compréhension de la hiérarchie, de l'aide et de la solidarité des collègues. À tel point que l'absence de tel soutien, c'est-à-dire isolement au travail, a été détecté comme un facteur de dégradation de la santé. Pour notre étude, cela signifie que la déficience de relation et de communication à l'intérieur d'un espace de travail serait un facteur pathogène qui peut toucher toutes les catégories de salariés et non plus seulement les ouvriers spécialisés. Mais l'un des apports les plus déterminants pour la conduite de notre enquête revient à l'apparition, dans les années 90, du modèle de Siegrist qui met l'accent sur la reconnaissance. Notre enquête auprès des médecins généralistes, comme celle auprès des médecins du travail, confirme la pertinence de cette observation : le sentiment d'un déséquilibre entre la mobilisation et la rétribution, le sentiment d'injustice, apparaîtrait prédictif des atteintes à la santé. Une question qui concerne, ici encore, tous les salariés. C'est tout simplement le sentiment d'exploitation dont les données de l'INSEE ont montré qu'il était exprimé par plus de 50 % des ouvriers. Le phénomène nouveau est le partage de ce sentiment par des catégories sociales qui passaient antérieurement pour privilégiées. « *C'est ainsi que le sentiment d'exploitation est exprimé par 40 % des employés et, - chiffre tout à fait impressionnant - par 30 % des cadres supérieurs* ».

Nous sommes aujourd'hui confrontés à une diffusion à l'ensemble du monde du travail des phénomènes de la souffrance psychique. « *C'est ainsi, observe Philippe Davezies, que la première dépression reconnue par la sécurité sociale comme maladies professionnelles, dépression soldée par un suicide, a concerné un cadre supérieur* ». En réalité, le mécanisme juridique est plus subtil : il n'y a toujours pas de tableau dépression des maladies professionnelles. En revanche, un suicide peut être reconnu comme un accident du travail (et non comme une MP) car il constitue un geste soudain et extérieur, à la suite des remontrances, ou d'un mauvais climat social. Des cas de reconnaissance de ce genre ont déjà eu lieu par le passé (cf. plusieurs arrêts de la Cour de Cassation). Une telle reconnaissance, néanmoins, ne remet en rien en cause le système actuel et laisse telle quelle la question de la reconnaissance du stress ou de la dépression<sup>109</sup>.

Il ne s'agira pas, dans l'ensemble de nos enquêtes, de s'interroger sur les mécanismes médicaux par lesquels les formes de travail actuel font de l'isolement un danger pour l'identité et une menace pour la santé, mais de repérer d'un point de vue statistique les milieux où ces mécanismes ont le plus de chances de prospérer. Plus modestement, il s'agira, dans ce premier rapport, de proposer une phase exploratoire permettant de préparer l'investigation statistique ultérieure. A cette fin, les deux enquêtes réalisées auprès de deux types de professionnels de santé différents - les médecins généralistes et les médecins du travail - couvriront deux aspects de la construction des indicateurs. L'objectif étant de dépasser les frontières administratives des indicateurs liés au statut du travailleur tantôt considéré comme simple patient et tantôt considéré comme salarié d'une entreprise.

## **B) LES CAUSES EXOGENES DE SOUFFRANCE : LA REVOLUTION DU CLIENT-ROI OU L'ALIBI ?**

A y regarder de près, les évolutions actuelles de l'organisation du travail apparaissent, en effet, porteuses de transformations qui modifient le rapport au travail dans l'ensemble des secteurs du monde du travail et à tous les niveaux hiérarchiques.

Jadis, alors que l'organisation de la société industrielle était dominée par le taylorisme, l'injonction faite aux ouvriers était de se comporter comme des rouages. Dans ce système, la situation laissait peu de place à l'improvisation. L'essentiel de l'effort de rationalisation économique des industriels portait sur les processus de fabrication de masse, pour des produits standardisés, dédiés à des marchés de premier équipement. En ce temps-là, comme l'ensemble des besoins de première nécessité était en cours de satisfaction, l'activité de production était plus simplement prévisible, car le public qui découvrait la consommation achetait ce qu'on lui proposait. Nous n'étions pas encore entrés dans l'ère de la « société de consommation ». L'organisateur pouvait donc prétendre la prescrire dans le détail et traiter les salariés comme de purs exécutants.

« *Le tableau a radicalement changé, observe P. Davezies. L'industrie est aujourd'hui confrontée à des marchés de ré-équipement et donc à des clients avertis, dans une situation de concurrence exacerbée. Du point de vue des sciences de la gestion, les conditions de la performance en sont transformées. Elles ne tiennent plus aux économies d'échelles que*

---

<sup>109</sup> Voir aussi, P. Roy, « Une employée ‘harcelée’ jugée accidentée du travail ». *Le Quotidien du Médecin*, 2000, 6674, p.32 ; et « Suicide : le monde du travail en question », *Le Quotidien du Médecin*, 2002, 7054, p.14.

*permettait la production de masse d'objets standardisés mais à la capacité à adapter l'activité au plus près des variations quantitatives et qualitatives de la demande* ». Les rôles respectifs des directions, de l'encadrement et des agents sur le terrain en sont profondément affectés. Le pilotage par l'aval tend à se substituer aux modalités antérieures d'organisation. C'est, « La tyrannie du client roi ». Du moins celle-ci sert-elle d'alibi à la traditionnelle course au profit, dont on sait qu'en régime capitaliste il résulte de la plus-value ; c'est-à-dire, pour un salaire donné, d'une plus intensive exploitation de la force de travail. Néanmoins, sur un plan macro-économique, la féroceur du phénomène de domination du marché est devenue une réalité. Techniquement, l'activité de moins en moins effectuer sur ordre de l'encadrement est de plus en plus sous la pression directe du client, du patient, de l'usager. Partout, observe Davezies, le travail évolue sur le modèle du service. En effet, des études ont montré que la proportion de salariés dont le rythme de travail dépend d'une demande extérieure exigeant une réponse immédiate est passée de 28 % en 1984 à 54 % en 1998 ! Si bien que l'on parle désormais de serviciarisation du monde du travail<sup>110</sup>.

De cette évolution, résulterait de nouvelles contradictions dans l'organisation du travail qui viendrait aggraver le climat social entre l'encadrement et l'exécution. Puisque la performance d'une entreprise dépendrait désormais de la capacité à s'adapter en permanence aux variations, aux aléas, aux imprévus, fondant même sa stratégie sur le « juste à temps » et la mouvance permanente des collections qui a fait l'image de la société Zara, la croyance en la possibilité de prescrire le travail dans le détail des plus tenables. D'où une dé-légitimation latente de l'encadrement et un accroissement des tensions. En effet, l'appel à l'autonomie, à l'initiative, à la responsabilité du salarié qui découle de cette évolution est doublé d'une prise de conscience par l'encadrement de son incapacité croissante à prescrire le travail. Philippe Davezies avoue avoir, ainsi, assisté à un désengagement des hiérarchies vis-à-vis des modalités d'exécution du travail.

### C) L'ERE DU MANAGEMENT ET SES IMPLICATIONS DANS LE CLIMAT SOCIAL

« L'organisateur a cédé la place au manager » observe-t-il avec pertinence. En effet, l'organisateur prétendait connaître le travail ; le manager n'a plus cette prétention. Son bagage est constitué de savoirs décontextualisés, sans lien avec les contenus techniques des activités qu'il doit encadrer. Bien que cette distinction soit pour le moins idéalisée, et qu'il vaille mieux la percevoir en terme d'aggravation de degré que de rupture de nature,<sup>111</sup> l'ère du manager continue ou poursuit bien le processus de rationalisation mais, cette fois-ci, sur les dimensions sociales de l'organisation en estimant que cette dernière ne peut être efficace ou rentable sans que ses membres ne participent ou ne soient engagés dans un tel mouvement. On y reviendra plus loin, sa formation largement faite d'un mixage d'outils de gestion et de fragments de sciences humaines constitue davantage une sorte de technologie politique adaptée à l'évolution du travail et à la nouvelle nature des salariés. Si bien que le principe d'organisation probablement le plus répandu aujourd'hui est « débrouillez-vous ! ».

---

<sup>110</sup> Cette notion et cette évolution seront développées plus en détail dans la partie consacrée aux médecins du travail.

<sup>111</sup> Ce point de vue qui voudrait différencier l'organisateur du manager prétend que, dans la période dominée pour l'essentiel par l'organisation taylorienne du travail, la connaissance que l'organisateur avait de l'activité des salariés était plus fine. Tel n'est pas le cas. L'organisateur partait d'une idée théorique et abstraite de l'activité du travail notamment sur ses aspects les plus structurants – cadences, rythme, coordination, parcellisation, etc. – l'objectif étant de pouvoir standardiser les processus de production mais négligeait les dimensions plus sociales car considérées peu formalisables.

Mais cela signifie, comme le relève toujours P. Davezies, que l'évolution du travail oblige à faire appel à l'indigence de salariés. Cette nouvelle donne qui traduit effectivement des mutations profondes dans la structure du processus de production ne peut manquer d'affecter, à terme, la structure du pouvoir dans l'entreprise. Tout tend dans le management actuel à imaginer les meilleures techniques de motivation et d'implication du personnel dans la vie de l'entreprise. On exacerbe et on valorise d'une part la mobilité, et dans un mouvement inverse on fait tout pour que le salarié s'identifie à sa société. Les cadres bien sûr, sont spécialement visés par toute cette batterie d'activités ludiques, extrêmes ou grégaires, saut à l'élastique, marche sur braise, week-end en mer, et autres retraites de sophrologie ou de méditation destinées à souder le groupe et à renforcer l'esprit d'équipe. De même, le management utilise-t-il les plans d'actionnariat salarié à des fins similaires. C'est un phénomène irréversible dont on mesure mal les implications. Pour l'heure, dans les entreprises les plus modernes, la perspective d'extension d'un actionnariat salarié organisé conduira inévitablement à donner aux salariés des droits indépendants de leur situation patrimoniale. Ce phénomène ne peut que s'accentuer en raison du glissement du technique et financier vers le capital « intelligence ». Ce dernier joue, en effet, de plus en plus un rôle stratégique dans la vie d'une entreprise. L'exemple type est celui de l'ingénieur informatique que toute entreprise prudente se doit de ménager pour qu'il ne passe pas à « l'ennemi » avec armes et bagages. L'exemple vaut pour d'autres catégories de salariés mais, pour l'heure, la remise en cause sous-jacente des rapports traditionnels de pouvoir et de soumission n'est pas prête d'être acceptée. Pourtant la nouvelle mentalité des salariés, devenus des co-entrepreneurs dans leur entreprise par le biais des plans d'actionnariat salarié évolue tout naturellement vers le désir d'être représentés démocratiquement. Souvent instaurés à des fins de stabilisation du personnel, d'intégration et d'identification à l'entreprise, et de mobilisation pour une meilleure productivité, ces plans peuvent être à doubles tranchants par leur succès même. On a observé à ce sujet le rôle d'information et de formation des associations d'actionnaires salariés. Il s'est révélé très important. Outre le désir de démocratie, s'est développée chez les salariés membres une responsabilisation vis-à-vis de l'entreprise. Cette évolution ne va pas sans poser des problèmes grandissants en termes de reconnaissance par la direction et, par la même, la perspective de profondes remises en cause des pratiques. En effet, on a observé la frustration que les employés éprouvent avec le lien de subordination subi en tant que salariés alors même que leur dignité d'actionnaires ne leur paraît pas suffisamment reconnue. La revendication est donc là, qui pointe. La casquette de l'actionnaire pousse le salarié à réclamer sa reconnaissance comme partenaire à part entière au sein de la direction de son entreprise. Ces deux phénomènes conjoints : la part grandissante de l'intelligence dans le travail et l'intégration du salarié par l'actionnariat, ne manqueront pas de heurter de front l'autorité et la hiérarchie traditionnelle. Cet exemple extrême illustre un problème bien plus général : plus la part de l'intelligence augmente dans le travail, moins l'indifférence est acceptée et acceptable. Car cette part confère à l'activité un contenu relationnel plus explicite, et à mesure que le travail en devient potentiellement plus intéressant la question du sens de l'activité devient, du même coup, beaucoup plus présente. Certains y voient un glissement vers la notion de service, perspective dans laquelle travailler suppose de se déterminer sur ce qui est bon pour celui que l'on doit servir. D'où une part grandissante des questions éthiques qui surgissent, au cœur de l'activité, à un niveau probablement jamais atteint dans les formes d'organisation antérieures. Aussi bien l'évolution des processus productifs conforme à la nature toujours plus qualifiée du travail, que les politiques de mobilisation et d'intégration du personnel, rompent avec la situation antérieure en ce que l'investissement de l'intelligence et de la personnalité dans le travail sont désormais requis par l'organisation du travail.

De telles évolutions qui peuvent légitimement être considérées comme favorables, entreront, il ne faut pas se le cacher, en contradictions avec de réelles questions de pouvoir. C'est la raison pour laquelle, elles trouvent rapidement leurs limites et aboutissent à des contradictions dans l'organisation sociale qui font obstacle aux aspirations montantes à l'accomplissement de soi.

Voilà pourquoi, alors qu'il semblait au premier abord que, voyant augmenter leur pouvoir d'agir, les salariés auraient dû bénéficier d'un effet positif sur leur santé physique et mentale - à en croire les travaux de Karasek -, il n'en a rien été. C'est que les perspectives d'accomplissement suggérées par les organisations du travail actuelles ne sont que fictives et peuvent se transformer en cauchemar pour une partie non négligeable des salariés. En effet, P. Davezies a parfaitement compris que le désengagement des hiérarchies vis-à-vis des modalités d'exécution du travail ne s'est pas traduit par le déploiement d'un laisser faire généralisé. Le contrôle ne s'est pas relâché. Bien au contraire, il s'est plutôt accentué. Mais il est surtout exercé selon des modalités différentes de ce que nous connaissions antérieurement. Il est assumé par des individus plus éloignés du métier qu'autrefois et il repose sur des indicateurs de plus en plus abstraits,<sup>112</sup> et selon des logiques financières qui se traduisent par une course permanente à la réduction des coûts et à l'accélération de la production. Si bien, que nous sommes confrontés à un paradoxe qu'on retrouve jusque dans les procédures d'expertise de l'administration : alors que les dimensions qualitatives prennent une importance croissante dans l'activité professionnelle, à l'inverse, les modes d'évaluation se réfugient sans cesse davantage dans les procédures d'évaluation purement quantitatives, statistiques et comptables à la manière d'un suivi des productions élémentaires jadis réalisées à la chaîne, dans le plus pur style taylorien. Le summum de ce paradoxe sévissant désormais dans le domaine de la recherche et de l'évaluation des chercheurs.

Résultats dans l'univers de l'entreprise : Le caractère réductionniste de cette approche se traduit par une incapacité des managers à prendre en compte l'ensemble des dimensions de l'activité. Ce qui ne manque pas de se traduire par une aggravation des frustrations de la part des intéressés.

#### **D) LA PRIVATION DE POUVOIR DE DECISION SUR SON PROPRE TRAVAIL COMME FACTEUR DE STRESS**

Il y a comme on l'a évoqué plus haut la question du statut du salarié dans le processus décisionnel de la société, mais il y a aussi la dimension relative au lien direct avec le travail en cours. Au premier chef, la souffrance au travail pour de nombreux salariés résulte, dans les conditions énoncées précédemment, d'un divorce entre une pression à l'abattage aggravée de restrictions sur les moyens et l'incapacité dans laquelle ils se trouvent de maintenir la qualité de leur travail. « *À tous les niveaux hiérarchiques, nous rencontrons des individus qui ne se reconnaissent pas dans les formes dégradées imposées à leur activité au nom des contraintes économiques. L'ensemble du monde du travail est ainsi traversé par une conflictualité autour des critères d'évaluation de la qualité du travail* ». Dans ce débat, P. Davezies observe que le management tient une position très claire mais qui n'est pas vraiment comprise. Le quiproquo porte sur la notion même de qualité. Alors que pour le salarié, le terme de qualité évoque

---

<sup>112</sup> A nuancer toutefois, car les progiciels de gestion intégrée (ERP), par exemple, peuvent donner une idée assez fine et peuvent même tracer l'activité d'un salarié.

communément, comme pour tout un chacun, une suggestion de « bonne qualité » de l'objet, du service ou de la marchandise, c'est-à-dire la référence à des critères techniques d'application dans la fabrication, d'efficacité ou de précision dans le service, d'honnêteté et d'authenticité, il en va tout autrement pour le manager. Pour ce dernier, la qualité évoque avant tout la qualité pour le marché et dans le temps du marché. C'est une question d'adéquation aux flux et aux coûts. Dans la perspective du « management de la Qualité Totale » l'excellence c'est le juste nécessaire. Précision qu'il entend dans l'optique d'une vente immédiate renvoyant tout « excès de zèle » à un gâchis de ressources collectives, à la satisfaction d'une exigence personnelle de la part du salarié (répondre aux normes de son métier et à ses propres conceptions éthiques) et dénoncée, pour finir, comme la manifestation d'une attitude individualiste contraire aux intérêts du groupe.

Ainsi, pris à contre-pied sur l'interprétation effective de la qualité qu'ils perçoivent en contradiction flagrante avec le discours officiel d'exigence de qualité toujours réaffirmée, les salariés sont-ils en permanence incités à réduire leur investissement, à accélérer les cadences et à en rabattre sur la qualité au nom d'évaluation focalisée sur les indicateurs de débit, sur les délais de réponse, sur les temps d'attente et, au bout du compte, sur le chiffre d'affaires. Ils se trouvent en réalité prisonniers d'injonctions paradoxales sans disposer des outils institutionnels pour les démêler ou, comme moindre mal, pour les partager ouvertement après débat et délibération. Celles-ci conduisent parfois à des issues considérées par les plus consciencieux d'entre eux comme des pratiques honteuses. Aussi, de plus en plus de salariés appartenant à des catégories autrefois préservées expriment un sentiment d'amputation et de dégradation de leurs activités. Selon Davezies, la montée du thème de la reconnaissance vient de là. « *À travers le sort qui est fait à leur investissement dans le travail, à leur intelligence, à leurs exigences éthiques, les salariés font l'expérience du mépris* »<sup>113</sup>. Le bon ouvrier n'est plus celui qui a de quoi être fier d'un travail bien fait, c'est-à-dire satisfait de la preuve que représente un objet qui lui renvoie une image de soi positive, mais celui qui s'adapte le mieux aux exigences d'une gestion à flux tendu. Dépossédé, jadis, d'une partie de la valeur financière de son travail le voici, désormais, dépossédé de son travail même, de ce qui fait son identité.

L'on verra plus loin combien ce déficit de reconnaissance fait des ravages. Or, c'est dans cette faille que s'inscrit principalement notre recherche, car le besoin de reconnaissance recouvre une multiplicité de composantes qui, toutes, convergent vers la notion de participation et de dialogue collectif entre les différents acteurs de l'entreprise.

Dans la situation précédemment décrite, les discussions sur le travail s'en trouvent considérablement compliquées. Dès lors que ce qui est en jeu, c'est le sentiment de faire un mauvais travail, il est difficile d'en débattre sans s'exposer immédiatement à une accentuation du contrôle par la hiérarchie. Davezies observe avec justesse qu'en discuter impliquerait de disposer d'espace d'élaboration préalable au débat public avec le management. Or, fait-il remarquer, de tels espaces n'existent pas. « *Chacun se débrouille comme il peut avec les manquements et les entorses aux règles du métier* ». Si bien que les repères communs qui définissent un travail bien fait vont en s'estompant et, qu'avec cette dilution des repères, s'amoindrit cette culture de valeurs partagées qui, autrefois, permettaient une capacité collective d'affirmation des points de vue du travail face à la direction. Le phénomène n'est pas sans effet sur les comportements, et les dissensions surgissent avec une bien plus grande facilité entre collègues. Le pendant de cet effritement de la solidarité ouvrière c'est une extrême sensibilité de l'individu aux remarques de la hiérarchie, du public ou des collègues.

---

<sup>113</sup> P. Davezies fait, ici, référence à l'ouvrage d'Axel Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Le Cerf (Coll. « passages »), 2000.

Tout sentiment de faire du mauvais travail est en effet vécu sur le mode de l'indignité personnelle. D'où une spirale négative : les réactions défensives suscitées par cette situation morale aggravent la situation, qu'elles se déclinent sur le registre de l'agressivité, de la dépression ou de toute autre symptomatologie. À partir de là, observent les médecins, ceux qui souffrent et ceux qui tombent malades, sont ceux qui ne baissent pas les bras et qui prennent malgré tout au sérieux les enjeux du travail quoique écrasés par le déploiement des logiques marchandes.

#### **E) LA REHABILITATION DE LA DIMENSION COLLECTIVE**

Nous partageons pleinement la conclusion à laquelle parvient Philippe Davezies. Arrivée à ce stade où les tensions entre normes marchandes et normes sociales sont vécues au cœur de l'activité, cette dernière dépasse la contradiction entre mobilisation de l'intelligence et délibération éthique pour prendre une dimension politique.

Telle est l'issue, en forme de dilemme, auquel se heurte la problématique de la prévention en matière de santé. Cette question de fond touche la notion d'environnement dans son acceptation la plus large, donc la moins facile à maîtriser. Ce que certains perçoivent comme un paradoxe – à savoir le fait que pour un salarié ces tensions d'origine collective soient affrontées, au travail, dans l'isolement et traitées trop souvent par chacun comme témoignant de défaillances personnelles - n'est en réalité que la manifestation d'une impuissance devant un principe de réalité qui leur échappe en tant que praticiens, à savoir : la dimension politique de la question. Parce que tout simplement ils refusent d'admettre cette réalité, ou bien ils l'occultent à défaut d'entrevoir la moindre emprise sur ses perspectives de résolution. De l'interaction entre l'environnement et l'individu, on préférera agir sur le second plutôt que sur le premier. Sans compter que cette préférence ne heurte nullement les usages puisqu'elle revient à se concentrer, encore une fois, sur l'action de « soigner ou guérir» la personne. Dès lors, la soumission à « l'ordre des choses » ouvre un flot d'opportunités à toutes les professions du psychisme. Répondant tout à fait à la demande d'un « marché de la santé » ainsi circonscrit à l'adaptation de l'individu à son contexte, elles prétendent apporter des réponses qui tentent d'approfondir le processus d'individualisation et de psychologisation de ces questions avec des approches qui, d'une façon générale, sont déconnectées des enjeux subjectifs de l'activité réelle. Selon la catégorie sociale des demandeurs, il sera proposé des thérapies plus ou moins sophistiquées et coûteuses qui, au mieux, soulagent la souffrance mais qui, toutes, occultent les causes essentielles. « *Du côté des directions d'entreprise, la réponse à la souffrance est recherchée dans les multiples formes de gestion du stress, de développement personnel et de coaching qui prolifèrent sur le marché.(...) Centrées sur l'individu dont elles prétendent accroître les performances, elles s'inscrivent dans le droit-fil de l'idéologie libérale* ». Mais cette tendance observe avec lucidité P. Davezies, possède son pendant du côté des salariés : « *il s'agit de l'approche victimologique en termes de harcèlement moral. (...) Mais ici encore, le modèle vise un individu ponctuel coupé de son histoire comme des enjeux subjectifs de son activité et des conflits de logiques qui traversent le milieu de travail* ». C'est, en effet, une dimension que l'on oublie trop souvent. La question du harcèlement moral ne saurait être circonscrite à sa dimension interpersonnelle, elle résulte aussi d'une réalité sociale. Or, la réduire à la première dimension consisterait à nier l'existence même des effets pervers du système.

Dans la présente étude des approches cliniques du travail qui tend à explorer le rôle des relations sociales modelées selon le type de « gouvernance », nous partagerons un point de vue diamétralement opposé, à savoir que pour défendre leur santé mentale, les salariés doivent saisir ce qui, dans leur souffrance individuelle, fait potentiellement cause commune. La perspective est alors celle d'une assistance à la détermination de tous les facteurs pathogènes dans l'organisation relationnelle du travail. À cet effet, nous ne pouvons qu'adhérer à la définition que propose P. Davezies à ce type d'assistance, en disant qu'elle « *vise à reconquérir la capacité à penser l'expérience du travail, à en discuter avec les collègues, à en soutenir les enjeux dans le nécessaire débat avec le management. Il s'agit ainsi de ramener dans le registre de la conflictualité sociale les dilemmes que les agents vivent chacun comme un drame personnel* ». Au niveau de l'entreprise, l'enjeu de cette approche ne peut prétendre peser sur les déterminants macroéconomiques de la production qui sont du ressort du marché et, au-delà, des choix politiques au plus haut niveau, c'est à dire celui des choix de société qui interpellent le citoyen. Nous touchons là, aux limites de l'approche environnementale. Il n'en demeure pas moins que cet enjeu de santé bénéficie d'une marge de manœuvre à un niveau intermédiaire de cette dépendance collective, celui des modalités par lesquelles l'activité productive ou commerciale est mise en œuvre : l'organisation des rapports sociaux dans l'entreprise. Sur ce point, les études sur le stress ont déjà notablement défriché le terrain. Nous abordons là, un niveau qui interpelle tout particulièrement la nature des relations sociales en France, ainsi que la présence et le rôle des syndicats tels que ceux-ci le revendentiquent ou tels que la législation en dispose. Situation nationale dont on ne manquera pas de souligner qu'à environnement macro-économique identique elle est strictement à l'inverse de celle de nos voisins nordiques les plus avancés, comme la Suède ou le Danemark, par exemple, où les pratiques de concertation sociale ou de codétermination apparaissent la norme tandis que leur taux de syndicalisation - qui flirtent avec les 80% - ferait rêver bien des centrales françaises !

## II. - PREMIERES APPROCHES PAR LES ETUDES SUR LE STRESS AU TRAVAIL

Depuis le début des années 90, le stress professionnel est apparu comme l'un des nouveaux risques majeurs auquel les organisations et les entreprises vont devoir ou doivent déjà faire face. Risque nouveau ou simple prise de conscience, toujours est-il que le stress<sup>114</sup> a depuis, donné lieu à de nombreuses études ou publications au cours de ces quinze dernières années. L'ouvrage le plus connu du grand public, en France, étant celui de Patrick Légeron, *Le Stress au travail*, publié chez Odile Jacob (2001-2003)<sup>115</sup>. « *Trop de travail, pas de communication entre le management et la base, frustrations, harcèlement moral, angoisse de la performance : les sources de stress ne cessent de se multiplier. Et ce malgré la réduction du temps de travail et les progrès de la technologie censés améliorer notre quotidien* »,<sup>116</sup> écrit-il. Mal de notre époque ? Mal d'une société ? Sans doute.

Mais qu'est-ce que le stress exactement ? Ce terme a été introduit pour la première fois par Hans Selye (1907-1982), médecin-endocrinologue autrichien. Pour Selye, qui au cours des années 30 exerçait dans un laboratoire de physiologie au Canada, le stress est une “ réponse non spécifique de l'organisme face à une demande ”. Charles Darwin avait bien repérée le rôle de la peur comme moyen de mobiliser l'organisme pour faciliter la survie face à un danger,<sup>117</sup> de même qu'au début du XXe siècle, Walter Cannon<sup>118</sup> avait décrit aussi les réactions de fuite ou d'agressivité et de combat chez des animaux exposés à une situation menaçante. Mais c'est Hans Selye qui est à l'origine du concept de Syndrome Général d'Adaptation ou S.G.A. (en 1935), une notion qui a été réactualisée par des recherches récentes que l'on présentera plus loin. Retenons simplement pour l'instant que face à un stimulus stressant, l'organisme réagit en trois phases : réaction d'alarme, résistance, épisode. Retenons aussi que le sens commun confond généralement les conséquences du stress et le stress lui-même. Ainsi en est-il, du fait de mal dormir, d'être anxieux, d'avoir des troubles digestifs ou de fumer nerveusement cigarette sur cigarette. Il s'agit là, en réalité, de conséquences du stress. Retenons le mécanisme suivant : les stresseurs entraînent la réaction de stress qui, elle-même, sera accompagnée de conséquences du stress.

Au cours de ces études, on a constaté que même lorsque les individus semblaient s'adapter à une situation (lors de la phase d'endurance), la plupart subissait ensuite une phase d'épuisement, caractérisée par l'apparition de maladies.

Désormais, le stress est considéré comme l'une des grandes fonctions de l'organisme, au même titre que la respiration, la digestion, la reproduction ou la fonction immunitaire. Et selon un consensus de plus en plus grand, le stress au travail est ainsi défini : il concerne l'« interaction » entre l'employé et son milieu de travail (exposition à des facteurs de risque). Travailler sous la pression peut améliorer les performances et apporter une certaine

<sup>114</sup> Le mot « stress » n'a pas été importé d'outre Atlantique, son étymologie vient du vieux français *estrece* « étroitesse, oppressions », lui-même issu du latin *stringere* qui signifie « serrer ». Il a transité par la Grande Bretagne pour désigner la *contrainte*, notamment en mécanique par rapport à certaines pièces soumises à de fortes pressions. Par dérivé, la langue anglaise a utilisé le mot « stress » dès le XIVe siècle pour désigner *l'épreuve* ou *l'affliction*. Il nous est revenu sous cette désignation quatre siècles plus tard.

<sup>115</sup> Patrick Légeron présente la double particularité d'être psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne, à Paris, et de diriger un cabinet de conseil aux entreprises sur le thème du stress professionnel.

<sup>116</sup> Patrick Légeron, *Le Stress au travail*, Odile Jacob, Paris, 2001, Poche mars, 2003.

<sup>117</sup> C. Darwin, *The Expression of the Emotion in Man and Animals*, New-York, Oxford University Press, 1998

<sup>118</sup> W. B. Cannon, *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, New-York, Appleton, 1929

satisfaction lorsque les objectifs poursuivis sont atteints. Mais lorsque les demandes et les pressions dépassent certaines limites, elles engendrent un stress négatif. Dans ce cadre, le stress est réputé subi lorsque les exigences du milieu de travail dépassent la capacité des employés à faire face à celles-ci (ou à les maîtriser). Définir le stress de cette façon attire l'attention sur les causes liées au travail et sur les mesures de contrôle à mettre en œuvre.

## **2.1) LA REALITE DU STRESS AU TRAVAIL ET SES ENJEUX**

On parle désormais beaucoup de stress dans les milieux spécialisés car c'est un phénomène dont l'ampleur s'accroît, même si les médias lui préfèrent encore d'autres sources d'atteinte à la santé, spectaculaires et bien plus inspiratrices de fantasmes, alors même que leurs dégâts, pour dramatiques qu'ils soient, touchent un nombre bien plus restreint d'individus et représentent de moindres enjeux collectifs. Pourtant, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail a établi très officiellement le constat suivant lequel le stress est de plus en plus admis pour ses conséquences négatives sur la santé des travailleurs et sur les organisations qui les emploient. Pour cette Agence, décentralisée à Bilbao, l'enjeu n'est pas mince : selon des estimations de 1999, le stress lié au travail aurait coûté au moins 20 milliards d'euros par an aux états membres de l'Union européenne<sup>119</sup>. Un phénomène qui est considéré préoccupant pour tous - les employeurs, les travailleurs et la société - car il peut, tout à la fois, entraîner des troubles de la santé, accroître l'absentéisme, réduire la productivité et la compétitivité des entreprises. Et aussi parce qu'il n'a rien de marginal. D'après les résultats de la troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000, réalisée par un autre organisme, la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail dite « Fondation de Dublin », le stress affecte une population importante évaluée à quarante et un millions de salariés, soit 28 % des travailleurs européens<sup>120</sup>.

L'Agence européenne a donc commandé un rapport afin d'examiner la situation, la nature du stress, ses causes, son ampleur ainsi que sa gestion<sup>121</sup>. En réalité, toute une série d'études approfondies a été réalisée depuis le début des années 2000. Elles se sont attachées aussi bien à la définition du stress lié au travail, à l'importance de ce phénomène, au repérage des sujets à risque, qu'à l'évaluation et à la prévention de ces risques, aux législations<sup>122</sup> et aux suggestions de politiques à mener. Elles ont, aussi, donné lieu à un certain nombre de fiches pratiques,<sup>123</sup> ainsi qu'à un recueil<sup>124</sup> pour la Semaine européenne de la sécurité et de la santé au

<sup>119</sup> Manuel d'orientation sur le stress lié au travail - Piment de la vie... ou coup fatal ? Commission européenne. Luxembourg, 1999

<sup>120</sup> Troisième enquête européenne sur les conditions de travail de 2000. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail de 1000. Luxembourg, 2001. <http://www.fr.eurofound.ie/publications/EF0121.htm>

<sup>121</sup> Le rapport complet est disponible en anglais sur le site Web de l'agence européenne. Le rapport imprimé - « *Research on Work-related Stress* », Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2000, Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E., ISBN 92-828-9255-7, peut être commandé à l'Office des publications des Communautés européennes EUR-OP, à Luxembourg ou auprès de ses agents de vente. Le rapport contient des exemples d'initiatives récentes, comme une nouvelle législation sur la santé et la sécurité en Finlande, comporte référence aux aspects psychosociaux du travail, à la violence et au harcèlement. Il évoque également un projet néerlandais concernant les conventions sectorielles concernant la santé la sécurité au travail ; de même que les auteurs du rapport dressent une synthèse des réactions des partenaires sociaux et des autorités publiques en Europe.

<sup>122</sup> La directive 89/391/CEE concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleur travail constituent la législation de référence pour les Etats membres de l'UE. Elle fait référence, implicitement est explicitement, à des questions psychosociales.

<sup>123</sup> Agence européenne pour la sécurité au travail, FACTS, n° 8, 22, 30, 31, 32.

travail qui fut consacré, en 2002, au thème de « la prévention des risques psychosociaux au travail ».

Les résultats des deux enquêtes précédentes<sup>125</sup>, réalisées en 1990 et 1995, montrent une certaine stabilité du pourcentage de la population affectée depuis 1995. Du côté national, hormis la partie française des enquêtes européennes, il n'existe pourtant pas d'études françaises spécifiques sur le stress au travail. Toutefois, les enquêtes périodiques « Conditions de travail »<sup>126</sup> que réalise le ministère chargé du Travail, auprès d'un échantillon représentatif de la population active française, permettent de repérer des caractéristiques de travail contraignantes et leur évolution au cours du temps<sup>127</sup>. Là aussi, comme pour les notions de santé environnementale et de prévention, ce sont les pays anglo-saxons et de l'Europe du Nord qui ont été les premiers à se préoccuper du stress au travail. La France est restée longtemps silencieuse sur cette question<sup>128</sup>. Elle rattrape, depuis, son retard. Plusieurs enquêtes étudient l'influence des conditions de travail sur la santé mentale, illustrant la prise en compte de cette thématique. L'Institut national de la recherche sur la santé (INRS)<sup>129</sup> fait désormais valoir qu'avec le stress il s'agit d'un risque professionnel à double titre : des liens ont été mis en évidence entre des situations de travail stressantes et l'apparition de problèmes de santé

<sup>124</sup> Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, *Travailler sans stress !*, magazine n°5, 2002, 29 p.

<sup>125</sup> La Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail réalise périodiquement une vaste enquête auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population active européenne. En 2000, 21 703 travailleurs (1500 par état membre) ont été interrogés dans le cadre d'entretiens, en tête-à-tête, en dehors de leur lieu de travail

<sup>126</sup> Cf. Les dossiers de la Direction de l'Animation de la Recherche des Études et des Statistiques (DARES), enquêtes "Conditions de Travail" de 1978, 1984, 1991, 1998.

<sup>127</sup> On y constate une évolution certaine vers une hausse régulière des facteurs de stress, qu'il s'agisse de l'intensification du travail, des contrats de rythme de travail, détention dans les rapports avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques ou le public, la plus grande prégnance des sanctions. Voir annexes (tableau comparatif DARES : 1984 - 1991 – 1998).

<sup>128</sup> L'essentiel des enquêtes françaises sur les relations entre conditions de travail et santé mentale :

**1989** : Première vaste enquête épidémiologique menée par l'INSERM, sur les problèmes de santé physique et mentale dans le secteur d'activité particulier EDF-GDF (enquête INSERM).

**1990** : Réalisation d'une enquête épidémiologique "*âge, travail, santé*" (ESTEV) étudiant les effets du travail sur la souffrance psychique (enquête ESTEV).

**1991** : Troisième enquête "*Conditions de travail*" du ministère chargé du Travail auprès d'un échantillon représentatif de la population active française (la première enquête date de 1984). La même année, des questions sur la charge mentale de travail sont incluses dans le questionnaire (dossiers de la DARES).

**1994** : Enquête SUMER sur les risques professionnels réalisée par des médecins de travail, incluant des questions sur les "risques organisationnels" (dossiers de la DARES). En 2003 une nouvelle enquête SUMER a été réalisée et une partie de ses résultats viennent tout juste d'être publiés.

**1998** : Quatrième enquête du ministère chargé du Travail sur les conditions de travail des Français, renforçant l'étude de la charge mentale (dossiers de la DARES).

Les pouvoirs publics et la Sécurité sociale ont également statué au cours des dernières années sur la santé mentale au travail dans plusieurs textes :

- **1999** : une circulaire de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés), datée du 10 décembre 1999, reconnaît le caractère professionnel des traumatismes psychologiques, suite à une agression sur le lieu de travail, même si la charge de la preuve incombe au salarié.

- **2002** : Loi de modernisation sociale : 1. Introduction de nouveaux articles dans le code du travail visant le harcèlement moral dans les entreprises (articles L.122-49 à L. 122-54). 2. Extension de la responsabilité de l'employeur dans la prévention de la santé non seulement physique mais également mentale des salariés de l'entreprise (article L.230-2-I). Ces différents faits rendent compte de la meilleure prise en compte des risques du travail sur la santé mentale mais probablement également des évolutions récentes du monde du travail : mondialisation et tension des marchés, intensification de la charge de travail, flexibilité maximale, développement du secteur des nouvelles technologies de l'information et de communication (NTIC), essor des activités du secteur tertiaire, etc

<sup>129</sup> Pour en savoir plus en quelques clics (Dossiers du site Web INRS) :- « Santé mentale au travail » - « Travail et agressions. État des lieux et prévention des risques », « Harcèlement moral au travail. Généralités et contexte français »

mineurs ou de maladies plus sérieuses ; et d'autre part, sur la foi d'études scientifiques, il est apparu probable que le stress contribue à la survenue de certains accidents du travail. A un degré moindre, il est à l'origine d'une grande part de l'absentéisme<sup>130</sup>.

Le stress résultant d'un mauvais climat dans l'entreprise coûte donc cher à ceux qui en souffrent puisque leur santé se dégrade, mais il coûte également cher à la collectivité, et cela de deux manières : en amont, en terme de chute de productivité et de manque à gagner pour l'économie en général et en aval, en terme de dépenses de santé. La surconsommation médicale et pharmaceutique ainsi que le paiement des journées d'arrêts maladie grèvent le budget de la sécurité sociale. L'absentéisme est une plaie dans tous les pays industriels. Ses causes, on le sait, ne sont pas seulement imputables à des responsabilités familiales ou aux intempéries.

Pour les Etats-Unis qui ont abordé ouvertement cette question, on estime entre 200 et 300 milliards de dollars par an le coût supporté par les entreprises à cause du stress, soit trois fois en moyenne la facture du déficit commercial en matière d'hydrocarbures (80 milliards de dollars), facture non négligeable mais secondaire, comparée à l'ensemble du déficit commercial américain qui s'élevait à 450 milliards de dollars pour la même période<sup>131</sup>. Autant dire que ce coût du stress au travail représente un volume financier équivalent à 60% environ du montant de la dépendance générale de l'économie américaine à l'égard des importations<sup>132</sup>.

Une estimation de l'absentéisme proprement dit, faite au Etats-Unis en 1984 par une compagnie d'assurance, indiquait qu'un million de travailleurs, en moyenne, étaient absents chaque jour du travail, en grande partie à cause de troubles liés au stress. Depuis cette date, les chiffres ont évolué à la hausse. Les plus récents indiquent que ce sont cinq cent cinquante millions de journées de travail qui sont perdues chaque année aux Etats-Unis à cause de cette forme d'absentéisme. En Grande Bretagne, il s'agirait de quarante millions de journées<sup>133</sup>.

Dans tous les cas, les études constatent que le nombre de journées perdues s'accroît au fur et à mesure que le niveau socio-économique baisse, et qu'il est particulièrement élevé chez les travailleurs manuels. Ces statistiques viennent conforter le vécu des professions de santé directement concernées, médecins généralistes et pharmaciens, qui observent au quotidien chez leurs patients un besoin de « reconnaissance » par le biais médical. Besoin modulé selon les catégories socio-professionnelles. Là, où un cadre se contentera d'aspirine et de vitamine C sans solliciter d'arrêt de travail, un employé privé de tout intérêt dans les tâches qui lui sont attribuées, frustré de toute considération dans ses rapports avec sa hiérarchie, ne reculera nullement devant l'attention compensatrice que représente, pour lui, la personne compatissante du médecin, un diagnostic assorti d'une consistante prescription pharmaceutique voire, mieux encore, un arrêt de travail pour raison de santé.

Absentéisme et instabilité professionnelle vont souvent de pair ; l'insatisfaction poussant le salarié à quitter finalement son emploi parce qu'il a atteint les limites du supportable. Cette instabilité professionnelle (turn over) est particulièrement élevée dans les entreprises alliant, à

---

<sup>130</sup> Cf. Carole Meyer et Alain Trognon, « Le changement organisationnel et son impact sur la santé des salariés, absentéisme et climat social », Université de Nancy 2, GRC, colloque international, les 22-23-24 Novembre 2004, à Nancy, Metz et Mondorf-Les-Bains au Luxembourg, sur le thème : « *Entreprise, Santé et Travail : homme et organisation un équilibre impossible ?* ».

<sup>131</sup> Statistical Abstract of The United States : 2000, p.591

<sup>132</sup> Emmanuel Todd, Après l'empire, essai sur la décomposition du système américain, Folio, 2004, p. 199

<sup>133</sup> Patrick Légeron, *op.cit.*, p. 238.

la fois, conduite autoritaire des ressources humaines et absence de perspective de carrière. Les caissières de grandes surfaces en sont l'exemple type.

#### **A) LE MECANISME DU STRESS ET LES EFFETS OBSERVES :**

Bien que les recherches sur toutes les maladies liées au stress soient encore balbutiantes, on lui impute d'ores et déjà de nombreuses maladies psychosomatiques ou maladies de l'adaptation. Cela va des crises d'urticaire à l'eczéma ou le psoriasis en passant par l'asthme, sans oublier bien sûr les plus connues que sont l'ulcère de l'estomac ou les maladies inflammatoires de l'intestin, les surcharges pondérales ou la migraine. Si bien qu'au terme « psychosomatique »<sup>134</sup> qui rencontre un tel succès chez nous, les Anglo-Saxons en préfèrent un autre, celui de « maladies liées au stress » (stress related disorders).

Si l'on a vu précédemment que le stress est un mécanisme d'adaptation et de réaction de l'organisme face à une situation menaçante, des études ont montré que tout au long de notre vie, nous mémorisons ces situations stressantes (comme par exemple la confrontation à une désapprobation majeure d'un supérieur hiérarchique) mais également les réactions biologiques qu'elles ont engendrées. Il en résulte que face à une situation que nous associons à une expérience passée, nous répondons, sur le plan biologique, par une stimulation hormonale d'une intensité et d'une durée influencées par celle précédemment mémorisée. Revenons sur la manière dont l'organisme d'un individu se trouvant confronté à un stimulus stressant réagit.

- Mécanismes physiologiques du stress : Trois phases vont caractériser cette réaction. La première, est une réaction d'alarme. Elle se déclenche dès que l'individu se trouve confronté à une situation évaluée comme stressante, et se manifeste par la libération d'hormones par l'organisme (système sympathique) via la glande médullosurrénale : les catécholamines (adrénaline à 80% et noradrénaline à 20%). Ces hormones ont pour effet d'augmenter la fréquence cardiaque, la tension artérielle, les niveaux de vigilance, la température corporelle et de provoquer une vasodilatation des vaisseaux des muscles. Toutes ces modifications ont pour but de préparer l'organisme au « combat ou à la fuite ».

La seconde phase, est une phase de résistance. C'est-à-dire que si la situation stressante persiste, l'organisme s'y prépare selon un second axe neurohormonal, l'axe corticotrope, activé pour mettre l'organisme en mesure de faire face aux dépenses énergétiques que nécessitera la réponse au stress. De nouvelles hormones, les glucocorticoïdes sont sécrétés : elles augmentent le taux de sucre dans le sang pour apporter l'énergie nécessaire aux muscles, au cœur et au cerveau, en y maintenant un apport constant en glucose. Les glucocorticoïdes ont la particularité de pouvoir freiner leur propre sécrétion par rétroaction : la quantité libérée dans le sang est détectée par des récepteurs du système nerveux central qui adaptent la sécrétion. Il s'agit là d'un système autorégulé.

Quant à la troisième phase, c'est celle de l'épuisement. Elle intervient lorsque la situation stressante se prolonge trop ou s'intensifie. Les capacités de l'organisme peuvent alors être débordées, si bien que l'individu entre dans une situation d'épuisement. Cliniquement, cette phase est caractérisée par une hyperstimulation de l'axe corticotrope. En d'autres termes, la boucle rétroactive évoquée précédemment devient inefficace, les récepteurs du système nerveux central évoluent vers une moindre sensibilité aux glucocorticoïdes lesquels

---

<sup>134</sup> R. Dantzer, *L'illusion psychosomatique*, Paris, Odile Jacob, 1989.

augmentent constamment dans la circulation. L'organisme est alors submergé d'hormones activatrices (catécholamines et glucocorticoïdes) pouvant nuire à la santé. À partir de là, si ce genre de situations stressantes intenses et prolongées s'accumulent, il est possible que chez la personne soumise à ce genre de sécrétion hormonale dérégulée se produise l'un des mécanismes physiologiques néfastes du cortège des effets indésirables mentionnés précédemment.

\* Conséquences sur la santé : Les médecins s'accordent à penser que si la situation stressante se prolonge dans le temps et/ou si elle est très intense, l'organisme s'épuise. Le stress n'est pas une maladie en soi, mais s'il est intense et perdure suffisamment longtemps, il peut-être la cause de problèmes de santé mentale ou physique (abattement, dépression nerveuse et maladies cardio-vasculaires). Les différents symptômes s'aggravent et/ou se prolongent entraînant des altérations de la santé qui peuvent devenir irréversibles. L'état de stress peut se traduire par un « syndrome métabolique » s'il devient permanent, avec des manifestations associant différents symptômes. Dans les cas les plus extrêmes, cette hyper-activation hormonale (adrénaline et corticoïdes) entraînera en quelques semaines l'apparition de symptômes divers : physiques, émotionnels, intellectuels, et comportementaux. Parmi les symptômes physiques, figurent des douleurs (coliques, maux de tête, douleurs musculaires, articulaires, dorsales, etc.), des troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, des sensations d'essoufflement ou d'oppression, des sueurs inhabituelles, des problèmes cardiaques, des ulcères gastriques, de l'hypertension, un système immunitaire dépressif. Des résultantes telles que l'obésité abdominale, la résistance à l'insuline (qui peut évoluer vers un diabète), l'hypertension artérielle, des perturbations du métabolisme des lipides constituent autant de perturbations métaboliques qui, combinées, sont, en outre, des facteurs de risque pour le système cardiovasculaire. On sait par exemple que le stress multiplie par trois les risques cardio-vasculaires et qu'il est largement responsable des troubles musculaires, les plus fréquents des maladies professionnelles<sup>135</sup>. Au titre des symptômes émotionnels et des effets sur le plan psychologique, on retiendra une sensibilité et une nervosité accrues, des crises de larmes ou de nerfs, de l'angoisse, ainsi que différentes formes d'excitation, de tristesse, de sensation de mal-être, etc. Au-delà de la simple libération de substances chimiques dans notre corps, le stress active, en effet, fortement trois grands types d'émotion : l'anxiété, la dépression, la colère ou l'agressivité. On relève, aussi, des troubles de dépression, une irritabilité, des relations familiales perturbées, et en ultime l'épuisement (burnout)<sup>136</sup>. Les symptômes intellectuels imputables au stress résident principalement dans la perturbation de la concentration nécessaire aux tâches à accomplir (voire une incapacité à se concentrer), ce qui entraîne des erreurs et des oubli, mais on observera, aussi, des difficultés à prendre des initiatives ou des décisions, etc. Enfin, des symptômes comportementaux accompagnent très souvent les individus malades de stress, comme la modification des conduites alimentaires, des comportements violents et agressifs, des conduites d'isolement social (repli sur soi, difficultés à coopérer), etc. D'autres conséquences sur le comportement des individus sont connues et résident dans la consommation abusive de tabac, d'alcool ou de drogue, la violence, les intimidations ou le harcèlement.

---

<sup>135</sup> Légeron, *op. cit.*, p. 183

<sup>136</sup> P. Canoui, Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel. Thèse de doctorat en éthique médicale et santé publique, Paris V, 1996.

## B) LE CONTEXTE DU TRAVAIL ET LE STRESS

Parmi les conséquences des situations de stress au travail très largement explorées par la recherche médicale figurent la dépression et l'anxiété. Les situations de conflit entre de fortes pressions à la production de résultats et une faible latitude décisionnelle dans l'organisation de son travail associée à un faible soutien social au travail (manque d'aide ou de soutien de part des collègues ou des supérieurs), semblent prédictives de dépression, autant chez les hommes que chez les femmes. Les problèmes d'anxiété sont également plus fréquemment retrouvés en cas de situations stressantes prolongées.

Il en est de même pour les troubles musculo-squelettiques (TMS) du membre supérieur qui sont de plus en plus souvent rapportés à une combinaison de risques : sollicitations biomécaniques au travail (résultant de mouvements répétitifs), mais aussi manque de soutien social ou insatisfaction dans le travail.

Le fait que les gestes soient vidés de sens n'est également pas sans conséquence. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) dont on sait qu'ils sont liés à la réalisation de tâches de travail particulières (soulever régulièrement des charges lourdes, effectuer les gestes répétitifs qui sollicitent les poignées, les coudes et les épaules), n'échappent pas à des causes étrangères au geste lui-même. C'est ce que suggère le constat qu'en dépit de l'amélioration constante des conditions ergonomiques des postes de travail aussi bien que de l'environnement du travail (l'homme se faisant remplacer par la machine de plus en plus souvent pour les tâches les plus ingrates), le nombre de ces pathologies ne cesse d'augmenter, et à grande vitesse. « *Les dimensions purement « mécaniques » de l'activité n'est donc pas la seule en cause* »<sup>137</sup>. Alors que jadis, on en a recherché les explications dans une moindre résistance physique des femmes, on sait désormais qu'il faut imputer ces TMS à la combinaison de tâches monotones et de conditions de travail stressantes et frustrantes. Encore une fois, la combinaison de l'intensification du travail et d'une pression croissante sur les horaires (faire toujours « plus vite »), qui plonge le travailleur dans cette notion d'urgence perpétuelle doublée d'un manque de contrôle sur la tâche réalisée, aboutit, comme le soulignait P. Davezies, à une insatisfaction profonde dans son métier. Ajoutons à cela une absence de reconnaissance sociale dont se plaignent amplement les salariés, et l'on achève de dessiner les contours d'un contexte psychosocial qui rassemble des facteurs prépondérants dans l'apparition des TMS.

La diminution de la résistance aux infections ou l'apparition de maladies immunoallergiques telles que l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux et la colite ulcéратive ont également été rapportées à des situations stressantes prolongées. Toutefois les mécanismes en jeu ne sont pas clairement identifiés.

D'autres pathologies ont fait l'objet de travaux mais les résultats ne permettent pas de conclusions définitives. Il s'agit de l'ulcère gastro-duodénal, des colites fonctionnelles, du cancer, des désordres hormonaux (de la thyroïde ou des sécrétions androgènes ou œstrogènes) ou de certaines pathologies de la grossesse (prématurité, infertilité).

Même les cancers seraient concernés. Ce même type de contexte négatif est suspecté d'agir également sur leurs développements. S'il est actuellement impossible d'affirmer le rôle du stress dans l'apparition du cancer, en revanche, une fois celui-ci déclaré, il semblerait que le stress joue un rôle important dans l'évolution favorable ou défavorable de la maladie, et sur

---

<sup>137</sup> Patrick Légeron, *op. cit.*, p. 228.

son issue<sup>138</sup>. La relation n'est pas nécessairement directe d'ailleurs ; ainsi le stress incite-t-il à la consommation de tabac alors même que beaucoup de fumeurs pensent que leur cigarette les aide à gérer le stress. En réalité c'est tout l'inverse qui se passe, et la dépendance aidant c'est l'engrenage dans le cercle vicieux.

### **C) LES CARACTÈRES INTRINSEQUES DE L'INDIVIDU : UNE COMBINAISON DECISIVE AVEC LE CONTEXTE**

C'est aujourd'hui un fait admis qu'il existe des relations entre certains facteurs professionnels de stress et le risque d'accident cardio-vasculaire. Mais ce risque dépend aussi des individus. Dans les années 70, deux cardiologues américains de l'université de Stanford, les Drs Rosenman et Friedman, avaient remarqué parmi les patients qu'ils soignaient pour des maladies des coronaires (principalement des infarctus du myocarde), qu'un grand nombre d'entre eux avait un profil psychologique très particulier. Ils en définirent des profils comportementaux. De l'importante étude scientifique qu'ils conduisirent pendant huit ans et demi auprès de 3500 hommes en bonne santé au départ<sup>139</sup>, la démonstration fut faite, pour la première fois dans l'histoire de la médecine, que les traits de personnalité pouvaient fortement influencer la santé des individus.

De la typologie des personnalités qui en résultait, on peut retenir deux opposés : les sujets qui, d'une part, se caractérisent par une hyperactivité, de l'impatience et une course permanente contre le temps, de l'esprit de compétitivité, de l'ambition sociale, ce qui se traduit généralement par une capacité à mener plusieurs actions simultanément ainsi que par des états émotionnels en situation sociale déclinés sur le versant de l'hostilité, c'est-à-dire plutôt de la colère, de l'agressivité qu'elle soit contenue ou exprimée. À l'opposé de ces « bourreaux de travail » engagés dans l'action (classifié comme : A), on retiendra les sujets qui affichent des comportements caractérisés par une absence de précipitation dans l'action, une faible notion d'urgence du temps et, sur le plan émotionnel, peu de sentiment de colère, de ressentiment, d'agacement ou d'hostilité (classifié comme B). Or, de nombreuses études ultérieures ont révélé que les émotions d'hostilité sont plus dommageables pour la santé. Et ce risque est d'autant plus grand pour le cœur que les sujets n'expriment pas leurs émotions et les refoulent<sup>140</sup>.

Faut-il voir dans cette approche la négation de toute répercussion du contextuel et une contradiction avec l'impact que nous recherchons des déterminants sociaux de la santé ? Nullement. Il s'agit plus simplement d'anticiper la prise en compte des spécificités dans les interactions entre les individualités et leur contexte. De la même manière qu'il y a des sujets plus ou moins sensibles au mal de mer, personne, cependant, ne l'éprouve dans son salon ! La mise en situation d'un environnement nautique reste un facteur nécessaire à son apparition. Que certaines études de ce type souffrent d'un écueil majeur en présentant des hommes décontextualisés à la manière des études que certains employeurs, en France, ont tenté de réaliser pour rechercher des prédispositions génétiques aux maladies professionnelles (MP), ne doit pas nous conduire à l'égarement inverse. D'autant que les paramètres ne sont

<sup>138</sup> Cf. Patrick Légeron, *op. cit.*, p. 231.

<sup>139</sup> R.H. Rosenman, R.J. Brand, C.D. Jenkins, M. Friedman, R. Strauss, M. Wurn, "Coronary heart disease in the Western Collaboratory Group Study : final follow-up experience of 8 ½ years", *Journal of the American Medical Association*, 1975, 233, 872-77.

<sup>140</sup> Légeron, *op.cit.*, p. 224.

nullement figés : les individus décrits comme « hyperactifs » le sont-ils par « nature » ? La question reste ouverte et renvoie, elle aussi, aux processus socioculturels et psychologiques de formation des personnalités, d'abord durant l'enfance, ensuite dans la vie professionnelle. A ce stade, le VRP court-il par tempérament ou par obligation intériorisée ? Les désosseurs dans un abattoir vont-ils aller plus vite par pulsion ? Poser la question c'est déjà y répondre. Car, quand bien même des facteurs strictement personnels joueraient-ils, ils n'effacent pas pour autant la relation au contexte et ne minorent en rien, on y reviendra plus loin, les nuisances d'un milieu professionnel non choisi.

Pour revenir à cette classification schématique, les sujets du premier type (A) répondraient à la pression exercée par le temps et par les autres, en adoptant des comportements de combat afin de contrôler leur environnement. Patrick Légeron rapporte que « *l'adrénaline est fortement libérée dans le sang, expliquant la mise en tension de tout le corps (énergie associée), mais aussi l'émergence des émotions hostiles (accompagnant les comportements de lutte). Parce que les émotions associées aux comportements de type A sont rarement l'anxiété mais plutôt l'hostilité, voir la colère, les sujets n'ont parfois pas le sentiment d'être stressés pourtant, leur fonctionnement biologique est orienté dans ce sens et à des niveaux élevés, expliquant la menace que cela représente pour le système cardio-vasculaire* ». Chez les sujets de ce type, le risque est d'autant plus grand pour leur cœur qu'ils n'expriment pas leurs émotions hostiles et les refoulent. Plusieurs études scientifiques ont montré, que lorsqu'on est en colère, libérer celle-ci en « explosant » est meilleur pour la santé<sup>141</sup> ; et qu'inversement, l'agressivité « rentrée » est plus nuisible à la santé. Ce qui n'est pas exempt d'autres types de problèmes - notamment on s'en doute avec l'entourage - lorsque ces personnalités n'hésitent pas à « s'exprimer ».

Sociologiquement, ce ne sont pourtant pas les sujets les plus caractéristiques de ce type A qui réussissent le mieux professionnellement, du moins à haut niveau. Selon une autre étude américaine, conduite auprès de plusieurs milliers de cadres, il est apparu une proportion de sujets de type A bien plus grande parmi les cadres moyens que chez les cadres dirigeants<sup>142</sup>. Et les résultats Santé suivent. « *Contrairement à une idée répandue, ce ne sont donc pas les professions supérieures qui seraient les plus touchées par les maladies cardiaques* »<sup>143</sup>. Ainsi a-t-on pu constater que les présidents et les vice-présidents des 500 plus grandes entreprises des États-Unis ont moins de crises cardiaques mortelles (40 % de moins) que les cadres moyens de ces mêmes entreprises. La conjonction d'une forte pression psychologique et d'une faible marge de manœuvre joue ici pleinement, selon le modèle de Karasek (voir détail du modèle plus loin). Ceci a été vérifié au cours d'une étude réalisée auprès de 1500 employés en Suède dans laquelle on a constaté que 20 % des employés qui travaillaient avec la plus forte contrainte présentaient des symptômes cardiaques contre moins de 4 % de ceux qui travaillaient dans un contexte opposé, de faible pression psychologique et de grande latitude d'action<sup>144</sup>.

Ces relations ont été très largement étudiées, notamment par la démonstration d'un risque accru de maladies coronariennes et même de décès par maladies cardio-vasculaires chez des personnes exerçant une activité professionnelle sans grande marge de manœuvre (cf. . modèle de Karasek). Grâce à ces études épidémiologiques qui permettent de suivre un grand nombre de personnes (« cohortes ») pendant plusieurs années, on a pu montrer qu'à certaines

<sup>141</sup> R.B. Williams, V. Williams, *Anger Kills*, New York, Harper Peremonal, Harper Collins, 1994

<sup>142</sup> A. Kiev, V. Kohn, *Executive Stress*, New York, AMACOM, 1979.

<sup>143</sup> Patrick Légeron, *op. cit.*, P. 225

<sup>144</sup> . R. Karasek, T. Theorell, *op. cit*

conditions dans l'organisation du travail était lié un risque de mortalité cardio-vasculaire. Grâce à la meilleure mesure des facteurs de stress au travail en amont des maladies, on peut mieux prendre en compte les autres facteurs de risque des maladies (tabagisme par exemple pour les maladies cardio-vasculaires).

#### **D) LE MEDICAMENT OU L'AFFRONTEMENT : OU PLACER LA FRONTIERE ENTRE LE SANITAIRE ET LE SOCIAL ?**

Ces symptômes qui ont des répercussions gênantes sur la vie quotidienne professionnelle amènent les personnes à recourir à des produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques, etc.). On sait que la France est l'une des plus grandes consommatrices au monde de psychotropes.

En France, Henri Laborit, l'un des pionniers des psychotropes, a mené de nombreuses recherches sur le stress concluant à l'aspect néfaste de situations dans laquelle l'individu ne peut réagir par la fuite ou par la lutte. Paradoxalement, il accorde une grande place aux relations de domination interindividuelles et collectives. Le grand public connaît le film qu'il a réalisé avec Alain Resnais « Mon oncle d'Amérique » dans lequel il brosse un parallèle entre les expériences de laboratoire sur des rats et les situations de la vie quotidienne de tout un chacun. Il en conclut qu'à tout prendre la fuite vaut mieux que l'inhibition<sup>145</sup>. Seul problème, et pas des moindres pour l'être humain : socialement, il nous est difficile d'attaquer ou de fuir. Médecin militaire d'origine, ce scientifique a publié ses premières recherches dans le début des années 50 sur les réactions organiques à l'agression et au choc, sur les résistances et la soumission en physiologie ainsi que sur la physiologie et la biologie du système nerveux végétatif au service de la chirurgie. Éditeur de la revue « Agressologie » chez SPEI et Masson & Cie, revue internationale de physio-biologie et de pharmacologie appliquée aux effets des agressions (depuis 1959), H. Laborit s'interroge sur le retard des sciences humaines sur les sciences exactes. Il n'a donc pas manqué de se pencher sur la question des structures sociales comme de tout autre structure<sup>146</sup> à la fois pour briser toute forme d'enfermement et pour donner du sens à la vie. Sensible à l'expérience de l'environnement, les questions des déterminismes génétiques, biologiques, sémantiques, économiques et socioculturelles, l'ont conduit à considérer la prise de conscience comme un processus de libération qui passe par l'utilisation de la connaissance et de l'imagination dans une révolution des mentalités. Ainsi, l'homme a-t-il pu voler à partir du jour où il a découvert les lois de la gravitation. Il ne s'est pas pour autant libérer d'elles, mais a pu les utiliser à son avantage. « *En ne plaçant ses espoirs que dans la transformation, par ailleurs indispensable, de son environnement socio-économique, il ne résoudra qu'imparfaitement le problème de son aliénation* » conclut-il. La connaissance de ses déterminismes biologiques et de leur organisation hiérarchisée, lui paraît indispensable à la transformation de sa structure mentale, sans laquelle toutes les révolutions risquent d'être vaines<sup>147</sup>. Dans *L'homme imaginant*<sup>148</sup>, un essai de biologie politique particulièrement intéressant pour l'articulation du médical et du social, il s'attache au contrôle individuel du déterminisme social. Abordant de front toutes les facettes des processus de domination (et particulièrement les dominations de classe), de Marx à Freud sans oublier W.

<sup>145</sup> Henri Laborit, *L'inhibition de l'action*, deuxième édition, Paris, Masson, 1986. Voir aussi, H. Laborit, *Eloge de la fuite*, Paris, Folio essais, 1999.

<sup>146</sup> Henri Laborit, *Biologie et Structure*, Gallimard, coll. « Idées », 1968.

<sup>147</sup> Cf. Henri Laborit, *L'homme imaginant*, Paris, coll. 10/18, union générale édition, 1970, p. 147.

<sup>148</sup> Idem

Reich auquel il attribue la prise de conscience « *d'un problème important qu'aucune société contemporaine a voulu encore aborder de front* »<sup>149</sup> et dont il rejoint l'explication clé quand Reich écrit : « *la révolution dans la superstructure idéologique fait faillite parce que le support de cette révolution, la structure psychique des êtres humains, n'a pas changé* »<sup>150</sup>. Il n'y a pas que l'action de groupe, l'effet de masse, qui soit efficace. « *On peut même dire (...), que l'histoire montre que ce sont les individus exceptionnels, parce qu'ayant enfanté une structure nouvelle, qui ont le mieux servi l'évolution humaine* »<sup>151</sup>. Il montre comment la vie en société interfère dans la compréhension que peut avoir l'homme de son action de transformation du milieu pour assurer sa survie. En parcellisant cette action et en la spécialisant pour concourir à la survie de l'ensemble, la société a pris la charge d'assurer l'existence de l'individu. Dès lors, « *Le travail apparaît à l'individu comme un acte social dans sa finalité, allant apparemment à l'encontre de ce qu'il est convenu d'appeler son épanouissement. Si, par malheur, la structure de la société à la survie de laquelle il sacrifie l'essentiel de sa vie ne lui convient pas, cet homme, qui isolé sur une île déserte aurait lutté, souffert pour sa survie sans murmurer, devient un révolté* »<sup>152</sup>. L'engagement ne devient possible, selon lui, qu'en cas de crise aiguë, parce qu'à ce moment-là, l'individu retourne à ses comportements primitifs et que sa survie passe par celle du groupe : « *Il ne s'agit plus d'être homme pensant, mais de lutter ou de fuir suivant le comportement animal le plus instinctif. Comme un combat, dans lequel l'enjeu est la vie même, non de l'individu mais du groupe où ses déterminismes l'ont placé, ne se mène pas seul, on comprend que l'engagement devienne une nécessité* »<sup>153</sup>.

Ainsi, chaque finalité élémentaire concourt à la finalité de l'ensemble. « *Il paraît nécessaire, pour fournir une signification à la vie individuelle, et pour que cette vie participe à la survie de l'espèce, de lui permettre de contrôler les facteurs qui la commandent et de lui fournir une description d'ensemble du système complexe dans lequel elle intervient. N'est-ce pas cela que l'on pourrait définir comme « participation » ? Participation non point aux bénéfices, ce qui transformera chaque travailleur en boutiquier et l'aliènera au profit du petit groupe auquel il appartient, mais participation à la compréhension générale des ensembles socio-économiques de l'époque* »<sup>154</sup>. Une participation qui ne serait possible selon lui dans l'ignorance de ce que sont les systèmes biologiques.

## 2.2) LA VARIETE DES SOURCES DE STRESS

Quels sont les facteurs de stress au travail ? Il y a-t-il des sources diversifiées ? D'après l'Agence européenne pour la Sécurité et la Santé au travail, qui reprend les données évoquées précédemment, le stress « *survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également - on l'a vu - la santé physique, le bien-être et la productivité* ». Selon la discipline qui l'étudie, le stress peut faire l'objet de définitions

<sup>149</sup> . *Idem*, p. 83.

<sup>150</sup> Wilhem Reich, *La révolution sexuelle*, Plon, p.63.

<sup>151</sup> Henri Laborit, *L'homme imaginant*, op. cit. p.56.

<sup>152</sup> *Idem*, p. 91.

<sup>153</sup> . *Idem*, p. 57.

<sup>154</sup> *L'homme imaginant*, p. 94.

différentes, mais quelle que soit l'approche, les définitions font toujours référence à trois composantes : des facteurs de stress ou situations de travail contraignantes qui vont exposer la personne au stress, la personne qui va réagir à ce qui lui pose problème, à la fois avec son corps et son psychisme, et des effets observables sur les comportements de la personne ou sa santé et sur l'entreprise si la situation concerne un nombre important de salariés.

Les situations pourvoyeuses de stress au travail sont multiples. En voici quatre illustrations :

Quatre cas types (d'après l'Agence européenne) :

Suzanne travaille à la pièce sur une chaîne de montage. Elle ne peut agir ni sur le rythme de sa chaîne ni sur les tâches monotones et extrêmement répétitives qu'elle doit accomplir.

Robert est infirmier dans un hôpital. Il vient de bénéficier d'une promotion et son nouveau poste implique l'accomplissement de certaines tâches au sein de son unité. Il est prévu qu'il effectue seul des visites au domicile de patients en difficulté.

Alain occupe un poste d'assistant administratif. Il a deux enfants en bas âge dont il s'occupe seul. Certains jours, il doit quitter son bureau au plus tard à 17 heures pour aller chercher ses enfants à l'école. Mais sa charge de travail ne cesse de s'accroître et son supérieur hiérarchique insiste pour qu'il termine certaines tâches avant de quitter le bureau.

Annie travaille comme analyste-programmeur dans une société multinationale de technologies de l'information. Elle a un bon salaire, ses tâches sont stimulantes et elle est libre de les planifier comme elle l'entend. Mais le service commercial de sa société vient de signer un accord sur la livraison dans les délais, d'un système de logiciel complexe qu'elle doit concevoir avec son groupe de projet dont l'effectif n'est pas suffisant.

Dans un deuxième temps, on aura à distinguer les facteurs stressants sur lesquels le management peut agir et ceux qui lui échappent. Mais dans un premier temps on se contentera d'observer si des managements opposés en termes d'ouverture/fermeture au dialogue social se traduisent, globalement, par des potentialités différentes en matière d'environnement « stresseur ».

## **2.2.1) GENERALITES SUR LES CAUSES DU STRESS.**

Parmi les caractéristiques provoquant le stress au travail, l'Agence européenne en distingue deux catégories : celles relatives au contexte du travail, et celles relatives au contenu du travail. Dans les deux cas, on trouve des facteurs plus ou moins liés à l'organisation des relations sociales et, partant de là, à la plus ou moins grande participation des salariés à la marche de l'entreprise.

Au titre du contenu du travail on évoquera le milieu de travail et les équipements, c'est-à-dire les problèmes concernant la fiabilité, la disponibilité, l'adaptation, l'entretien ou la réparation de l'équipement et des moyens. On retiendra, aussi, la conception de la tâche, c'est-à-dire sa plus ou moins grande variété (ou manque) dans les cycles de travail court, la nature fragmentée du travail ou son caractère insignifiant, la sous-utilisation des compétences, la grande insécurité. Le rapport entre la charge de travail et le rythme de travail figure aussi à ce titre, qu'il s'agisse d'une surcharge de travail ou au contraire d'une quantité suffisante, d'un manque de contrôle sur le rythme de travail, d'un niveau élevé de pression par rapport au

temps imparti pour effectuer ce travail. La question des plannings, lorsque ceux-ci sont directement liés au travail de manière inflexible comme sur une chaîne par exemple ou dans les services des hôpitaux, qu'il s'agisse d'horaires imprévisibles, de durées importantes ou de période effectuée en dehors des heures normales, de même que l'adéquation des tâches avec une formation et une qualification nécessaire pour les exécuter sont des facteurs à considérer. Au titre du contexte du travail, l'Agence européenne retient un certain nombre de caractéristiques encore plus proches de celles qui nous intéressent ici, parce que encore plus susceptibles d'adaptation en fonction du type de management. Outre les relations vie privée-travail que nous avions évoquées lors des études canadiennes sur l'environnement au travail, outre des facteurs comme les plans de carrière faisant apparaître une stagnation ou une incertitude des promotions, leurs insuffisances ou leurs excès, des salaires bas, une dévalorisation du travail, voire une insécurité professionnelle, elle s'attache aux relations interpersonnelles au travail, à la liberté décisionnelle et au contrôle, aux rôles répartis au sein de l'entreprise, à la culture et aux fonctions organisationnelles. Toutes ces caractéristiques renvoient au plus ou moins grand isolement social ou physique, aux mauvais rapports avec les supérieurs, aux conflits interpersonnels, au manque de soutien social, à la mauvaise communication, au niveau insuffisant de soutien pour la résolution des problèmes, à l'absence de définition des objectifs organisationnels, de même qu'à l'ambiguïté ou aux conflits de rôles, à l'imprécision de la définition des responsabilités des travailleurs. Parmi les facteurs de risque à rechercher selon l'Agence européenne, figure en bonne place la culture ou l'*« atmosphère »*<sup>155</sup> de l'entreprise, et la latitude laissée aux travailleurs sur la manière d'exécuter leur travail. Au chapitre des indicateurs du climat sur le lieu de travail, sont évoqués l'absentéisme, la rotation élevée du personnel, le faible respect des horaires, les problèmes disciplinaires, les intimidations, les communications agressives, l'isolement. Tout un ensemble de facteurs qui concernent de près ou de loin, directement ou indirectement, le climat social dans l'entreprise, le statut du salarié et la place qui lui est concédée dans l'organisation de son travail, en un mot la plus ou moins grande richesse du dialogue social. D'ailleurs, l'Agence suggère à ce sujet une prise en compte balbutiante des méfaits « d'une participation insuffisante à la prise de décision, d'un manque de contrôle sur le travail (le contrôle, particulièrement sous forme de participation, fait également partie du contexte et peut être considéré comme un problème d'organisation plus général) »<sup>156</sup>.

Selon elle, le problème du stress au travail dépend généralement de la conception et de la gestion de l'organisation du travail. Ce que nous tenterons de vérifier et d'explorer au cours de notre recherche.

En outre les changements rapides et exceptionnels dans le monde du travail et son organisation intensifient actuellement les problèmes du stress. Bien évidemment, ceux-ci varieront en fonction des secteurs d'activité, des métiers, où des cultures d'entreprise.

Par exemple, les métiers où l'on n'a pas droit à l'erreur sous peine de conséquences graves et réelles seront ceux où les salariés vivent sous la menace constante et où les facteurs de stress sont extrêmement puissants. On sait que certaines professions sont beaucoup plus stressées, parce que l'erreur y est catastrophique : c'est bien sûr le cas des chirurgiens, des aiguilleurs du ciel, des pilotes de ligne. Pourtant, un pilote de ligne travaille moins de trente cinq heures par semaine : le problème n'est pas ici la quantité de travail, mais l'intensité de la concentration

---

<sup>155</sup> FACTS, *Stress au travail*, n° 22, ISSN 1681 – 2131. 2002.

<sup>156</sup> Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, *Stress au travail, résumé d'un rapport de l'Agence* FACTS n° 8, TE - 42 -02-844-FR-D, 2002.

au travail et la vigilance permanente par crainte de l'erreur. Une étude<sup>157</sup> conduite auprès de 5199 d'entre eux (comparés à un groupe témoin de 8435 pilotes de fret) montre que les nouveaux cas de diabète, d'hypertension, d'ulcères d'estomac étaient beaucoup plus importants chez eux, et davantage qu'il n'était permis de l'attendre en fonction de leur âge ou de leur état de santé préalable. « *De tout temps, ces professions ont été reconnues comme particulièrement stressantes, mais aujourd'hui, avec le culte de la performance, de plus en plus de gens ont l'impression d'avoir une épée de Damoclès au-dessus de leur tête quand ils travaillent* »<sup>158</sup>.

## **2.2.2) LA QUESTION DES TEMPS DE TRAVAIL ET LE RAPPORT DUREE / INTENSITE**

La notion d'environnement en matière de santé étant désormais acceptée dans sa dimension multiforme, même dans la relation organisationnelle où il ne s'agit pas que des aspects matériels ou ergonomiques mais aussi d'aménagement du temps et de politique industrielle dans une relation qui n'a rien de mécanique comme le montrent les nombreuses études sur le stress. « *Fait étonnant, le stress n'est pas toujours directement lié à la durée du travail* » remarque Patrick Légeron<sup>159</sup>. En France, chacun sait que le temps de travail hebdomadaire est plutôt réduit, comparé à ce qui se passe dans d'autres pays. Ainsi, la semaine moyenne du salarié américain s'est allongée, ces dernières années, passant de 43 à 47 heures, dépassant même celle du salarié japonais<sup>160</sup>. « *En moyenne, les Américains du Nord travaillent plus de 1 900 heures par an, alors que les Européens de l'Ouest ne passent que 1 740 heures au travail. Comparée à New York, Tokyo, Londres, Milan ou Francfort, Paris est la métropole économique où l'on travaille le moins d'heures par an, avec aussi le plus grand nombre de jours de congés payés. Or les Français n'ont pas un niveau de stress très différent de celui des Anglo-Saxons. Ce sont même les champions en termes de consommation de tranquillisants et d'antidépresseurs* »<sup>161</sup>. Dans une logique semblable quoique non délibérée, des effets induits indésirables des 35 heures peuvent être évoqués. « *Les initiateurs de cette réforme sont partis de l'idée naïve qu'une réduction du temps de travail améliorerait nécessairement les indices de satisfaction des travailleurs. Il n'en a rien été* », affirme P. Askenazy. Officiellement, on a réduit de 4 heures la durée hebdomadaire de travail de 39 heures à 35 heures. Dans les faits, constate-t-il, la réduction n'a été que de 2 heures et demie, du fait de la redéfinition des temps, par exemple l'exclusion de pause. « *D'où une intensification importante du travail, à laquelle il faut ajouter les effets des autres formes de flexibilité autorisées par la loi ou les accords. Les questions de santé et de sécurité ont peu été prises en compte, que ce soit par les syndicats, les employeurs, ou les pouvoirs publics. Résultat: les catégories qui avaient des conditions de travail dégradées, c'est-à-dire en général les personnels les moins qualifiés, ont subi une nouvelle dégradation. Le bilan est négatif. Le paradoxe est que cette évolution préjudiciable est intervenue sous un gouvernement de gauche...* »<sup>162</sup>. Par delà l'esprit de polémique, ce que montre la mise en place des trente-cinq heures est, très vraisemblablement, un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, mais elle reste problématique du point de vue du stress au travail. Sans évoquer son adéquation réelle ou supposée aux

<sup>157</sup> S. Cobb et R.M. Rose, cités par O. Tanner, Stress, Time-Life Books, 1976.

<sup>158</sup> P. Légeron, *op. cit.*, p.22.

<sup>159</sup> P. Légeron, *op. cit.*, p. 32.

<sup>160</sup> *L'Expansion*, n° 640, 1<sup>er</sup> au 14 mars 2001.

<sup>161</sup> P. Légeron, *op. cit.* p. 32.

<sup>162</sup> Idem

objectifs politiques et économiques censés favoriser la création d'emplois, les effets annexes qui sont plus directement compréhensibles en terme de qualité de vie méritent quelque circonspection compte tenu du contexte concurrentiel du marché qui, lui, n'est pas modifié par décret ou, pire, évolue avec l'intégration européenne actuelle dans le sens d'une plus grande ouverture au libéralisme mondialisé. Une enquête réalisée par la DARES en 2001 a montré que, si la mise en place des trente-cinq heures est jugée positive quant à ses effets sur la vie quotidienne par 59 % des salariés, son impact sur les conditions de travail est très décevant. « Pour 46 % des salariés, il n'y a pas eu de diminution du stress, et, pour un quart d'entre eux, il y a même eu une aggravation du niveau de stress »<sup>163</sup>. « Pour les cadres, la mise en place des trente-cinq heures se traduit le plus souvent par plus de gestion administrative et moins d'équipes pour les assister. Ils récupèrent le travail des autres, ce qui les oblige à rester plus tard le soir ou à travailler chez eux »<sup>164</sup>. Une enquête<sup>165</sup> indique que 62% des cadres estiment que les trente-cinq heures ont augmenté leur charge de travail et que 32 % regrettent la dégradation des conditions de travail qui s'en est suivie. En ne permettant pas aux salariés et à leurs représentants de pouvoir recourir à des consultants spécialisés, la loi et l'Etat auraient failli selon P. Askenazy.

### **2.2.3) UNE PRESSION TOUJOURS PLUS FORTE**

D'une manière générale, il sonne l'alarme à propos de la dégradation des conditions de travail. S'il ne nie pas la dimension du problème du stress des salariés, aborder, selon lui, les conditions de travail sous cet angle unique paraît dangereux dans la mesure où cela conduit à psychologiser des questions qui relèvent essentiellement de l'organisation de l'entreprise. Lui aussi, tout comme P. Davezies, dénonce la fuite devant la cause du mal qui consiste pour certaines sociétés à "déstresser" leurs salariés en leur proposant du coaching, des cours de gym, des consultations chez le psychologue (il existe désormais des « tickets psy » comme des « tickets repas »). « Cela, dit-il, peut sans doute apporter une aide ponctuelle, mais dispense surtout l'entreprise de chercher des moyens d'amélioration durable et de se remettre en cause »<sup>166</sup>. A ses yeux, il conviendrait plutôt de mettre l'accent sur les deux facettes de la pénibilité, physique et mentale, montrant par-là l'importance de l'organisation du travail. C'est bien vers cette problématique que s'oriente notre recherche en s'attachant exclusivement à analyser les effets des modes de management. C'est à dire sans entrer dans les déterminants des conditions extérieures de production générées par les lois du marché, à l'exemple de ces nouvelles dérives induites par le nouveau productivisme à flux tendu ; celui qui s'accorde et s'alimente des contraintes d'un marché que l'entreprise génère elle-même par le biais d'une course au renouvellement constant de ses produits de telle sorte qu'elle s'appuie sur la demande d'une clientèle délibérément transformée en consommateur impulsif et compulsif... On l'a déjà signalé, l'entreprise espagnole de mode vestimentaire Zara est un bon symbole de ce mécanisme. En proposant des collections nouvelles en permanence, elle force ses réseaux à suivre une logique similaire aux livraisons de pizza à domicile (« en 30 minutes maxi ») ou aux « hot lines » des centres d'appels ouvertes 24 heures sur 24. Dans un registre similaire, se développe le e-commerce avec « Livraison de votre commande en 24 heures chrono », le développement minute de vos photos, les multiples prestations automobiles, changement de

<sup>163</sup> Enquête menée entre novembre 2000 et janvier 2001 auprès de 1 618 salariés, et conduite par la Direction de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère de l'Emploi.

<sup>164</sup> Cf. Patrick Longeron, *op. cit.*

<sup>165</sup> Enquête « Indicateur du management 2000 », décembre 2000 (cabinet Epsy et experts).

<sup>166</sup> Entretien avec Philippe Askenazy, *Le Nouvel Economiste*, 11/06/2004.

pneus, d'amortisseurs ou de pots d'échappement dans l'heure, etc. Cette accélération du tempo est aujourd'hui la règle. Même les banques s'y mettent en promettant une réponse à votre demande d'emprunt « dans la journée ». Si bien que le travail en urgence est devenu une routine pour tous. Le sentiment de manque de temps devient donc l'une des préoccupations les plus répandues. Selon un sondage récent<sup>167</sup>, 57 % des salariés ont l'impression de ne pas avoir assez de temps pour accomplir le travail qui leur est demandé. Ce pourcentage est encore plus élevé chez les cadres (68%). « *Le travail en urgence modifie certes l'organisation et le fonctionnement des entreprises, mais aussi les comportements des individus, observe P. Légeron. Il n'est que de voir comment, dans certains environnements professionnels, les gens s'agitent et courrent dans tous les sens* ». Comme l'écrit Jean-Louis Servan-Schreiber<sup>168</sup> : « Longtemps, j'ai admiré les gens pressés, jusqu'à ce que je comprenne qu'ils n'étaient que stressés ». Or, comme nous l'avons vu avec la description des mécanismes du stress, l'adaptation de l'individu à une situation d'urgence n'est autre que la réponse de stress elle-même. Cette accélération de toute activité qui semble vouloir tendre à l'abolition du temps se voit aggravée d'une autre tendance, celle de l'abolition de l'espace due aux réseaux de communication. Télécopie, e-mails, Internet, téléphones mobiles, se sont développés dans l'entreprise pour raccourcir considérablement les délais. Non seulement, le nombre de personnes communiquant entre elles augmente et la quantité d'informations échangées s'est accrue dans des proportions considérables mais, il faut compter aussi avec les interruptions continues et perturbantes que ces flots de sonnerie génèrent, interdisant la sérénité d'un travail continu. « *Cela entraîne un grignotage supplémentaire du temps de chacun, et la désagréable sensation de ne jamais pouvoir accomplir une tâche de A à Z* »<sup>169</sup>. Les interruptions répétées sont, en effet, également considérées, en soi, comme des facteurs de stress<sup>170</sup>, qu'il s'agisse du téléphone qui sonne quand on est en train de parler à un client, d'un collaborateur qui vient vous poser une question alors que vous mettez la dernière touche à la rédaction d'un rapport, etc. Quant à l'avènement du portable, il n'a fait qu'empirer les choses. En permettant de joindre partout, et à tout moment, un collaborateur même quand il mange, le téléphone portable devient un instrument de contrôle et de pression. La seule idée de ne pas pouvoir se dire qu'on a un moment tranquille est vécue comme une forme de harcèlement.

La question de l'environnement social est ici laissée pour compte. La combinatoire de ces différentes sources de pression et de productivisme peut même provoquer des effets tout à fait imprévus en termes de santé. Comme nous l'avons signalé, les pathologies diverses touchant le cou, les épaules, les lombaires, la tête, etc., se multiplient. On ne sera pas surpris d'apprendre que cette dégradation physique touche les ouvriers aussi bien que les employés mais, ce qui est plus inattendu, elle concerne même les cadres et les agents de maîtrise. Avec les 35 heures qui ont amplifié l'intensification, on en a eu quelques exemples. Dans la grande distribution, observe Ph. Askenazy « on a pu observer une montée des traumatismes crâniens chez les chefs de rayon. Ces derniers assurent de plus en plus souvent dans l'urgence des réassortiments par eux-mêmes. Ils se blessent du fait de la chute de cartons et de palettes ». En cherchant une optimisation du processus productif et du facteur humain, le système a réintroduit des facteurs physiques dans les métiers purement intellectuels et réciproquement. Chercher à utiliser toutes les capacités d'une personne n'est pas négatif en soi, cela peut rendre le travail plus intéressant et varié. Le problème vient de l'intensification trop élevée des

<sup>167</sup> . SOFRES-CFE/CG, avril 2000.

<sup>168</sup> . *L'Art du temps*, Paris, Fayard, 1984.

<sup>169</sup> P. Légeron, *op. cit.*, p. 25.

<sup>170</sup> « Les interruptions, nous en faisons tous quotidiennement l'expérience : L'avènement du portable — c'est devenu un lieu commun — n'a rien arrangé : en voiture, sur un chantier ou au restaurant, à tout moment, il est désormais possible de joindre, donc potentiellement d'interrompre quelqu'un ».

rythmes de travail et des contraintes mentales et physiques qui génèrent des situations de surcharge. À ce niveau d'intervention pour résoudre ces questions, la notion d'environnement et de déterminants sociaux de la santé au travail dépasse l'aspect purement organisationnel du management pour interpeller le citoyen dans ses choix de société. Ici, on entre dans la sphère du politique à son niveau le plus complexe.

#### **2.2.4) LE CULTE DE LA PERFORMANCE ET LA SURCHARGE DE TRAVAIL**

Ce culte de la performance se traduit non seulement par l'exigence d'une productivité dans l'urgence mais, aussi, par des contraintes de qualité. À la course contre le temps s'ajoute l'absence de droit à l'erreur, l'objectif du « zéro défaut ». L'ensemble de ces facteurs contribue à l'intensification du travail qui caractérise l'époque actuelle. « *Il y a une dizaine d'années, certains salariés connaissaient parfois le phénomène inverse, remarque P. Légeron, celui de la sous-chARGE de travail. Qu'ils fussent « mis au placard » ou dans des secteurs particulièrement calmes de l'administration ou de l'entreprise, ils étaient un certain nombre à se sentir sous-sollicités, tentant vainement d'occuper leurs journées. Car cette tranquillité n'était pas sans poser de nombreuses difficultés à ceux qui étaient concernés, le sentiment de vacuité ou d'inutilité dans le travail n'étant pas le meilleur garant de l'épanouissement de l'individu* »<sup>171</sup>.

Aujourd'hui, ce serait plutôt l'inverse. La variété et la multiplicité des tâches à gérer entraînent des tensions nouvelles. Les salariés se voient confrontés à une foule d'obligations toutes plus urgentes les unes que les autres, ce qui génère parfois chez eux des sentiments de panique à l'idée de ne pas pouvoir faire face. L'impression de « péter les plombs » est évoquée de plus en plus fréquemment. Or, cette montée en charge du travail est encore plus difficile à vivre dans les entreprises où il y a une stagnation, voire une réduction des effectifs. Ce phénomène tend à se généraliser. L'exemple type, ayant soulevé de nombreuses grèves de mécontentement, et celui de la réduction des effectifs dans les transports en commun. Les chauffeurs de bus se sont, peu à peu, retrouvés isolés, remplissant tout à la fois les fonctions de contrôleur et de chauffeur. Mais par la même occasion, cette réduction a généré des problèmes de sécurité. Conséquence qui modifie sensiblement le climat et l'exercice de leur profession initiale. Ce phénomène est typique d'une évolution générale dans l'exercice des métiers, d'abord de manière morale, ensuite de manière institutionnelle.

Pendant longtemps, la relation au travail était une relation contractuelle, c'est-à-dire que les gens devaient accomplir la tâche pour laquelle on les avait engagés : bien travailler consistait tout simplement à faire ce qu'on vous avait demandé de faire.

A partir des années 1980 et surtout des années 1990, sous l'effet croisé d'un durcissement de la concurrence internationale aussi bien en amont (coût de la main-d'œuvre) qu'en aval (qualité et prix du produit) la réponse ne pouvait être trouvée, pour les pays occidentaux développés, qu'à travers de constants progrès dans la productivité. On a vu alors apparaître une autre idéologie : faire son travail ne suffisait plus, il fallait se dépasser. « C'est un peu comme dans le milieu sportif : si vous pouvez sauter 2,40 m, cela veut dire que vous êtes sans doute capable de monter un peu plus. Les entreprises raisonnent désormais de la façon suivante : « *Si on s'y met tous, pas seulement vous, mais aussi moi, en tant qu'entreprise, on peut aller plus loin.* » Comme le coach dit à l'athlète : “ Bravo pour l'exploit, mais je suis sûr

---

<sup>171</sup> . P. Légeron, *op. cit.*, p. 17.

*que, si tu veux et si je t'aide, tu peux battre ce record ", les entreprises demandent toujours plus à chacun »<sup>172</sup>.* Le salarié devient donc une sorte de champion du travail, entraîné dans une boucle de stress sans fin.

### **2.2.5) L'AMBIGUÏTÉ DES INSTANCES DE CONCERTATION.**

Résultat de ce culte de la performance et du dépassement qui s'est progressivement installé : le travail n'est jamais plus perçu comme un objet de satisfaction. Même si le salarié a le sentiment d'avoir bien accompli sa tâche, même si ses résultats sont bons - ce qui, vingt ans auparavant, lui aurait valu des congratulations chaleureuses et des encouragements – le voilà désormais prisonnier d'un dilemme pathétique entre avoir l'impression de ne pas avoir atteint ses objectifs, ou choisir de se désintéresser de son propre travail. Dans un cas, comme dans l'autre, qu'il soit surmotivé ou démotivé, le voici acculé à l'insatisfaction et à l'amertume. Peu à peu, comme l'a noté P. Davezies, disparaît ou du moins s'amenuise le sentiment du travail bien fait, de la plénitude de la tâche accomplie, partagé par l'individu et l'entreprise.

Cette idéologie de la performance, ce sentiment que plus jamais on ne pourra atteindre la perfection ou la satisfaction de la mission remplie, est une source à la fois de pressions et de frustrations considérables. Or, il est avéré que les stresseurs les plus importants évoqués chez l'homme sont liés à la notion d'échec, et en particulier d'échec professionnel<sup>173</sup>. Comme on le verra plus loin, cela aura aussi d'autres conséquences que le stress, vers le milieu de la vie ; des conséquences d'acédie tout aussi dommageables pour la santé. Dans l'immédiat, l'accomplissement de soi ne sera plus recherché dans le travail mais dans la consommation, le loisir de la consommation comme la consommation des loisirs. Or, si globalement l'économie en tire profit, il n'est pas sûr que l'individu, lui, s'y retrouve à long terme. On reconnaît là une perspective évoquée par H. Laborit en 1970 : « *La technicisation, le travail en miettes viennent obscurcir la finalité première. Dans un tel contexte, le terme de loisirs s'oppose en effet à celui de travail. Les loisirs représentent cette part de nos actes dont la finalité paraît être strictement individuelle sans lien apparent avec la société. C'est du moins celle librement consentie et apparemment choisie, non imposée par une contrainte sociale*

<sup>174</sup>.

Ainsi que nous l'avons évoqué précédemment, c'est dans la notion de qualité - et plus exactement sous le slogan du « zéro défaut » - que le culte de la performance atteint son apogée et que l'équivoque entre le management et les salariés s'est épanoui. Il y a une trentaine d'années, les entreprises ont commencé à développer le langage de la qualité pour mettre en avant l'idée suivant laquelle c'est la satisfaction du consommateur qui est primordiale à leurs yeux. La tyrannie du « zéro défaut » fut érigée en véritable culte qui servit surtout à structurer les rapports entre la direction et le personnel. Sous prétexte d'assurer une garantie totale pour le consommateur, c'est l'intégration du salarié aux objectifs de l'entreprise qui était visée en priorité. Ce qui n'a rien de répréhensible en soi à partir du moment où le salarié a effectivement son mot à dire sur la détermination des dits objectifs. Tel n'était pas, bien sûr, le cas. Ces pratiques sont apparues de manière assez conviviale et modérée, dans les années 70, à travers ce qu'on appelle « les cercles de qualité ». On essayait d'optimiser le travail, remarque P. Légeron. « *Il s'agissait d'une démarche plutôt saine et logique d'amélioration : comment devenir encore meilleur ? Mais rapidement, les cercles de qualité se sont structurés dans des démarches beaucoup plus âpres et plus contraignantes et ont*

<sup>172</sup> *Idem*, p.21.

<sup>173</sup> *Idem*, p. 210.

<sup>174</sup> Henri Laborit, *L'homme imaginant*, op. cit., p.91.

*défini des objectifs de perfection absolue. (...) Cette idéologie de l'exigence, qui exige une amélioration permanente dans tous les domaines, nécessite un effort d'adaptation considérable pour les salariés, et ce en raison de l'empilage de multiples objectifs. La stratégie des 5 zéros : 0 délai, 0 stock, 0 panne, 0 défaut et 0 papier, développer dans certaines unités de production, en est un parfait exemple »<sup>175</sup>.*

## **2.3) LES CAUSES ET LES PISTES DE REFLEXION POUR LES REMEDES**

### **2.3.1) STRESS PROFESSIONNEL ET MARGE DE MANŒUVRE : LE MODELE DE KARASEK**

Nous l'avons évoqué déjà à plusieurs reprises, nous le présenterons ici. Le chercheur américain Robert Karasek, auquel on se réfère pour le modèle qui porte désormais son nom, a étudié le stress professionnel sur une population de 4995 personnes<sup>176</sup> à partir de deux axes fondamentaux : la demande psychologique (contraintes de productivité et charges professionnelles, exigence mentale, contraintes de temps et de concentration, demandes contradictoires) et la latitude laissée à l'individu, son autonomie décisionnelle (degré de liberté d'initiative et marge de manœuvre, utilisation des compétences et créativité). Le croisement ou la combinaison de ces deux composantes serait selon lui le meilleur prédicteur de niveau de stress : plus la contrainte est élevée et plus l'autonomie décisionnelle est faible, plus le salarié est stressé. Par exemple, une caissière de supermarchés, cas type d'une personne soumise à une forte pression et disposant d'un faible contrôle, subit un stress très élevé. À l'inverse, « *un chercheur, avec une faible pression professionnelle et un grand pouvoir de contrôle, sera beaucoup moins stressé* »<sup>177</sup>.

En tenant, ainsi, compte de ces deux caractéristiques de la situation professionnelle, la charge de travail, d'une part, et la latitude décisionnelle, d'autre part, ce modèle de Karasek<sup>178</sup> permet de classer les différentes situations de travail et d'établir une typologie des activités professionnelles en quatre groupes :

- Travail très contraignant (charge de travail importante et faible marge de manœuvre) génère un climat « tendu » de vie professionnelle. C'est le cas des serveurs de restaurant, des standardistes, des ouvriers travaillant à la chaîne.
- Travail peu contraignant (charge de travail faible et large marge de manœuvre), génère des conditions « détendues ». Il s'agit, par exemple, des chercheurs.
- Travail actif (charge de travail et marge de manœuvre importante). Cela concerne les médecins, les dirigeants d'entreprise, les agriculteurs.
- Travail passif (charge de travail et marge de manœuvre faible). Cette catégorie regroupe les gardiens de nuit, les personnels de surveillance.

<sup>175</sup> P. Légeron, *op. cit.*, p. 21.

<sup>176</sup> R. Karasek, « Occupational distribution of psychological demands and decision latitude », *International Journal of Health Services*, 19, 481 – 508, 1989.

<sup>177</sup> Légeron, *op. cit.*, p. 160-161.

<sup>178</sup> R. Karasek, T. Theorell, *op.cit.*

Il s'agit bien sûr d'une typologie approximative, car, au sein d'un même métier, les conditions de travail peuvent être très différentes.

Plusieurs études ont cependant montré que c'était le travail contraignant qui soumettait la santé des individus aux plus grands risques.

		CHARGE DE TRAVAIL	
		Faible	Forte
Marge de manœuvre	Forte	Travail Peu contraignant	Travail actif
		Travail passif	Travail contraignant

Par la suite, une nouvelle dimension a été introduite dans le modèle de Karasek. Il s'agit du soutien social au travail (soutien socio-émotionnel et techniques) de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques, qui module les déséquilibres entre demande psychologique élevée et faible latitude décisionnelle.

De nombreuses recherches utilisent ce modèle dans les études épidémiologiques sur le stress au travail. Parmi les dernières en date, on retiendra une étude suisse de l'Institut universitaire romand de Santé au Travail à Lausanne, réalisée par V. Gonik et S. Kurth. Consacrée à l'autonomie et à la reconnaissance au travail, elle s'attache au cas des enseignants et des policiers pour mettre en évidence l'importance de facteurs comme l'autonomie et la reconnaissance dans la genèse des troubles de la santé<sup>179</sup>. Cette étude montre en quoi ces éléments sont d'autant plus importants qu'ils jouent également le rôle de facteurs protecteurs. De même que deux chercheurs français, Carole Meyer et Alain Trognon, ont montré à partir d'une étude sur le changement organisationnel des équipes de travail d'une entreprise, que les effets obtenus par le passage en groupes semi-autonomes ne font pas de doute : amélioration de la productivité, amélioration du climat social, et réduction de l'absentéisme, au moins pour un temps, tout en précisant la complexité du phénomène et l'absence d'effet mécanique du climat sur l'absentéisme ou inversement<sup>180</sup>.

Ainsi, contrairement à des idées reçues, les patrons n'apparaissent pas plus stressés que leurs collaborateurs. Leur place dans la chaîne de commandement et la nature de leur travail caractérisée par un haut niveau d'autonomie, compensent la charge de travail et la pression qu'ils subissent. Un individu soumis à de fortes demandes de son environnement sera donc d'autant moins stressé qu'il aura plus d'autonomie dans la réalisation de ses activités professionnelles. C'est pour ces raisons, que le stress n'augmente par forcément au fur et à mesure que l'on gravit les échelons dans la hiérarchie. P. Légeron, qui dirige par ailleurs un cabinet de conseil aux entreprises sur le thème du stress professionnel, observe que : « *Le*

<sup>179</sup> V. Gonik et S. Kurth, "Autonomie et reconnaissance au travail : le cas des enseignants et des policiers", colloque international, les 22-23-24 Novembre 2004, à Nancy, Metz et Mondorf-Les-Bains au Luxembourg, sur le thème : « *Entreprise, Santé et Travail : homme et organisation un équilibre impossible ?* ».

<sup>180</sup> Cf. Carole Meyer et Alain Trognon, « Le changement organisationnel et son impact sur la santé des salariés, absentéisme et climat social », *op.cit.*

*mythe du patron plus stressé que ses collaborateurs ne correspond pas toujours à la réalité »<sup>181</sup>.*

À l'opposé, moins le salarié est qualifié, plus il est situé en bas de la hiérarchie, et plus son stress peut s'avérer important car, en général, il dispose d'une marge de manœuvre et d'un degré d'autonomie bien moindres. Absence réelle de contrôle ou sentiment d'absence de contrôle se confortent dans un même effet d'accroissement du stress. On peut aisément l'illustrer par une expérience quotidienne, celle que constate la majorité des gens en voiture : « *le stress est plus grand quand ils sont passagers d'une voiture que lorsqu'ils conduisent. Ils ont le sentiment de ne rien contrôler alors que le chauffeur, même s'il est un mauvais conducteur, tient le volant et a donc l'impression de contrôler la situation. C'est aussi la raison pour laquelle certaines personnes éprouvent un stress élevé en avion : elles ont un sentiment de non-contrôle absolu de la situation* »<sup>182</sup>.

L'importance du contrôle dans la réalisation des tâches professionnelles a été soulignée par plusieurs études. Ainsi, l'une d'elles réalisée en Norvège<sup>183</sup> sur un grand échantillon de femmes salariées enceintes a permis de montrer l'influence réciproque du rythme de travail et des pauses selon que ceux-ci étaient imposés ou, au contraire, auto-régulés. La conclusion a été que la probabilité, pour ces femmes, d'avoir des problèmes de grossesse, des douleurs lombaires et de donner le jour à un enfant de faible poids était d'autant plus grande que leur rythme de travail et leurs pauses n'étaient pas sous leur contrôle.

Mais, l'importance de l'autonomie laisse ouverte l'investigation sur les différents paramètres du contrôle, sa définition, son étendue, ses limites. Cela peut aller de la liberté d'organiser comme on le souhaite son travail personnel en termes de disposition du poste de travail - voire d'organisation des gestes professionnels - ou d'aménagement des horaires<sup>184</sup>, jusqu'à une contribution aux orientations et aux finalités de ce travail au sein du groupe par une implication dans les processus de décision. À cette autre extrémité de la chaîne, le contrôle consistera à concourir à la finalité de l'ensemble selon les termes évoqués, précédemment, par H. Laborit, ceux d'une « participation » à la compréhension générale des ensembles socio-économiques de l'époque.

### 2.3.2) LES AUTRES MODELES

Plusieurs autres modèles de stress ont été proposés pour intégrer la complexité du phénomène. Outre celui de Karasek, les trois modèles les plus utilisés dans le domaine de la recherche sont les suivants :

---

<sup>181</sup> . P. Légeron, *op. cit.*, p.161. Lors d'une vaste étude sur le stress qu'il a conduite en collaboration avec le service de médecine du travail d'une des plus grandes banques françaises, il a étudié, auprès d'un échantillon représentatif de 960 salariés, le rapport entre le niveau de stress (mesuré notamment par un questionnaire validé) et le niveau hiérarchique. Il existait globalement une relation inverse entre la position hiérarchique et le stress mesuré.

<sup>182</sup> *Idem*, p. 158.

<sup>183</sup> J. Scand, "Workspace control and pregnancy health in a population-base sample of employed women in Norway ", *Work Environ. Health*, 1998, 24, 206-212.

<sup>184</sup> On a pu montrer que les réactions cardio-vasculaires, tout comme l'activation neuro-endocrinienne, étaient plus importantes pendant les périodes de travail où le rythme était imposé, comparées à celles où le rythme était choisi par l'individu, et cela pour des rythmes identiques.

### Le modèle « P-E fit »

Le modèle du déséquilibre efforts/récompenses de Siegrist

Le modèle transactionnel du stress

Le modèle « P-E fit » (Person-Environment Fit) signifie littéralement le modèle de l'ajustement entre la personne et son environnement. Egalement d'origine nord-américaine, ce modèle date de la fin des années 70 et début des années 80. Utilisé surtout dans le domaine de la recherche en psychologie sur le stress au travail, ce modèle explique l'état de stress comme le résultat d'une absence d'adéquation entre les environnements de travail (variant dans leurs exigences et leurs récompenses) et les personnes (variant dans leurs attentes et leurs aptitudes). Le stress peut survenir en deux circonstances, soit lorsqu'il y a inadéquation entre les capacités d'une personne et les exigences de la tâche, soit lorsque les besoins de la personne et ceux pouvant être satisfaits par le travail ne sont pas ajustés.

Le modèle du déséquilibre efforts/récompenses de Siegrist. Application du modèle précédent (P-E fit), ce modèle, développé par l'équipe de Siegrist en Allemagne, à partir de 1986, est comme le modèle de Karasek, souvent utilisé dans les études épidémiologiques du stress au travail. Selon le modèle de Siegrist, l'état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre les efforts qu'une personne consent à fournir dans son travail et les récompenses qu'elle en reçoit en retour. La notion de récompense pouvant être éminemment plurielle, généralement de trois sortes : les gains financiers (salaires, primes, intérèsement, actionnariat, etc.), les satisfactions morales (manifestation d'estime de la part des collègues et des supérieurs), et le degré de contrôle sur son statut professionnel (plan de carrière, perspective de promotion, sécurité de l'emploi, etc.). Dans ce modèle, deux types d'efforts sont considérés :

- Les efforts extrinsèques correspondent aux exigences psychologiques développées dans le modèle de Karasek (contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires, charge physique, augmentation de la demande).
- Les efforts intrinsèques représentent des facettes de la personnalité (besoin d'approbation, compétitivité et hostilité latente, impatience et irritabilité disproportionnées, incapacité à s'éloigner du travail).

Selon ce schéma, de nombreux travaux sur la psychologie du contrôle<sup>185</sup> ont permis de mettre en évidence deux types de personnalités en fonction de leur tendance à attribuer en permanence, soit à eux-mêmes soit à des facteurs extérieurs, la cause des événements qu'ils rencontrent dans leur vie :

- Soit ils attribuent ce qui leur arrive à une sorte de destin. On nomme « externalistes » ceux qui pensent que, quoi qu'ils fassent, les événements qui doivent survenir surviennent, et que leurs efforts sont plus ou moins inutiles. Développant un sentiment d'impuissance par rapport aux événements, ils sont en prise au fatalisme et évoquent généralement l'absence de chance ou l'incertitude ; bref, ils ne sont responsables de rien.
- Soit ils pensent que ce qui leur arrive dépend d'eux-mêmes, de leurs efforts et de leur attitude face à la vie. De tels individus, que l'on nomme « internalistes », ont le sentiment que l'on peut contrôler les événements. Ils sont persuadés que leurs échecs comme leurs réussites sont la conséquence de leurs actes<sup>186</sup>.

<sup>185</sup> J. B. Rotter, "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement", Psychological Monographs, 80, 1966.

<sup>186</sup> Précisons toutefois que le débat est très ouvert entre les psychologues sociaux sur cette notion de normes d'internalité et d'externalité. En France, ce sont surtout Beauvois et Joule qui défendent cette idée. Ils ont tenté

Bien sûr, ce ne sont là que des cas-types très tranchés, les individus se répartissant entre ces deux extrêmes<sup>187</sup>. Et, pour un même individu, on pourra effectuer selon les circonstances et les moments des attributions tour à tour externes ou internes. Néanmoins, ces notions présentent en matière de stress un intérêt évident : « toutes les études montrent que les internalistes sont moins sensibles au stress que les externalistes », rapporte P. Légeron, parce qu'ils ont

de montrer que l'on pouvait lutter contre le chômage en appliquant une telle analyse puisqu'il y aurait tout autant, d'un côté, des chômeurs internalistes et, de l'autre, externalistes. On imagine l'émoi qui en résulte. Une fois encore se pose l'éternelle question de l'œuf et de la poule et des querelles d'écoles entre « sociaux » et « libéraux » qui l'accompagnent. Sans doute, ne s'agit-il pas de trancher ce genre de dilemme mais de distinguer et de hiérarchiser les paramètres de toute relation dialectique. Cf. Jean-Léon Beauvois et Robert-Vincent Joule, *La soumission librement consentie : comment amener les gens à faire librement ce qu'il doivent faire ?*, PUF, 2001, 214 p. Et, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Presses Universitaires de Grenoble, 1987, 229 p.

<sup>187</sup> Exemple de test d'auto-évaluation :

1	On obtient de l'avancement grâce à son travail et à sa persévérance.	Réussir est surtout une question de chance.
2	Selon moi, il y a un rapport entre mon travail et mes notes.	Les réactions de mes supérieurs sont plutôt imprévisibles.
3	Le nombre de divorces montre que de plus en plus de gens ne font pas d'efforts pour que leur mariage marche.	Le mariage est, en grande partie, un jeu de hasard.
4	Lorsque j'ai raison, je peux convaincre les autres.	Il est stupide de penser que l'on peut changer les autres.
5	Dans notre société, la réussite future dépend des capacités de chacun.	Pour avoir de l'avancement, il suffit d'avoir un peu plus de chance que les autres.
6	Si l'on sait prendre les gens, on peut leur faire faire ce que l'on veut.	J'ai peu d'influence sur le comportement des autres.
7	Les appréciations que j'obtiens résultent de mes efforts ; le hasard a peu ou pas d'influence à ce niveau.	J'ai parfois l'impression d'être jugé au hasard.
8	Les gens comme moi peuvent changer le cours des choses.	Il est illusoire de croire que l'on peut avoir une influence sur la société.
9	Je suis maître de mon destin.	Presque tout ce qui m'arrive n'est qu'une question de hasard.
10	On peut apprendre à s'entendre avec les gens.	Il est presque impossible de savoir comment satisfaire certaines personnes.

La colonne de gauche exprime des attitudes “internalistes”, tandis que la colonne de droite reflète des attitudes “externalistes”.

développé un système de pensée tel qu'ils ont en eux-mêmes plus de ressources pour contrôler les événements<sup>188</sup>.

Le modèle transactionnel du stress (Lazarus et Folkman) : également nord-américain, ce modèle, proposé par Lazarus et Folkman à partir de 1984, s'appuie sur le consensus qui existe autour du stress sur le fait que celui-ci résulte d'une réaction produite par un déséquilibre entre les contraintes imposées par l'environnement quotidien au travail et les ressources dont dispose l'individu pour y faire face. Le sujet actif ressent du stress quand il réagit de la même manière, en fonction de sa subjectivité, aux événements majeurs de sa vie professionnelle. Ce faisant, ce modèle met l'accent sur les processus d'évaluation de la situation, c'est-à-dire sur l'activité cognitive de la personne en situation de stress et, à ce titre, est utilisé dans le domaine de la recherche en psychologie sur le stress au travail. Il évalue en deux temps l'activité cognitive de la personne confrontée à une situation problématique. D'abord, la perception de l'enjeu : la situation représente-t-elle à ses yeux une perte, une menace, un défi ? Il s'agit du stress perçu ou évaluation primaire. Ensuite, la manière dont la personne évalue les ressources à sa disposition pour agir, répondre et éventuellement intervenir sur la situation qui lui pose problème : que peut-il faire, lui est-il possible d'intervenir, de changer quelque chose à la situation ? Il s'agit du contrôle perçu ou évaluation secondaire. L'appréciation conjointe de ces deux paramètres (enjeu et ressources) permet à la personne d'orienter ses réponses face à cette situation de stress. On parle alors de stratégies d'adaptation ou d'ajustement au stress. Le terme consacré est « coping », de l'anglais « to cope with » = « faire face ». Les émotions, les raisonnements et les comportements de cet individu en situation de stress déterminent largement la manière dont va se développer sa réaction<sup>189</sup>. Ces stratégies de coping peuvent être orientées vers la résolution du problème (recherche de solutions, meilleure organisation, demande d'aide auprès des collègues, ...) et/ou vers la gestion des émotions engendrées par le stress (exprimer sa colère ou au contraire l'inhiber, ruminer ses erreurs, ...). Elles ne sont pas des traits de personnalité inhérents à l'individu, mais des « stratégies d'ajustement » que l'on adopte en fonction du stresseur. Elles peuvent être centrées sur l'émotion ou centrées sur le problème. L'INRS souligne dans son dossier sur le stress au travail que « *le niveau d'analyse est ici l'individu et son appréciation subjective de la situation ou de l'événement auquel il est confronté. Le niveau d'analyse est ancré à la réalité du travail et à ses conditions de réalisation. Le stress devient une préoccupation collective lorsqu'il y a une accumulation de plaintes provenant de personnes différentes en lien avec le travail* »<sup>190</sup>.

### **2.3.3) LE PSYCHOLOGIQUE ET LE SOCIAL**

S'il convient de prendre en compte les capacités différentes des individus à résister à des situations de stress, la présente étude s'attachera exclusivement à tester certaines hypothèses relatives à l'organisation sociale. Et parmi les facteurs qui composent une situation de travail génératrice de tension ou d'état de stress, on retiendra ceux qui relèvent des facteurs liés à l'organisation du travail plutôt que des facteurs liés à la tâche. C'est la raison pour laquelle on comparera deux types de populations soumises à des contenus identiques de travail à

---

<sup>188</sup> S. Cohen, J. R. Edwards, “ Personality characteristics as moderator of the relationship between stress and disorder ”, in R. W. J. Neufeld (éd.), *Advances in the Investigation of Psychological Stress*, New York, Wiley, 1989.

<sup>189</sup> I. Paulham et M. Bourgeois, *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*, Paris, PUF Nodules, 1995.

<sup>190</sup> . INRS : « Le stress au travail », mise à jour du 08/10/2003, <http://www.inrs.fr/>.

effectuer, branche par branche, spécialité par spécialité, dans l'idée d'aplanir les effets dus aux facteurs liés à la tâche (charge de travail, degré d'exigences quantitatives : rendement, pression temporelle, masse d'information à traiter ; degré d'exigences qualitatives : précision, qualité, vigilance ; autres caractéristiques : monotonie, absence d'autonomie, répétition, fragmentation, gravité des erreurs et autres risques inhérents à l'exécution de la tâche,...).

Et parmi les facteurs liés à l'organisation du travail, tous ne retiendront pas notre attention. Ou du moins pas directement, mais en ce qu'ils traduisent des différences de gestion du personnel et de relations sociales dans l'entreprise. Ainsi, l'absence de contrôle sur la répartition et la planification des tâches, l'imprécision des missions confiées (Quoi ? Comment ? Résultat évalué sur quelle base ?), les injonctions contradictoires (Comment faire vite et bien ? Qui satisfaire : le client ou le respect de quotas ?), les inadaptations d'horaires de travail aux rythmes biologiques, à la vie sociale et familiale, les nouveaux modes d'organisation (flux tendu, polyvalence, ...), l'instabilité des contrats de travail (contrat précaire, sous-traitance...), etc. ne seront pris en compte que pour autant qu'il révèlent des différences de management.

Dans cette étude, la priorité est accordée aux facteurs psychosociaux liés aux relations de travail, que l'INRS a ainsi relevés : « Manque d'aide de la part des collègues et/ou des supérieurs hiérarchiques, Management peu participatif, autoritaire, déficient, absence de reconnaissance du travail accompli, etc.. ».

Les relations avec la hiérarchie seront bien entendues au cœur de cette problématique. Mais il faut entendre cette relation au sens large, davantage en terme de système que de rapport interpersonnel.

Ainsi, l'Agence européenne pour la santé au travail retient comme source de stress dans l'entreprise la manière dont les activités sont organisées, l'atmosphère (ou la « culture ») de l'entreprise, avec bien sûr le degré de contrôle c'est-à-dire la maîtrise que les travailleurs peuvent avoir sur leur travail, les relations sociales dans l'entreprise (et notamment, dans le négatif, les intimidations et le harcèlement) ; le degré de communication, la circulation des informations concernant les évolutions de l'organisation du travail et leur planification, la compréhension par les travailleurs de leur rôle au sein de l'organisation du travail ; existence ou non de conflits, la valorisation ou non du travail et des suggestions apportées par le travailleur, etc.. Autant d'éléments qui traduisent des situations dans lesquelles les individus peuvent bénéficier d'une influence suffisante sur la manière dont leur travail est accompli. À ce titre, l'Agence précise : « Le personnel doit pouvoir contrôler la planification de son travail, décider la manière dont ce travail doit être réalisé et déterminer les solutions à trouver aux problèmes qui se présentent »<sup>191</sup>. Elle préconise qu' « il y a lieu d'enrichir les tâches afin que le personnel puisse utiliser au mieux ses compétences. Il est crucial d'instaurer un environnement favorable »<sup>192</sup>.

De même, elle souligne l'importance des relations qui existent entre les salariés, et entre les salariés et les cadres de direction. De même quelles sont les relations entre les cadres de direction et la direction ? Évoquant la réalité des intimidations ou des harcèlements, elle en vient à préconiser la mise en place de procédures disciplinaires de règlement des conflits afin de traiter tout comportement inacceptable à ses yeux, « il y a lieu de mettre en place une culture au sein de laquelle les travailleurs se font mutuellement confiance et reconnaissent leur contribution mutuelle »<sup>193</sup>. Le lien entre les relations entre les salariés et leur direction et

<sup>191</sup> FACTS, *Stress au travail*, n° 22, ISSN 1681 – 2131. 2002.

<sup>192</sup> . *Idem*. n°22.

<sup>193</sup> . *Idem*. n°22.

les évolutions du contexte professionnel ou de leur milieu de travail est également considéré comme source de stress. La clarté de la communication devant être suffisante avant, pendant et après tout changement, il est préconisé de donner au personnel et à ses représentants l'opportunité d'avoir une influence sur cette évolution, et de se sentir plus impliqué.

Plus tard, dans un rapport de l'Agence consacré aux problèmes psychosociaux et au stress au travail,<sup>194</sup> sept facteurs de réussite des bonnes pratiques dans la prévention du stress sur le lieu de travail sont présentés.

Parmi eux, est recommandée la combinaison de mesures axées sur les travailleurs et sur le travail. Cela revient à dire qu'il convient de donner la priorité aux interventions collectives et organisationnelles afin de s'attaquer au risque à la source. La dimension collective du problème est donc retenue, les mesures axées sur les travailleurs peuvent venir en complément d'autres mesures.

En outre, pour assurer le succès de la prévention du stress, il est recommandé qu'une attitude de prévention soit soutenue par la direction. Aucune amélioration durable n'est envisageable sans que la direction soit prête à opérer des changements. La gestion des risques doit devenir une donnée essentielle à leurs yeux. Mais avant cela est stipulée l'importance « du dialogue social, du partenariat et de l'engagement des travailleurs ». L'engagement des salariés et de l'encadrement est considéré essentiel pour chaque étape de l'intervention. Ce qui est lourd de conséquences sur la nature du management de l'entreprise, de sa « gouvernance ».

Dans un encadré au sein de l'une de ses fiches, l'Agence insiste bien sur ce constat : « Il ne faut pas oublier une chose - le stress au travail est le symptôme d'un problème au niveau de l'organisation du travail et non celui d'une défaillance individuelle ! »<sup>195</sup>.

On ne peut donc qu'en déduire l'importance du dialogue social à la lecture de quelques uns de ces conseils prodigués aux salariés pour mieux déterminer si un problème existe ou non :

Le stress au travail constitue-t-il un problème dans l'entreprise ?

(...)

Maîtrise :

Pouvez-vous agir sur la manière d'effectuer votre travail ?

Êtes-vous intégré dans le processus de prise de décision ?

Relations :

Vos relations avec votre supérieur sont-elles satisfaisantes ?

Quelles sont vos relations avec vos collègues ou, si vous faites partie de l'encadrement, avec vos subordonnés ?

Évolution :

Êtes-vous informé de l'évolution de l'organisation du travail au sein de l'entreprise ?

Êtes-vous invité à participer à la modification de l'organisation du travail ?

Bénéficier-vous d'un soutien pendant la mise en place des changements ?

Estimez-vous qu'il y a trop ou au contraire trop peu de changements ?

Êtes-vous valorisé lorsque vous réalisez un bon travail ?

---

<sup>194</sup> FACTS n°32, Problèmes psychosociaux et stress au travail, résumé d'un rapport de l'agence, n°32, ISSN 1681-2131, 2002.

<sup>195</sup> FACTS n°31, Conseils pratiques travailleurs pour maîtriser le stress lié au travail et ses causes, n°31, ISSN 1681-2131, 2002.

Quant à ses conseils concernant la maîtrise, ils sont aussi très clairs : « demandez plus de responsabilité dans l'organisation de votre propre travail. Demandez à participer à la prise des décisions concernant votre espace de travail »<sup>196</sup>.

La question de la lutte contre le stress conduit inexorablement à valoriser les personnes, à agir sur leur environnement et à repenser l'organisation du travail. Or ces modalités d'intervention, se situent précisément au niveau intermédiaire entre l'individu et le collectif sur lequel il existe des marges suffisantes pour intervenir. Il s'agit non pas du contexte macro-économique mais de l'entreprise (ou de l'unité de production), et de ses rapports sociaux de travail. Le niveau de l'entreprise est déterminant tant son rôle dans l'état de la santé publique est crucial. Et la marge de progression qui lui est promise semble tout particulièrement large en France. À ce titre, un sondage réalisé en 2000 montre que 67 % des salariés pensent que leur entreprise a les moyens de diminuer le stress du personnel, tandis que 57 % d'entre eux ne font pas confiance à leur employeur pour le combattre<sup>197</sup>. Voilà qui est très symptomatique des relations sociales dans notre pays. D'ailleurs, seule une minorité d'entreprises s'est délibérément attaquée au phénomène du stress au travail en le dédramatisant, et en le désamorçant de toute passion. Ce sont bien sûr celles qui bénéficient d'une longue tradition de culture sociale et que l'on retrouve le plus souvent parmi les grosses entreprises ou les organismes publics. La prise de conscience de leurs dirigeants qui les a convaincus d'abandonner la politique de l'autruche en ce domaine, résulte la plupart du temps d'une confrontation brutale à la réalité du stress par le suicide dramatique d'un salarié ou à la suite d'un accident cardiaque sévère d'un cadre. Pour le reste, il s'agit surtout de filiales françaises de grands groupes nord-américains ou de l'Europe du Nord.

L'organisation du travail est directement visée dans la mesure où la diminution du stress passe à l'évidence par la réduction, voire la suppression de ses causes. Pour revenir à l'un des facteurs clés définis par Karasek - la maîtrise de son travail - c'est incontestablement au niveau de l'entreprise que les dirigeants ont la possibilité de transférer des zones de contrôle et de décision aux salariés. P. Légeron remarque avec pertinence que « c'est sans doute dans ce domaine que l'entreprise a la plus grande marge de manœuvre pour réduire le stress de ses salariés (...). Beaucoup de recherches ont montré que les salariés qui participent aux décisions sont plus productifs, plus motivés et plus satisfaits de leur travail. La participation a notamment pour effet d'améliorer la circulation de l'information à l'intérieur des entreprises. Or l'absence de communication est elle aussi une cause majeure de stress »<sup>198</sup>.

#### **2.3.4) AU-DELA DU STRESS, UN AUTRE SYMPTOME DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL : L'ACEDIE**

Mais il n'y a pas que le stress à prendre en compte comme facteur clinique de dysfonctionnement entre le salarié et son travail. D'autres formes de souffrance au travail existent pour expliquer les phénomènes de détérioration de la motivation vis-à-vis de l'engagement professionnel et la dégradation de son état de santé, plus insidieuses, plus sournoises ou moins spectaculaires que celles qui résultent de l'inadéquation traumatisante entre les moyens affectés et les objectifs assignés. Ces souffrances peuvent même surgir en l'absence de toute pression trop forte ou de surmenage, mais elles n'en sont pas moins

<sup>196</sup> FACTS n°31, *idem*.

<sup>197</sup> Enquête Liaisons sociales, Manpower --CSA, septembre 2000, citée par Légeron, p. 245.

<sup>198</sup> P. Légeron, op. cit., p. 252 – 253.

provoquées par une interaction entre l'individu et son environnement professionnel. Simple différence, dans le cas que nous allons évoquer, la maladie opère cette fois sur une fréquence de temps bien plus longue et par un processus plus diffus. Elle affecte ceux qui, engagés dans une activité professionnelle, s'y sont investis, voire identifiés, et ont développé des attentes à son endroit - en termes de plaisir, de gratifications émotionnelles - qui ne sont pas satisfaites.

#### **A) LE DESINTERET ET LA PERTE DE FOI EN SA PROFESSION : UN DANGER A PREVENIR**

L'être humain, avons-nous dit, se nourrit essentiellement de reconnaissance sociale. Or, les frustrations qu'il rencontre au cours de sa vie professionnelle, dans l'ordre aussi bien matériel que psychologique, même si elles apparaissent bénignes prises isolément peuvent s'accumuler et agir à long terme. Sur le plan psychologique, le besoin de reconnaissance, d'attention, voire d'affection sont essentielles à l'être humain comme à son bon « fonctionnement » et à son équilibre. L'idée lancinante de s'être fourvoyé, d'avoir été trahi ou d'avoir vécu un quiproquo qui disqualifie l'élaboration du « soi » provoque une crise existentielle qui peut déboucher sur des conséquences graves. Annonciatrice de la dépression, cette crise entraînera, tout d'abord, chez le sujet une modification radicale de comportement vis-à-vis de son environnement professionnel. Elle se traduira éventuellement, ensuite, par les séquelles sanitaires d'une agression qui, jugée insupportable, est retournée contre soi. Le mécanisme est, à certains égards, proche de celui décrit par P. Davezies à propos de la frustration que ressent l'ouvrier dans l'équivoque qui l'oppose à la direction sur la notion de « qualité ». Mais alors que dans le cas du stress, le sujet attaché à ses valeurs vit mal l'écart entre l'idée qu'il se fait de son métier et les pratiques dégradantes auxquelles la course au « plus juste » pour le profit l'oblige (il y a encore « croyance » d'où conflits), le mal vient, cette fois, à l'inverse, d'une perte de foi dans son métier ou son travail comme facteur d'accomplissement de soi. On le dénomme l'acédie, le mal des ambitions déçues<sup>199</sup>. Un mal qui surgit généralement vers le milieu de la vie<sup>200</sup>. Secteur de recherches encore plus balbutiant que celui du stress. L'acédie, selon Ph. Robert-Demontrond et Y. Le Moal, « est une perte de sens de la vie qui se vide de sa substance par une absence de regard positif sur soi ». Devenu triste de ne pas avoir réussi tout ce qu'il avait rêvé de faire, le sujet est en prise à l'acédie qui « devient rejet de l'implication et de l'efficience. Acedia est une absence de finalité qui se traduit par un mal de vivre désorganisateur, une mal-vie déstructurante (Larue, 2001) ». Nous sommes toujours là en présence, mais par un autre chemin, du thème de la reconnaissance. Avec la tentation du découragement, du laisser-être comme du laisser-faire résultant d'une démotivation certaine, l'acédie apparaît comme une forme d'état mélancolique<sup>201</sup>. La tentation de l'oisiveté qui accompagne la tourmente intérieure ou passionnelle du sujet lui fait perdre le rapport mesuré à l'environnement. Il en ressort de l'abattement et un sentiment d'inutilité. Les causes du mécanisme plongent leurs racines dans la propre conception philosophique de l'individu. L'acédiaque est touché par un sentiment intense de déprise sur le monde. Il a perdu ses valeurs, ses repères, et cherche à récupérer celles et ceux qu'il a dû mettre de côté pour s'insérer dans le monde socio-économique. Mais là encore, il convient de ne pas confondre le symptôme et la cause.

<sup>199</sup> Cf. Philippe Robert-Demontrond et Yves Le Moal, *L'acédie comme mal des ambitions déçues : repères théoriques et études de cas*, CREREG UMR CNRS 6585 devenu Centre de recherches en économie et management (CREM – UMR 6211) IGR-IAE de l'Université de Rennes 1. 2004. Publications de CREM.

<sup>200</sup> Lucien Millet, *La Crise du Milieu de la Vie*, Paris, Masson, 1993.

<sup>201</sup> Anne Larue, *L'autre mélancolie*, Paris, Ed., Hermann, 2001.

Si l'étude de la souffrance au travail advient aujourd'hui, sous l'impulsion notamment en France de Christophe Dejours (1985, 1988)<sup>202</sup>, comme un programme de recherche d'importance pour le management des organisations, sa pertinence est restée pourtant longtemps entachée d'une idée reçue, celle que la souffrance est la normalité dans le travail, que la souffrance est « ontologique » (Dejours, 1998)<sup>203</sup>, que « pour des raisons théorétiques » et "des raisons cliniques", la souffrance est, dans le rapport au travail, absolument première (Dejours, 2000)<sup>204</sup>. Cet a priori a contribué à masquer une autre forme de désenchantement source de pathologie. En effet, si le travail peut être pleinement plaisir comme l'observe M. Thévenet (2000)<sup>205</sup>, en accord avec les théoriciens du courant humaniste de la psychosociologie, il devient donc constitutif de l'accomplissement de soi. Source d'épanouissement et de gratifications, il conduit alors à la réalisation de soi, et justifie par cela même l'engagement de toutes les ressources émotionnelles. Pour autant, notent Ph. Robert-Demontrond et Y. Le Moal, « *on ne peut valablement fonder le management des ressources humaines sur l'enthousiasme, on ne peut tout gager sur l'idée que le travail est par lui-même, en lui-même, facteur de plaisirs - sur le principe, donc, de l'existence de renforcements intrinsèques, à gérer au mieux* »<sup>206</sup>. Lorsque le travail est survalorisé, voire exclusivement appréhendé, comme espace fondateur de la sociabilité de l'individu voire de sa personnalité - ce que certaines entreprises s'évertuaient à développer auprès de leurs cadres avec moult séminaires de renforcement et de cohésion de groupe - le danger guette ceux qui n'ont pas suffisamment accordé d'importance aux valeurs extrinsèques au travail. Lorsque l'intérêt pour la profession s'érode survient alors l'acédie. Ce mal se révèle à l'analyse « *comme une pathologie de l'engagement professionnel - comme le mal de ceux perdant foi dans le travail, comme facteur d'accomplissement de soi* »<sup>207</sup>.

Paradoxalement, l'acédie se manifeste de deux manières opposées. Comme une force d'inertie qui prive l'individu de toute tonicité et qui le paralyse dans sa capacité à « commencer » en le plongeant plutôt dans l'immobilité par des pensées lancinantes, l'acédie se présente dans ce cas comme une rumination mentale qui mine le processus décisionnel alors même que le productivisme moderne demande d'être très sthénique et passionné ! Cette langueur d'esprit et cette activité au ralenti se doublent, généralement, d'une pesante répugnance et devient une charge bien difficile à supporter pour le sujet. Dépersonnalisé, il se sent seul alors qu'il recherche la solidarité et le réconfort du collectif de travail, rencontrant là une contradiction qui ne tarde pas à expliquer sa haine du lieu et du travail. Proche de la psychasthénie de Janet<sup>208</sup>, l'acédiaque est ravagé par l'envie de démission et rêve alors de « trouver facilement ce dont il a besoin, et exercer un métier moins pénible et qui rapporte davantage » (Lecomte, 1991)<sup>209</sup>. L'acédie finit par creuser le lit du mécontentement et de la contestation.

<sup>202</sup> Christophe Dejours, *Plaisir et souffrance dans le travail*, Paris, Édition de l'AOCIP, 1988. Voir aussi, C. Dejours, *Le Facteur humain*, Paris, PUF, 1995.

<sup>203</sup> Christophe Dejours, *Souffrance en France*, Paris, Seuil, 1998.

<sup>204</sup> Christophe Dejours, « Travail, souffrance et subjectivité », *Sociologie du travail*, 42, 2, 2000, p. 329-340.

<sup>205</sup> Maurice Thévenet, *Le plaisir de travailler*. Paris, Editions d'Organisation, 2000.

<sup>206</sup> Loc. Cit.

<sup>207</sup> Le concept d'acédie est des plus anciens. Dépeint initialement comme une espèce de "torpeur spirituelle" caractérisant ceux qui, par découragement, ne s'empressent plus à prier Dieu (Cf. Évagre le Pontique, *Traité pratique, ou Le moine*. Paris, Le Cerf, 1996), l'acédie ne signifie pas pour autant le développement d'un simple abattement léthargique, d'un état de paresse ou de passivité prostrée, teinté de tristesse ; le mal comprend également, paradoxalement, des états de suractivité, d'agitation, de fébrilité physique et mentale. Ce sont là, les ambiguïtés et les contradictions de l'acédie, cet entrelacement complexe de dynamiques contraires.

<sup>208</sup> . Pierre Janet, *Les obsessions et la psychasthénie*, tome 1, Paris, Alcan, 1919.

<sup>209</sup> B. Lecomte, L'acédie, invention et devenir d'une psychopathologie dans le monde monastique, Thèse de doctorat de médecine, Université de Nancy 1, 1991.

A contrario, rapportent Ph. Robert-Demontrond et Y. Le Moal, l'acédie peut être également une passion qui se manifeste par une agitation fébrile. « L'acédiaque cherche à donner du sens à sa vie et pour ce faire, il s'agit. Ainsi l'acédie s'associe à l'itinérance, y compris professionnelle(...). La victime aimerait changer d'environnement de travail tous les jours car le mouvement lui est salutaire et lui donne l'impression de progresser. En effet, l'acédie hypersthénique se caractérise par le niveau élevé du tonus psychologique. L'acédiaque dynamique fuit la confrontation avec lui-même par un surcroît d'activité, par une boulimie « laborieuse » : il se réfugie dans le workaholism, pour éviter de se poser des questions d'ordre existentiel. Ce type de personnalité est capable de brasser une multitude d'activités en même temps sans forcément pousser chacune d'entre elles jusqu'au bout »<sup>210</sup>. On pourra de nouveau se poser la question de l'organisation du travail dans ce type de lecture. Où est-elle passée ? Elle n'a pas disparue mais se cache tout simplement dans la construction progressive d'une situation insupportable, génératrice de décompensation. C'est-à-dire dans le processus qui a abouti au déclenchement de ce besoin de réaction chez le salarié. Celle-ci s'effectuant non de manière standard et indifférenciée mais selon des tempéraments propres. En clair, c'est la forme de la décompensation pathologique qui est individuelle pas sa cause qui, elle, trouve des racines dans l'organisation du travail. Bien entendu, hyperactivité et anxiété sont étroitement liées. Le rapport particulier que l'acédiaque entretient avec sa propre angoisse existentielle, loin de se montrer paralysante, peut être au contraire profondément motrice. Pour se sentir exister et pour se rassurer, l'acédiaque sthénique a besoin de vivre comme un gagneur en cherchant le défi, le challenge, la difficulté. Dans son esprit, il a l'obligation d'être fort, de ne pas perdre et de ne pas s'avouer faible. Autant d'auto-injonctions qui le poussent à abattre une grande quantité de travail sans se préoccuper des heures effectuées. « *En ce sens, il est apprécié de ses employeurs car il donne l'impression d'être un vrai « battant ». Il ne semble jamais fatigué. Sa trépidation devant le vide angoissant le pousse à fuir l'inaction. Il a peur de lâcher prise et de ne plus faire le poids face à la dynamique de la vie économique. Le mouvement perpétuel est une fuite en avant pour briser le cercle vicieux de l'angoisse et du néant (errance professionnelle, déménagements incessants)* ». L'acédiaque hyper-sthénique compense donc son mal-être en travaillant comme un fou. En d'autres termes, il tente d'apaiser la mise en sommeil de ses idéaux par des combats qu'il trouve à l'extérieur de lui-même. Son entourage s'inquiètera lorsqu'au paroxysme de l'hyperactivité et de la nervosité, on dira de lui qu'il est devenu un maniaque du travail.

En clair, quelque soit la nature de sa manifestation, sthénique ou asthénique, l'acédie est une pathologie de la motivation et de la volonté. Ce n'est pas l'action - ou la non-action - qui est en cause mais, d'abord, les tentations souterraines qui minent le processus décisionnel pour aller de l'avant face aux tentations du désintérêt et du vagabondage ; en un mot, l'individu est envahi par le sentiment de l'« À quoi bon ? » (Charbonneau, 2002)<sup>211</sup>. Conformément à son éthimologie, l'acédie désigne celui qui a perdu la « foi », dans son dieu, dans ses croyances, dans l'économie, la politique, l'entreprise, le travail, le métier ou le collectif de travail (Forthomme, 2000)<sup>212</sup>.

Par bien des aspects, elle n'est pas sans rapport avec la mélancolie, le simple ennui de la vie - surtout professionnelle pour ce qui nous intéresse - et la dépression. L'analogie est forte vis-à-vis de cette dernière, mais elle n'est pas une « simple » dépression au sens psychiatrique du

<sup>210</sup> L'acédie comme mal des ambitions déçues : repères théoriques et études de cas, loc. cit.

<sup>211</sup> George Charbonneau 2002. Cf. Tristesse, acédie et médecine des âmes dans la tradition monastique, ed. Beauchesne, 2005.

<sup>212</sup> Bernard Forthomme, *De l'acédie monastique à l'anxio-dépression*, Paris, Les Empêcheurs de tourner en rond, 2000.

terme. C'est une crise existentielle liée à un idéal élevé que l'individu s'est généralement fixé lui-même de par son éducation et ses traits de personnalité<sup>213</sup>, qu'il s'agisse d'ambition professionnelle, politique ou spirituelle, ou tout simplement d'un projet de vie contrarié ou de ruptures avec la famille. Certains ont pu la décrire comme la manifestation d'un idéal en souffrance autant qu'une souffrance de l'idéal (Chazaud, 1979 : 25)<sup>214</sup>. Le mal est profond et directement lié à la prise de conscience de ce que l'on a fait ou pas fait de sa vie. Voilà pourquoi, dans une perspective quelque peu différente, Aubert et Gaulejac, ont pu parler à son endroit de « maladie de l'idéalité, de brûlure de l'idéal »<sup>215</sup>. Au stade où il en est arrivé, l'acédiaque souffre de devoir faire effort pour atteindre le dessein qu'il s'est fixé. Il voudrait le réaliser spontanément, sans lutter, sans se forcer. La mise en place de ce mal est sournoise, sa progression longue, sa présence latente, puis ses effets durables. Le mécanisme de décompensation qui l'escorte s'est graduellement constitué dans un intime rapport avec le désir de réussir, même au cours d'une pratique professionnelle modeste. Miné par une obsession de l'échec, l'acédiaque se désengage ou s'étourdit. Son mal-être représente un état qui se situe entre la bonne santé et la maladie, quoiqu'il s'agisse bien d'un état préliminaire à la maladie. L'acédie est toujours annonciatrice d'une pathologie latente. Cette sorte de spleen et de stress mêlés est, en effet, le signe précurseur d'une dégradation physique par les menaces pour la santé qu'elle sous-tend.

L'acédie n'est pas non plus identifiable à la mélancolie car celle-ci se distingue d'elle par deux traits majeurs note Ph. Robert-Demontrond et Y. Le Moal : « *D'une part, elle n'est pas enracinée directement dans les troubles de l'humeur même si elle en comporte des signes. D'autre part, elle ne prétend pas à une élévation liée au pouvoir de création de l'artiste ou au savoir de l'expert, qu'il soit politique, militaire, économique, technique ou scientifique* »<sup>216</sup>. Ainsi, pour eux, par son côté sournois et discret de prime abord, l'acédie se montre dangereuse. « *Car une fois que la personne en prend vraiment conscience et qu'elle en subit le fardeau, il est déjà trop tard* ». Et ce fardeau est d'autant plus lourd à supporter qu'il se présente souvent, comme on l'a dit, au tournant de la vie<sup>217</sup>. Selon Isabelle Papieau<sup>218</sup>, ces maux frappent dans la quarantaine, âge des mutations brutales, des ruptures avec la famille et/ou l'ancienne profession, voire des conversions radicales. Liés aux périodes de transition (Roques, 1999)<sup>219</sup>, où l'individu se pose des questions sur un passé qu'il ne veut plus et sur un avenir hypothétique qu'il ne maîtrise pas (Erikson, 1972)<sup>220</sup>, l'acédie présente également, comme Michel Tremblay et Alain Roger l'ont montré, un rapport avec le plateau de carrière<sup>221</sup>

<sup>213</sup> J. Alliez, J. P. Huber, « L'acédie ou le déprimé entre le péché et la maladie », *Annales Medico Psychologiques*, 45, 5, 1987, pp. 393-408.

<sup>214</sup> Jean Chazaud, *La souffrance de l'idéal* (étude psychanalytique sur la mélancolie), Toulouse, Privat, 1979, p. 25.

<sup>215</sup> Nicole Aubert et Vincent de Gaulejac, *Le coût de l'excellence*, Paris, Seuil, 1991, p. 179. (Université de Montréal, dept. de sociologie).

<sup>216</sup> L'acédie comme mal des ambitions déçues : repères théoriques et études de cas, loc. cit.

<sup>217</sup> Cf. Carl Gustav Jung, *Dialectique du Moi et de l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1964. Voir aussi, Lucien Millet, *La crise du milieu de vie*, op. cit.

<sup>218</sup> Isabelle Papieau, « Mal-être et Milieu de vie », *TSA Hebdo*, 28 janvier 2000, 769, p. 23-24. Et, Paul Bourget, *Le démon de midi*, Paris, Plon, 1914.

<sup>219</sup> Olivier Roques, *Les réactions des salariés aux transitions de carrière : une approche en termes de stress au travail*. Thèse de Doctorat ès sciences de gestion, Aix-Marseille, 1999. Voir aussi, Roques O., et Roger A. « Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public », *Politiques et management public* - vol.22, n°4 décembre 2004, p. 47-63.

<sup>220</sup> Erik H. Erikson, *Adolescence et crise : la quête de l'identité*, Paris, Flammarion, 1972.

<sup>221</sup> Michel Tremblay, Alain Roger, "Individual, Familial, and organizational Determinants of Career Plateau", *Group & Organization Management*, 18, 4, 1993, pp. 411-435. M. Tremblay est professeur à l'École des Hautes

en ce sens où le ralentissement, voire la fin, de l'évolution de carrière peut susciter des réactions négatives et entraîner une détérioration de l'efficacité individuelle et organisationnelle<sup>222</sup> sous la forme d'acédie. Cette crise se situe généralement, en effet, entre la phase ascendante de la première partie de la vie professionnelle et la deuxième partie descendante, celle des regrets et des déceptions. Autant de problèmes qui seront, désormais, d'autant plus à prendre en compte avec le recul inéluctable de l'âge de la retraite et avec l'allongement de la durée de la vie active.

Pour l'entreprise, sensible aux aspects concrets, l'acédie se caractérise dans l'univers du travail, tôt ou tard, par une baisse de l'implication, de l'efficacité et de l'efficience, voire par la perte pure et simple d'un collaborateur.

## **B) LA CRISE DU MILIEU DE VIE, SOURCE DE PATHOLOGIES**

Sur un plan strictement médical, l'acédiaque peut glisser, s'il n'est pas pris en charge, vers la maladie, l'anxio-dépression notamment. En fonction des deux extrémités par lesquels se traduisent les manifestations de l'acédie, le pôle asthénique ou le pôle hypersthénique, la maladie évoluera vers l'anxio-dépression et les différentes formes de psychastémie ou, à l'opposé, pourra se traduire par du burn-out. Dans les deux cas, l'entreprise est perdante. Comme pour le stress, il y a effectivement, dans tous les cas, des coûts directs et indirects pour l'entreprise : absentéisme chronique et baisse de productivité, voire arrêt prolongé ou définitif.

On peut donc résumer en disant qu'à partir du moment où l'acédie est déclarée trois chemins se présentent à celui qui en est atteint :

1) la compensation hypersthénique : ignorant l'appel de son inconscient, l'acédiaque va s'investir davantage dans son travail. Mais si ces signes perturbateurs ne sont pas interprétés avec le sérieux qui convient par son entourage ou son employeur, si ce dernier se contente de se satisfaire du surcroît d'activité fourni sans conseiller à son salarié de gérer comme il le faudrait son énergie, ce travailleur court un véritable risque, à terme, d'épuisement professionnel ;

2) la décompensation asthénique : Ici, les risques pour la santé sont tout aussi présents mais d'une autre nature. Pour compenser les troubles de l'humeur qui le caractérisent et l'aspirent dans une spirale de déprime handicapante pour sa vie quotidienne, l'acédiaque sera tenté de chercher des aides extérieures qu'il estimera anodines. Bref, pour maintenir son tonus à un niveau acceptable, il lui faudra des « béquilles » de soutien (caféine, nicotine, alcool, drogues, excitants psychotoniques, médicaments) ; de là, d'autres conséquences répertoriées...

3) l'individuation : dans ce cas, l'acédiaque est suffisamment lucide et informé pour anticiper la problématique de la crise acédieuse et se fait assister par un spécialiste afin de passer le cap difficile, à temps et dans de bonnes conditions.

Études Commerciales de Montréal, Service de l'enseignement de la gestion des ressources humaines ; et A. Roger est professeur à l'*Institut d'administration des entreprises, Aix-Marseille*.

<sup>222</sup> M. Tremblay, A. Roger, « Comment limiter les conséquences du plafonnement des carrières : une vérification empirique de trois pistes d'intervention auprès d'une population de cadres ». *Carriérologie*, été 1995, pp. 470-484.

Bref, en tant que crise du milieu de la vie, l'acédie se révèle être un processus insidieux. Pour s'en débarrasser, elle demande donc une reconstruction de l'édifice mental<sup>223</sup>. Pour les psychologues qui se réfèrent à la théorie de Jung, l'acédie accompagne les passages entre les phases de la vie. En ce sens, ils la considèrent comme nécessaire au développement de l'homme. Le tout sera, alors, de savoir si ce passage d'une séquence à une autre de la vie va s'effectuer avec plus ou moins de perturbations. Cette approche en termes de progression vers le « Soi » relève d'un processus d'individuation et, à ce titre, ouvre le champ aux divers dispositifs d'accompagnement. Ici, en effet, les formes de tutorat, de coaching psychanalytique ou de consulting interventionniste prennent davantage de sens que dans le cas du stress parce que le mal est lié à l'histoire d'une vie autant qu'à la réaction à un environnement immédiat. Néanmoins, on comprendra que la marge entre les deux sphères s'amenuise si l'histoire de cette vie professionnelle s'est déroulée suffisamment longtemps dans le même établissement. Pour l'entreprise, le bénéfice résultera de la capacité à faire éclore la personnalité nouvelle de l'individu en crise, sachant que celui-ci détient les compétences professionnelles dont elle a besoin. Le problème peut naturellement se poser en d'autres termes lorsque l'entreprise en pleine mutation n'éprouve plus le besoin de conserver les compétences en question.

La conjonction de ce spleen que l'on peut estimer proche de la mélancolie mais qui s'établit lorsqu'un conflit entre l'image de soi et la réalité devient trop important et du stress lié à une pression au travail trop forte a été définie par Michel Cicurel<sup>224</sup>, sous le nom de « streen ». Comme l'acédie, il s'agit selon lui d'un « entre-deux » et d'un désagrément que l'individu ressent à la charnière de sa vie lorsqu'il se trouve confronté à une profonde remise en cause des valeurs auxquelles il attribuait un grand prix ou, au contraire, qu'il n'a pu y répondre comme il le souhaitait. Il est à craindre que des pathologies de ce genre se développent dans un univers où la vie privée et sociale de l'individu tend de plus en plus à se confondre avec celle, standardisée, de l'acteur économique que tout un chacun est devenu par ailleurs, soit en tant que producteur, soit en tant que consommateur, soit les deux. Avec la fin des identifications de classe, des îlots de coutumes et de cultures sociales particulières - ouvrière ou paysanne par exemple – et avec la fin des réseaux relationnels fondés sur une solidarité humaine avec ses loisirs spécifiques, voire ses rituels, la plongée dans la consommation de masse en tant que modèle d'achèvement suffira-t-elle à combler la crise existentielle pour ceux qui ne peuvent guère s'investir dans leur profession ? Ne pourrait-on y voir un effet pervers supplémentaire du processus de civilisation cher à Laborit ? Or, si « *L'histoire de la maladie mentale peut, selon Théodore Zeldin, fournir des clés sur la façon dont les difficultés de la vie étaient, ou n'étaient pas supportées* »<sup>225</sup>, on peut s'interroger sur les mécanismes par lesquels, aujourd'hui, à la fin des fins, l'interdépendance croissante des hommes favoriserait la « mauvaise fatigue »<sup>226</sup>.

De plus en plus, le monde de l'entreprise perçoit le rôle de la souffrance au travail sous ses multiples facettes, notamment celle de l'intensification dans le vécu des équipes de travail, et se préoccupe de ses effets sur les comportements et la santé des salariés. Ce phénomène

---

<sup>223</sup> . Pierre Canoui, *Approche de la souffrance des soignants...* Thèse, op. cit.

<sup>224</sup> Michel Cicurel, *La Génération inoxydable*, Paris, Grasset, 1989.

<sup>225</sup> Théodore Zeldin, *Histoire des passions françaises : anxiété et hypocrisie* (Tome V), Paris, Éditions Encre, 1979.

<sup>226</sup> Marc Loriol, « Mauvaise fatigue et contrôle de soi : une approche sociohistorique », *PISTES*, Vol 4, n°1, mai 2002.

n'épargne pas les cadres<sup>227</sup> et se remarque jusque dans les fonctions du manager. Ainsi, Maurice Imbert, Directeur de projet et Consultant chez Inergie Management, lançait-il, le 7 février 2006, une invitation pour un séminaire de réponse à ces préoccupations nouvelles, en ces termes : « *Dans le contexte actuel de changement et d'incertitudes permanentes qui caractérisent la vie des entreprises, le manager se retrouve aujourd'hui en première ligne. Entre exigence d'efficacité et nécessité de motiver ses équipes, les responsabilités du manager ont tendance à se multiplier et aboutissent très souvent à des positions intolérables (phénomène de ras le bol, de stress, d'agressivité). Face à ces nouveaux défis, le développement du leadership managérial, en prenant appui sur le levier de la communication, apparaît comme une des solutions les plus efficaces pour accompagner le management dans son rôle de leader et d'animateur d'équipe. Nous vous invitons à découvrir, au cours du séminaire « leadership et communication managériale » le vendredi 5 mai 2006, les expériences et les nouvelles méthodes des managers « leader communicant ». Au programme, comment cerner les attentes des collaborateurs, savoir utiliser les techniques d'écoute et favoriser le dialogue, promouvoir l'innovation participative, etc. Inutile de se le cacher, en visant l'organisation du travail en entreprise la question de la souffrance au travail se heurte de plein fouet tout à la fois aux contraintes d'un système économique et aux idées reçues qui tendent à les légitimer, c'est-à-dire aux superstructures idéologiques qui les soutiennent. Comme tout processus de développement de la science, la médecine se voit confrontée, bon gré mal gré, à une dimension politique et sociétale. Et comme toujours, dans pareil, voit-on les arrangements avec ce qui fait norme ou les stratégies de contournement s'élaborer plus ou moins sciemment.*

Aussi, n'est-il pas surprenant de constater à l'instar de Caroline Lauveay-Bouilllet<sup>228</sup>, combien il ressort de la littérature scientifique sur « la souffrance au travail » que cette dernière « *se situe dans un domaine extrêmement subjectif et à ce jour non codifié (...). Les deux courants d'analyse de la souffrance au travail les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont les théories du stress et l'analyse psychodynamique du travail* ».

Pour Jean-François Chanlat<sup>229</sup>, les distinctions entre ces deux approches « *touchent à la fois leurs origines géographiques, leurs fondements épistémologiques, théoriques, et méthodologiques. Cet ensemble de clivages débouche sur deux modèles de l'être humain* » : - « Le modèle des théories du stress au travail » (approche plutôt anglo-saxonne), qui fait apparaître l'être humain comme « un être (...) plutôt abstrait », c'est-à-dire décontextualisé. Ce modèle chercherait avant tout à ce que chacun puisse trouver son équilibre et puisse s'adapter à son environnement de travail. Si ce modèle « reconnaît à l'occasion l'importance que la subjectivité peut avoir dans l'existence, il en tient en réalité peu compte et laisse peu de place à la parole pour l'exprimer ». Autrement dit, selon l'idéologie anglo-saxonne, la prétention de ce modèle est de se vouloir avant tout « objectif », ce qui s'entend d'un point de vue médical et non social.

<sup>227</sup> Selon le Baromètre Stress réalisé par la CFE-CGC (Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres), dont les résultats ont été publiés dans le *Figaro Entreprise* en 2004, « 39 % des cadres ont le sentiment que leurs responsabilités sont mal définies, 46% s'avouent mal renseignés quant à la stratégie de leur entreprise, 49% estiment que leurs efforts ne sont pas reconnus à leur juste valeur et 79 % ont le sentiment qu'il doivent travailler plus vite qu'il y a quelques années ».

<sup>228</sup> Lauveay-Bouilllet Caroline, « La souffrance au travail ; dépistage et prise en charge en médecine générale. Revue de la littérature et enquête d'intention de pratique auprès des médecins généralistes des Hauts de Seine », Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, juin 2005.

<sup>229</sup> Chanlat Jean-François, *Théories du stress et psychopathologie du travail*. Prévenir, 1990, n°20, p.117-124.

- « Le modèle de l'analyse psychopathologique (développé en particulier en France) qui, sans nier la réalité biologique de l'être humain, le définit comme un être concret, une personne en situation, dont la qualité de vie psychique au travail est indissolublement liée au groupe et à ses conditions d'existence. C'est donc un modèle beaucoup plus subjectif ». Là aussi, d'un point de vue médical.

La définition de la souffrance donnée par la psychodynamique du travail, en France, est retenue par C. Lauveay-Bouilllet<sup>230</sup>, comme la plus pertinente pour servir au dépistage et à la prise en charge par les médecins, notamment les généralistes, de la souffrance au travail. Choix dans lequel nous inscrivons aussi la présente étude, car nous partageons l'idée selon laquelle « *une situation de souffrance au travail résulte d'une succession d'évènements qui se télescopent chez un « individu social », et face à une organisation du travail spécifique* »<sup>231</sup>.

\*  
\* \*

---

<sup>230</sup> Lauveay-Bouilllet Caroline, *op. cit.* p. 25.

<sup>231</sup> *Idem.*

### III. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

#### **I.- RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ENQUETE : COMMENT CERNER LES EFFETS DES DIFFERENTS DEGRES DE LA PARTICIPATION DANS L'ENTREPRISE ?**

Notre principale idée pose plusieurs problèmes d'ordre méthodologique dont certains sont classiques dans les démarches d'enquête en santé et travail. Premièrement, nous partons d'une hypothèse forte qui propose une problématique visant tout d'abord à détecter l'existence d'éventuelles corrélations entre « l'ambiance au travail » (terme générique) et le « coût santé » global (non limité aux accidents du travail) dans les entreprises concernées. Plus spécifiquement, elle s'attache aux effets « santé » de l'environnement psychosociologique au travail à travers la culture d'entreprise et le type de relation d'autorité dans les processus décisionnels qui y prévaut. Plus spécifiquement : selon la place qui est faite au salarié dans la marche de l'entreprise. On s'attachera pour cela à deux cas d'espèce :

Dans un premier cas de figure l'admission des salariés ou leur exclusion à toute forme de contribution à la marche de l'entreprise, c'est-à-dire à la distinction entre présence ou absence d'un mode plus ou moins coopératif ou participatif et codécisionnaire de management, au profit d'un mode traditionnel plus ou moins autoritaire de gestion des ressources humaines. Cas où prévaudra donc, l'étude de la dimension « gestionnaire » de la participation des salariés.

Autrement dit nous cherchons à connaître le lien que les modes de gestion peuvent tisser avec les états de santé du salarié. Cette idée a été déjà développée dans d'autres domaines tels que la consommation. Ainsi Odile Benoit-Guilbot et Marie Moscovici<sup>232</sup> montrent qu'il existe un lien entre les modes de consommation et le mode de gestion d'entreprise. Autrement dit, à des modes de stratégies d'entreprise différentes devraient correspondre des façons de consommer différentes. La gestion du personnel peut ainsi façonner ou encadrer certains comportements qui ne se limitent pas à la sphère du travail. Nous avions démontré lors d'une précédente enquête de science politique<sup>233</sup> l'existence d'un « effet participation » dans la détermination des opinions et des comportements (sociaux, culturels, syndicaux, politiques, etc.) des salariés dans et hors l'entreprise en fonction de leur environnement social au travail, c'est-à-dire en l'espèce du mode participatif ou, au contraire, traditionnel et autoritaire de la direction des ressources humaines. Les incidences extra-économiques des gestions participatives étaient d'autant plus intéressantes à observer qu'elles ne sont ni prévues ni recherchées par les auteurs de ces techniques de management dont l'objectif est tourné exclusivement vers l'accroissement de la productivité. La question qui se pose dans la présente enquête n'est donc plus celle de l'existence de cet effet mais celle de son incidence en matière de santé. Cet

---

<sup>232</sup> Odile Benoit-Guilbot et Marie Moscovici, In *Le sociologue et son terrain. Trente recherches exemplaires*, (S/dir. H. Mendras et M. Oberti), « Consommation moderne, gestion du budget et perspective d'avenir », 2000, pp. 242-250.

<sup>233</sup> Op. cit. *Management des entreprises et comportements socio-politiques*, rapport final pour le MRES – N° : MRT / 88 VO654. Juin 1994. (S/dir. Patrick Guiol, autres membres de l'équipe : Jacques Le Goff, professeur à l'université de Bretagne Occidentale, Philippe Portier professeur à l'université de Rennes 1, et Marylène Bercegeay, Ingénieur d'études au CNRS).

« effet de bord » - ou « secondaire » - agit-il également sur la santé ? Des présomptions existent déjà sur l'effectivité de telles incidences ; plutôt, d'ailleurs, sous forme d'effets pervers dans les situations où une responsabilisation excessive pèse sur un salarié. Mais, plutôt qu'à ce genre de situations individuelles extrêmes nous nous attacherons, ici, aux distinctions globales de management où, à l'inverse, nous disposons d'indications de nature différente grâce à la thèse d'un chercheur britannique effectuée en Italie du Nord<sup>234</sup>.

Après avoir consulté des professionnels de la santé pour tester la validité de cette hypothèse, la piste d'une incidence « santé » des modes de gestion du personnel dans l'entreprise semblerait fondée<sup>235</sup>. Au printemps 2003, nous avons rencontré plusieurs responsables locaux d'institutions officielles du secteur de la santé publique au titre d'éventuels futurs partenaires<sup>236</sup> afin d'évaluer la faisabilité technique de cette étude etachever sa mise au point. Celle-ci débuta avec l'année 2004 à l'issue du contrat obtenu fin novembre 2003.

Tester la validité de l'hypothèse de telles incidences et tenter de cerner leur nature et leur importance exigeaient une réflexion approfondie sur la méthode à adopter. Le protocole d'enquêtes - en trois temps - qui a été adopté et suivi permet de croiser sources et indicateurs. D'abord, une confrontation à l'expérience des professionnels par un relevé du vécu des médecins généralistes et des médecins du travail ; ensuite, le cœur de l'étude, une méthode comparative qui oppose sur la base d'une variable isolée (le type de management), deux échantillons d'entreprises suffisamment contrastés sur ce seul point mais, par ailleurs, similaires. Ce second temps mobilisera également des médecins du travail sélectionnés pour leur exercice dans ces entreprises. Cette partie essentielle donnera lieu à une exploitation statistique de données santé de diverses natures. Enfin, troisième et dernier temps, une vérification par la démarche inversée, c'est-à-dire par la comparaison d'échantillons établis, cette fois, sur la base de la variable santé à partir de constats opposés pour lesquels il s'agira de repérer les facteurs explicatifs et de vérifier si parmi les plus prégnants d'entre-eux se distingue le type de management.

Cette stratégie méthodologique – que l'on peut qualifier de « combinatoire » - a donc consisté à réunir sur un même outil un ensemble de techniques d'enquête permettant, étape par étape, une progression en pertinence dans la construction des indicateurs. Elle procède aussi à une approche du sujet par recouplements d'informations et convergences d'indices. Pareille orientation méthodologique, exposée plus bas, invite à dépasser les découpages classiques des indicateurs « risques professionnels » du type accident du travail ou maladie professionnelle et intègre une vision plus vaste : taux d'absentéisme, congés maladie, consommation médicale et pharmaceutique, niveau de stress et incidence, degré de réactivité psychosomatique, etc. Cette progression par recouplements de faisceaux d'informations séquencés nous a également permis de pallier aux obstacles et aux difficultés propres à cette recherche, et de concilier pour le choix des indicateurs, pertinence médicale et contraintes objectives de faisabilité.

---

<sup>234</sup> David Erdal, "Effects of Living in an egalitarian environment", à la School of Psychology University of St Andrew. *op. Cit.*

<sup>235</sup> Richard Wilkinson, *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*. London: Weidenfeld & Nicolson, 2000.

<sup>236</sup> Notamment, le directeur général des mutualités d'Ille-et-Vilaine, le président du Conseil d'administration de la Caisse primaire d'Ille et Vilaine, le directeur informatique de la CPAM, le responsable du service des risques de la CRAM ou le médecin inspecteur régional Travail et main d'oeuvre ainsi que le vice-président de MG-France.

## II. - LA METHODE

### **2.1) ANALYSE COMPARATIVE PAR ISOLATION D'UNE VARIABLE**

La méthode est celle d'une démarche comparative isolant une variable grâce à l'opposition de deux échantillons contrastés. A la manière des enquêtes « cas témoin » - démarche classique en santé publique où elle a fait ses preuves – la méthode consiste à comparer deux situations identiques en tout point sauf sur un aspect<sup>237</sup>. Dans la présente étude destinée à s'attacher à la corrélation entre mode de gestion et état de santé, on retiendra deux séries de deux échantillons, soit quatre échantillons solidaires deux par deux. La première série mettra en examen des échantillons d'entreprises opposées par leur management des ressources humaines mais similaires pour le reste (zone géographique, branche économique, secteur d'activité, taille de l'établissement, catégories des salariées, etc.). La seconde série qui fera l'objet d'un prochain rapport, retiendra deux échantillons d'entreprises opposées par la présence ou l'absence d'un plan d'actionnariat salarié dynamique c'est à dire impliquant un fort pourcentage du personnel et une part consistante du capital. Naturellement, on s'efforcera de réduire au maximum les risques de biais par le souci, là aussi, de la plus grande similitude des autres paramètres entrant dans la définition des échantillons. A chaque série devra correspondre un profil type de l'échantillon où, seule, la variable retenue sera le paramètre de distinction.

### **2.2) LES INDICATEURS SANTE RETENUS**

Plusieurs indicateurs sont à définir outre les accidents du travail et les maladies professionnelles : taux d'absentéisme et les congés maladie, consommation médicale et pharmaceutique, degré de stress et incidence, etc. Un échange plus approfondi avec le corps médical permettra d'affiner la sélection des indicateurs les plus pertinents de l'expression somatique d'un rejet de l'environnement. Toutefois, nous savons que les relations entre travail et santé ne sont pas univoques et instantanées. Il y a dans la réalité du travail possibilité de découvrir des expositions multiples et variées. Certaines maladies sont de latence longue (Cf. le cancer<sup>238</sup>) et d'autres peuvent mélanger plusieurs types d'expositions. C'est la raison pour laquelle nous nous intéressons à la variable de gestion en tant que mode d'organisation du travail : On peut déjà citer :

Les accidents du travail et les maladies professionnelles (ces données publiques sont gérées par entreprise). D'accès aisément, elles sont, en revanche très typées par branches selon le degré de risque - au sens donné par les CNAFTS à ce terme - ce qui implique une vigilance particulière dans la constitution d'échantillons strictement équilibrés sous peine de fausser les résultats. Cet indicateur nous apportera déjà une première indication sur nos échantillons.

---

<sup>237</sup> On observe également ce mode de raisonnement dans les études réalisées par les économistes (tout chose égal par ailleurs). Par exemple Philippe Askenazy à partir d'une méthode d'analyse Logit parvient à montrer l'incidence de la mise en place des politiques des démarches qualités du type ISO 9000.

<sup>238</sup> Cf. David Erdal, *op. Cit.*

Une attention particulière sera donnée au phénomène de l'absentéisme qui sera mis en parallèle avec le mode de management par le biais des données de l'assurance maladie. Aussi la consommation médicale globale et les indicateurs pharmaceutiques qui nous ont été suggérés par des professionnels de la santé comme des indicateurs à la fois assez puissants et de collecte relativement aisée seront mis à contribution.

Les TMS : maladies des troubles musculo-squelettiques ; le phénomène d'intensification du travail sera examiné ici à l'aide de deux formes de management et par la suite sur une forme de management bien plus restreint concernant l'actionnariat salarial. Il s'agit par là de tester la variabilité de cette réalité à la lumière des différentes formes de management.

Pourquoi un tel choix d'indicateurs d'origines différentes ?

La décennie 1990 s'est globalement caractérisée par une remise en cause des outils de mesure des risques professionnels. Ainsi les indicateurs classiques tels que les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles ont été considérablement critiqués au regard de leurs objectifs essentiellement financiers. Si ce constat est partagé par l'ensemble des chercheurs et des professionnels du secteur, en revanche la question des outils pour mesurer l'évolution ou les transformations des conditions de travail reste ouverte<sup>239</sup>.

Il s'agit moins d'insister sur les résultats obtenus que sur la manière dont on a objectivé les facteurs intervenants dans la construction des conditions de travail. Comment mesurer les conditions de travail ? Comment peut-on cerner les transformations et les enjeux de la mesure des conditions de travail ?

Pour comprendre nos résultats, et la manière dont nous avons procédé à leur traitement, nous allons dans un premier temps décrire les grandes lignes de notre enquête exploratoire auprès des médecins généralistes pour exposer dans un second temps, la démarche effectuée auprès des médecins du travail.

### **2.3) LE CHOIX DES ENTREPRISES**

Deux types de difficultés méthodologiques se sont présentés dans l'exécution de l'enquête. Outre les difficultés propres à l'accès aux données « santé », celles qui se rapportaient à la constitution des deux échantillons d'entreprises selon leur type de management ne furent pas les moindres. Si pour les informations « santé », les difficultés furent plutôt d'ordre administratif et technique (autorisations juridiques d'accès aux données et difficulté d'en disposer – hormis pour les AT et les MP – en raison de complications voire d'impossibilités techniques relatives à la structure éclatée de l'appareil statistique français en ce domaine), pour le choix des échantillons d'entreprises, le problème fut plutôt d'ordre scientifique et méthodologique. Peut-on classifier ces entreprises rigoureusement ? Sur la base de quels critères et sur la foi de quels renseignements ? Et si oui, comment les obtenir ?

En clair, la question de la légitimité de la distinction entre « participatif » et « non-participatif » pouvait être posée. Et, qu'entendre exactement par ces deux termes opératoires ?

---

<sup>239</sup> Voir l'excellent bilan effectué récemment publié par Bué Jennifer, Coutrot Thomas et Puech Isabelle, *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquête*, Toulouse, Ed. Octares, (Coll. « Travail et activité humaine »), 2005, 166 p.

Il importait donc de définir l'objectif et d'éliminer les équivoques. Précisons, tout d'abord, que cette sélection est appelée à distinguer deux esprits qui guident l'approche des relations sociales au travail plutôt qu'isoler deux hypothétiques modèles clos. Notre sélection est donc comparable davantage à un nuancier qu'à l'opposition tranchée de deux entités homogènes et parfaitement distinctes. Il n'y a pas de divorce entre deux cas-types mais, plus modestement, une accumulation de situations répertoriées de part et d'autre d'une moyenne sur une échelle. Ainsi, le terme « participatif » est-il à prendre avec précaution. Aucun cas ne figure une forme de cogestion achevée, au mieux avons-nous des coopératives. En revanche, les deux échantillons distinguent effectivement des gestions du personnel qui introduisent ou excluent plus ou moins d'éléments de collaboration ou de considération participative, ceux-ci pouvant d'ailleurs être éminemment différents d'une entreprise à l'autre. Notre objectif a donc simplement été de dégager deux populations suffisamment contrastées sur l'axe de l'ouverture ou de la fermeture au dialogue social, et partant de là aux effets du climat social. Ce qui signifie qu'au final nous ne pouvions espérer des distinctions absolues mais simplement relatives. En conséquence, les résultats de l'étude seront eux-mêmes empreints de cette relativité. Nous ne prétendons nullement livrer par cette enquête des verdicts absous et définitifs mais simplement dégager des tendances. Nous pensons que ces dernières, si elles existent, seront d'autant plus à prendre en considération que le contraste entre gestions des ressources humaines sur lesquels elles sont apparues n'a pas toujours été aussi élevé que nous l'avions souhaité. En d'autres termes, si des tendances se dégagent dans ces conditions, elles n'en sont que plus significatives.

Néanmoins, pour répondre à l'objection de relativité et pour compenser les incertitudes qui risquent d'en découler, nous procéderons au croisement de deux méthodes dont les avantages et inconvénients sont complémentaires. Les avantages du grand nombre, d'une part, avec la comparaison qui s'attache à l'ensemble des 120 entreprises réunies dans l'échantillon complet et ses quelques 35 000 salariés mais dont l'inconvénient est ce « recentrage » des contrastes et, à l'opposé, les avantages d'une sélection spécifique sur un très petit nombre d'entreprises parfaitement identifiées, aux contrastes les plus caractérisés, d'autre part, mais avec l'inconvénient d'un moindre effectif de salariés. En revanche, ce sous-échantillon offrira l'opportunité d'être exploité pour les indicateurs santé les plus fins, c'est-à-dire pour les consommations médicales et pharmaceutiques courantes, hors AT et MP.

Précisons enfin, que nous nous sommes vus imposer cette méthode par l'impossibilité administrative d'obtenir les données sanitaires entreprise par entreprise pour des raisons de respect de l'anonymat. Elles nous ont été fournies uniquement par groupes d'entreprises (au minimum une paire) de manière à ce que nous ne soyons pas en mesure, précisément, de les individualiser. Première conséquence, l'obligation de recourir au moins à un couple d'entreprises par branche et par famille de management (soit quatre entreprises minimum par branches) pour qu'une branche puisse être représentée dans l'échantillon a conduit à une certaine inflation de la sélection au dépend du contraste. Cette contrainte quantitative s'est parfois traduite, en effet, par des compromis sur le degré d'exigence des contrastes lorsqu'il a s'agit d'extraire les individus de la population source, alors même que nous étions tenus au respect de l'ensemble des autres paramètres (similitude du secteur d'activité, de taille d'entreprise, d'implantation, etc.) pour obtenir ces deux pyramides d'entreprises de profils identiques au sein des deux familles de management.

## A) LA SELECTION DE LA POPULATION SOURCE : UNE OPERATION LOURDE

Le premier semestre de l'année 2004 fut donc consacré à la mise en place concrète des partenariats sur la zone géographique concernée, essentiellement les quatre départements bretons (Côtes d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine et Morbihan) auxquels nous avons adjoint quelques départements limitrophes en raison de la présence d'entreprises déjà repérées, la Loire Atlantique, le Maine-et-Loire et la Vendée pour les Pays de Loire, la Manche pour la Basse Normandie. Paris a également été un lieu de partenariat pour ce qui concerne le second volet de l'étude ; celui qui s'attachera, ultérieurement, à l'échantillon caractérisé par la présence ou l'absence de plan d'actionnariat salarié de haut niveau (les cas pilotes se répartissant sur l'ensemble du territoire national). Dans cette perspective, une série de contacts nous a permis d'établir une coopération avec plusieurs partenaires, dont les Inspections régionales et départementales du Travail, les syndicats de salariés (CFDT, CFTC, CGT, CFE-CGC et FO) ainsi que l'Union régionale des SCOP. Des contacts ont également été noués avec le service des études de la Chambre régionale de commerce et d'industrie. De même, plusieurs organisations patronales ont été sollicitées mais généralement en vain.

La première étape fut de dégager, en nous appuyant de diverses manières sur ces partenariats, une population d'entreprises pré-sélectionnées selon l'indicateur managérial retenu. Cette première récolte fut aussi large et aussi variée que possible de manière à traduire toute la palette des activités industrielles. L'objectif n'étant pas d'obtenir des échantillons représentatifs de l'économie locale mais de les obtenir de manière néanmoins suffisamment diversifiés dans leur structure pour disposer d'un spectre d'observation aussi vaste que possible. En effet, l'impact du management pouvant être variable selon les branches, à la fois en nature ou en intensité, il était utile de se réservé la faculté de vérifier si celui-ci opère selon les cas comme coefficient aggravant ou modérateur des spécificités sanitaires de chaque branche. L'objectif de cette première étape fut donc de constituer la « population source ».

Le fil rouge qui a, ensuite, guidé l'élaboration des deux échantillons n'a pas été seulement celui de recueillir des managements opposés mais de les recueillir à profils d'entreprises identiques, branche par branche, afin d'écartier autant que possible tous les biais autres que la variable managériale qui poseraient à coup sûr problème dans l'interprétation ultérieure des données santé recueillies. La méthode d'élaboration des échantillons est, en effet, fondamentale dans l'éviction des biais et la réussite de la méthodologie d'enquête par « cas témoin ». Ainsi a-t-on procédé sur la base de la population source à une sélection par paires d'entreprises, similaires en tous points sauf sur la variable isolée : un management ouvert ou fermé au dialogue social. La caractéristique essentielle de cette élaboration a été d'obtenir ces deux profils identiques pour le reste. Tel Janus aux deux visages, c'est de cette similitude dans les autres caractéristiques que nous attendons l'éviction des multiples biais. Ainsi, ne s'agira-t-il pas de comparer une grosse société d'agroalimentaire "non-participative" implantée en milieu rural à une petite imprimerie « participative » localisée dans une grande ville, ce qui n'aurait aucun sens, mais de comparer ce qui est comparable. La même rigueur vaut pour deux entreprises appartenant à une même branche économique si, par ailleurs, elles se distinguent complètement en terme de caractéristiques d'effectifs et d'environnement. Il s'agit bien de mettre en œuvre un outil permettant de comparer des entreprises de secteurs d'activités professionnelles comparables et de tailles comparables.

Pour la nomenclature des branches, l'utilisation du code NAF a été retenue et, pour l'échelle des effectifs, une fourchette de cinq catégories permettant les correspondances avec les catégories réglementaires du droit social et du droit du travail. Ce qui signifie que se

retrouveront opposées dans l'échantillon final, des paires d'entreprises – ou des groupes d'entreprises équilibrés - de même code NAF et de fourchettes de taille similaires. Sous cette réserve, pourront être comparées sans risque de biais excessifs deux populations d'entreprises qui recouvrent, au total, un large éventail de branches économiques.

## **B) LES DIFFICULTES PROPRES A LA CONSTITUTION DES ECHANTILLONS :**

Nous ne nous attacherons ici qu'à la constitution du premier échantillon, celui qui permettra d'étudier la série de la composante « gestionnaire » (dialogue social, participation/non-participation) et non pas celui qui s'attachera ultérieurement à l'impact éventuel de la composante « actionnariale » (financière).

Pour la composante « gestionnaire » et dialogue sociale, nous nous sommes appuyés initialement sur une sélection opérée lors de l'enquête similaire déjà mentionnée qui avait porté sur les opinions et comportements des salariés<sup>240</sup>. Et nous avons commencé par sa mise à jour. A l'époque, la constitution de cet échantillon avait représenté le plus gros du travail ; en clair, deux années de prospection et de tractations laborieuses avec les directions des entreprises présélectionnées. Il est vrai qu'en la circonstance, il s'agissait de questionner assez longuement les salariés (durée de chaque entretien : ¾ heure en moyenne sur la base d'un questionnaire de 73 questions, dont beaucoup à réponses multiples), et que par conséquent la collaboration des directions était quasi incontournable, ne serait-ce que pour avoir accès aux listes du personnel (les entretiens se déroulaient selon les cas, à domicile ou sur le lieu de travail). Un peu plus d'une vingtaine d'entreprises sur la cinquantaine sollicitée avait accepté. La difficulté méthodologique avait consisté à bâtir de manière interactive, c'est-à-dire en dépendance aux aléas des bonnes volontés des PDG et/ou DRH, entre accords, refus, lenteur des navettes dans la correspondance, promesses et défections, voire retournements de situation de leurs parts, deux échantillons aux profils similaires, là aussi distincts par la seule et même variable, la « gestion des ressources humaines ». Dans la présente étude, il nous a paru intéressant de commencer par réintégrer cette base initiale après actualisation. Une fois écartées les entreprises dont la typologie avait sensiblement évolué ou celles qui avaient tout simplement disparu, nous avons conservé les autres pour constituer le noyau dur de départ de notre future investigation. L'objectif étant cette fois de travailler sur une masse de données propice à l'exploitation statistique, nous avons étoffé la population source des entreprises présélectionnées dans des proportions consistantes. Comme l'accord préalable des directions d'entreprise n'étaient plus requis, nos interlocuteurs étant, cette fois, les professions et les institutions de santé, les associations et centrales syndicales, l'inspection du travail, cette ambition semblait accessible ou, du moins, envisageable.

---

<sup>240</sup> Cf. Guiol P. Le Goff J., Portier P., *Management des entreprises et comportement sociopolitiques*, op. cit.

### **C) UN PARTENARIAT EFFICACE AVEC LES SYNDICATS ET L'INSPECTION DU TRAVAIL :**

L'enquête a débuté fin janvier - début février 2004, par l'envoi d'un premier courrier à 37 partenaires institutionnels potentiels et interlocuteurs clés<sup>241</sup>. La première phase consista à nouer les coopérations avec les partenaires départementaux et régionaux tant du côté public que du côté des organisations salariales et patronales. On procéda à ces contacts de sollicitation sans exclusive. Autant les syndicats ouvriers ont accueilli positivement le projet, quitte à matérialiser leur collaboration plus ou moins efficacement par la suite, autant les associations ou les unions patronales sont restées hermétiques à toute implication. Contrairement à leur attitude dix ans plus tôt, elles n'ont donné, dans leur presque totalité, aucune suite concrète malgré quelques promesses orales isolées. Toutes les relances sont restées vaines. Ce constat marque un réel raidissement de comportement en comparaison de la situation dans laquelle nous avions mené, en 1993-1994, l'enquête sur les opinions et comportements pour laquelle nous avions bénéficié de la coopération bienveillante de certaines d'entre-elles. A contrario, certaines institutions para-publiques ont volontiers accepté d'apporter une contribution sérieuse et appréciée, mais ce sont surtout les inspections régionales et départementales du Travail qui nous ont fortement aidés. Les informations transmises par leurs soins ont joué un rôle majeur. A noter, toutefois, leur caractère variable en quantité selon les départements (quelques réserves de la part du Morbihan). L'inspection du Travail d'Ille et Vilaine s'est détachée tout particulièrement par une réelle et constante implication de la part de son directeur et une très grande adéquation de sa contribution. L'Union régionale des SCOOP fut aussi l'un de nos partenaires privilégiés dans cette phase de pré-sélection d'entreprises-types. Bien sûr, nous aurions aimé bénéficier de la situation américaine où, depuis l'Electronic Act de 1996, l'ensemble des archives de l'inspection du travail est mis en accès libre sur Internet<sup>242</sup>. En France, il faut se rendre à l'évidence : le monde de l'entreprise est toujours aussi impénétrable.

En ce qui concerne les syndicats de salariés, aucun refus de collaboration ne fut à déplorer ; tous ont donné leur accord de principe et la collaboration régionale et départementale s'engagea sous les meilleurs auspices. En revanche, la palette des résultats s'est révélée très diversifiée. Nous n'en rechercherons pas, ici, les raisons, mais évoquerons simplement les résultats. FO, d'abord motivée au premier chef, en apparence, par les questions de santé, ne concrétisa guère ses promesses et ne donna au final que très peu d'informations, s'acquittant d'une contribution symbolique. La CGT séduite par le sujet présageait d'une mise en œuvre ambitieuse et hiérarchiquement ordonnée. Elle nous fit parvenir un ensemble de données qualitativement satisfaisantes mais quantitativement au dessous des espoirs suscités tant par son adhésion sincère au projet que par son poids et sa taille parmi les confédérations. La CFE-CGC très à l'écoute de la thématique de cette étude, du moins en ce qui concernait certains de

<sup>241</sup> Dont le Directeur régional du Travail et de l'Emploi de la Région Bretagne et les diverses directions départementales du Travail et de l'Emploi concernées. Les secrétaires régionaux de la CFDT, de la CGT, de FO, de la CFTC, de la CFE-CGC, le directeur et le président de l'Union régionale des SCOP-entreprises, les unions patronales et la Chambre régionale de Commerce et d'Industrie (voir page des remerciements en tête de document).

<sup>242</sup> S'agissant de la relation entre conditions de travail et accidents ou maladies professionnelles, les compagnies d'assurance ne furent pas seules à agir outre-Atlantique pour faire baisser considérablement les chiffres. Conjointement à leurs démarches, l'activisme syndical a non seulement contribué à relever les normes de la sécurité au travail mais, par son retentissement, a conduit l'Etat lui-même à agir dans ce sens, probablement involontairement, pour donner aux assurances les sources essentielles d'information dont elles ont besoin, informations dont profitent également les syndicalistes et les organisations de consommateurs et qui ont aussi renforcé le rôle de l'inspection.

ses représentants mandatés comme nos correspondants, joua le jeu dans des proportions satisfaisantes mais au dessous de ce qu'on était en droit d'attendre d'elle au regard, cette fois, de la thématique. La CFTC contribua de manière très consistante eu égard à la modestie relative de son implantation. Ici, le regret a pu porter, par contraste avec sa bonne volonté certaine, sur une qualité parfois inégale dans la transmission des informations. Quant à la CFDT, nous lui devons de saluer en elle un partenaire solide et fiable qui assuma son engagement d'une manière remarquable et pleinement satisfaisante. Elle répondit toujours à nos sollicitations avec un sérieux et une efficacité rassurante. Conjugué à l'apport des contributions institutionnelles de l'inspection du travail, son concours contribua pour beaucoup à la qualité finale de cette première phase. Mais que tous soient, ici, remerciés.

Dans cette étape liminaire de la coopération, nous avions demandé aux syndicats, trois types de contributions :

Une réactualisation des caractéristiques de la vingtaine d'entreprises sélectionnées lors de l'enquête de 1994, de manière à garder ou éliminer certaines d'entre-elles.

Une proposition de leur part, nous suggérant une liste ouverte de nouvelles entreprises répondant aux critères de management souhaités<sup>243</sup>.

La réponse aux fiches d'identification du dialogue social (élaborées à leur intention) pour chacune des entreprises qu'ils nous suggéraient et dans lesquelles ils disposaient d'un délégué syndical. Fiche constituée d'un questionnaire composé de 43 questions fermées (dont 26 relatives à des critères objectifs de gestion, 12 à des critères subjectifs. Voir plus loin) auxquelles s'ajoutait une question ouverte permettant la libre expression sur la perception du dialogue social dans l'entreprise<sup>244</sup>.

#### **D) LE CHOIX DES CRITERES : LA METHODE A L'EPREUVE DE LA PRATIQUE**

Pour retenir les critères de sélection du management selon leur caractère plus ou moins « participatif » ou « autoritaire », nous nous heurtions comme nous l'avons évoqué à une difficulté majeure : celle de l'absence de définition parfaitement objective de l'objet à sélectionner. À l'inverse de ce qui se passera pour le futur échantillon établi sur la base de l'actionnariat salarié (présence ou absence de programme d'A.S., pourcentage de détention du capital, pourcentage de salariés détenteurs d'actions) qui offre une multitude de critères objectifs, chiffrés. Ici, en matière de gestion des ressources humaines, c'est le règne de la relativité voire de la subjectivité qui prévaut. Il nous fallait donc établir une méthode de sélection capable de distinguer des entreprises sur ce terrain. Sur le plan méthodologique, une autre question déjà évoquée se posait : était-il légitime d'opérer une distinction aussi tranchée entre ces deux types d'administration du personnel, à l'heure où le management se banalise, induisant un effet de relative homogénéisation du type de gestion ? Nous nous sommes posés la question pour y apporter une réponse affirmative. Un double constat nous y a conduits.

---

<sup>243</sup> Liste mentionnant outre le nom de la société et la commune d'implantation, le nombre de salariés, la branche (code NAF) et le classement de leur gestion (patriarcale autoritaire, indistincte, managériale à tendance participative).

<sup>244</sup> « A votre avis, si vous aviez à qualifier la société dans laquelle vous travaillez, diriez-vous qu'elle accorde une place assez large aux techniques de motivation du personnel en privilégiant la **concertation** et l'intéressement ou bien, au contraire, pratique-t-elle une direction traditionnelle qui s'appuie sur une conception **autoritaire** de la hiérarchie ? ». Réponse libre, et si possible circonstanciée : .... (voir exemples de réponses en annexes).

D'une part, le nombre important d'entreprises demeurées attachées à une vision patrimoniale et autoritaire dans lesquelles les problématiques de contrôle et de participation ont du mal à élier domicile, l'espace productif continuant d'y être perçu sur un mode strictement privatif. Nos informateurs en avaient précédemment évalué la proportion à 25-30 % du total des entreprises bretonnes. Du reste, les difficultés rencontrées lors de notre première enquête (Management des entreprises et comportements des salariés) pour pénétrer un grand nombre d'entreprises réputées non participatives l'avait amplement confirmé. Au demeurant, l'impact des cadres en ressources humaines issus des différentes écoles commerciales depuis une trentaine d'années vaut surtout pour les grandes sociétés et n'a que partiellement et très inégalement atteint le tissu important des PME-PMI. Ajoutons que la présence d'un « DRH » ne doit pas faire illusion à cet égard : modernité de gestion ne coïncide pas nécessairement avec modernité sociale.

D'autre part, il n'est pas rare d'observer dans les entreprises frappées par la crise et/ou soumises à des opérations de restructuration, un déplacement régressif des modalités gestionnaires. Le « regain de morgue patronale » et le « retour aux pratiques manchestériennes », à l'occasion signalés par les responsables syndicaux, sont loin de se trouver infirmés par nos enquêtes. Un certain nombre d'entreprises qui, en période de croissance, adoptaient une « logique d'ouverture » se sont, sous l'effet des difficultés, raidies dans des pratiques autoritaires un temps remises en cause<sup>245</sup>. Aujourd'hui, certains secteurs touchés par les délocalisations ne dérogent pas à la règle et, en bien des pans de l'économie, les perspectives de l'emploi demeurent sombres. On peut même affirmer que le climat s'est tendu en dix ans car, si la réalisation de la précédente enquête s'était heurtée d'emblée à un obstacle de taille auprès des entrepreneurs qui se montraient généralement peu enclins à faciliter notre travail, elle avait au moins bénéficié de la collaboration bienveillante de certaines unions patronales suffisamment ouvertes aux sciences sociales pour nous piloter dans la classification des entreprises types. Désormais, l'accueil au sein de ces mêmes institutions est celui de l'indifférence pour user d'un euphémisme<sup>246</sup>. Le secteur de la Santé étant au demeurant instinctivement perçu comme stratégique, c'est-à-dire lourd de conséquences financières sous forme de rétorsions financières à titre individuel, ou de menaces politiques à titre collectif, leur méfiance s'est avérée immédiatement perceptible. Sans que cela ne fusse avoué, on a discerné, chez eux, la crainte de nouvelles contraintes administratives susceptibles de résulter de toute étude de ce genre. Pour établir la fiche d'identification destinée à nos partenaires, nous nous sommes inspirés des caractéristiques majeures qui ont orienté les philosophies de la participation et l'apparition d'une gestion managériale des ressources humaines. De ces philosophies procèdent, en effet, des techniques de management que l'on a retenues parmi les indicateurs figurant dans la fiche. On a relevé,

<sup>245</sup> Au milieu des années 1990, le mouvement affecterait selon nos interlocuteurs de 10 à 15 % des entreprises bretonnes, et le mouvement n'a fait que croître depuis.

<sup>246</sup> Sans vouloir développer ici une analyse à la Roland Barthes, on saisit sans peine dans ce climat de réticence patronale trois grandes oppositions structurelles. La première vise à distinguer le monde économique et l'univers intellectuel : seul vaut le premier, en phase avec le tangible et le mesurable ; le second se complaisant au contraire, à distance du bon sens, dans la pure ratiocination. Autre dichotomie : l'opposition du privé et du public. L'histoire de l'entreprise privée depuis deux siècles est, comme on sait, celle de sa "publicisation". Progressivement, des règles ont été posées qui ont limité son autonomie : prégnance du droit du travail, multiplication des contrôles administratifs, immixtion des organisations syndicales dans le sein même des unités de production. D'évidence, pour certains de nos interlocuteurs, l'enquête menée par des chercheurs d'Etat participe de cette logique détestable qui consiste à soumettre l'espace privé à la surveillance du social. Reste la séparation des élites et des masses. Certaines réflexions témoignent d'une sorte de croyance dans la hiérarchie naturelle des mérites et des modes de vie qui n'est pas sans rappeler l'idéologie du "patronage": l'occupation d'une position subordonnée dans l'ordre productif valant clairement incompétence dans l'ordre de la citoyenneté.

tout d'abord, des critères objectifs : existence d'une politique de redistribution (intéressement, actionnariat, participation aux bénéfices...), implantation des institutions représentatives du personnel afin de relever l'intensité de leur activité, de savoir si la fréquence des réunions était juridiquement satisfaisante et, surtout, de s'inquiéter de la qualité sociale de leur contenu. On y a considéré la constitution d'espaces de dialogue (groupes d'expression, groupes de progrès, groupes de concertation, cercles de qualité, voire des indicateurs mineurs comme l'existence de boîte à idées...), et puis celle de politiques de travail responsabilisé, d'équipes autonomes, d'enrichissement des tâches, de contrôle de qualité, d'un management centré sur le salarié (formation, compétence, etc.. ), de formation en alternance, d'une direction participative par objectif, sans oublier la dimension communication, descendante (journal ou bulletin d'entreprise) et ascendante (des salariés vers la direction). On a opté également pour des critères plus subjectifs : attitude répressive (ou libérale) de l'employeur, climat détendu (ou détérioré) dans l'entreprise, la présence ou l'absence notoire de considération de l'employeur envers les salariés, l'existence et la qualité du dialogue social, l'atmosphère avec la hiérarchie, la plus ou moins grande ouverture à l'extérieur. Notre approche a donc conjoint, par la force des choses, l'analyse objective (recherche d'éléments d'information auprès des administrations et des délégués syndicaux) et l'analyse réputationnelle prenant en compte l'opinion des observateurs sollicités. La combinatoire de ces éléments cumulant d'un côté les indicateurs d'ouverture au dialogue social et de l'autre, les indicateurs d'exclusion, a abouti à la constitution de deux populations suffisamment contrastées. Il est apparu qu'il n'y a pas eu, à de très rares exceptions près, de divergences d'appréciation entre nos partenaires. Globalement, tous s'accordaient sur la classification des entreprises qu'ils nous proposaient en commun. Au total, la population source ainsi proposée se répartissait à peu près équitablement dans chaque branche, certaines se montrant toutefois plus denses en gestions autoritaires, d'autres, à l'inverse, plus propice au management participatif. La sélection finale regroupe les entreprises qui cumulent le plus d'avis convergents.

#### **E) DE LA POPULATION SOURCE A L'ECHANTILLON « JANUS »**

Au final, 221 sociétés (242 établissements sans tenir compte des multiples agences de banques) ont été retenues pour constituer la population-source à partir de laquelle l'équipe de recherche a procédé à l'extrait de l'échantillon à doubles faces baptisé « Janus ». Cette phase de prospection et de constitution d'une population d'entreprises présélectionnées fut close fin juin, les envois de fiches par nos partenaires retardataires étant acceptés jusqu'à fin août. A l'issue de cette procédure, les 242 établissements de toutes tailles et de branches très diversifiées qui furent présélectionnées se répartissent ainsi géographiquement<sup>247</sup> :

**Tableau N°1 : La population source par départements**

Départements	Nombre	Départements	Nombre
Côtes d'Armor	54	Loire Atlantique	4
Finistère	50	Maine et Loire	3
Ille et Vilaine	91	Vendée	3
Morbihan	31	Manche	2
		Autre	4

<sup>247</sup> Pour une banque donnée, on a considéré ses agences bancaires d'un département pour un établissement.

## QUESTIONNAIRE d'identification du « dialogue social »

dans l'entreprise : .....(Nom)

Taille (nombre de salariés) : .....

Branche : ..... Spécialité : .....

Commune d'implantation : .....

A votre avis, votre entreprise peut-elle être considérée comme assez ouverte ou plutôt fermée au dialogue social ?

Bien qu'imparfaite car sans nuance, la réponse pencherait plutôt vers ...	Ouverte ?	Fermée ?
.....cochez la réponse qui se rapproche le plus de votre vécu :		

Critères objectifs :

Y-a-t-il dans votre entreprise la présence :			
D'institutions représentatives du personnel dont			
Comité d'entreprise			
Délégué du personnel			
Délégué de site			
Délégué syndical			
CHSCT			
NB/ La fréquence des réunions est-elle juridiquement satisfaisante ?			
D'espaces de dialogue constitués			
Groupe de projet			
Groupe de concertation			
Groupes d'expression			
Groupes de progrès,			
Cercles de qualité			
Boîte à idées			
Autres (lesquels ?).....			
D'une gestion par objectif (participative)			
D'équipes autonomes			
De travail responsabilisé			
D'enrichissement des tâches (responsabilisation, contrôle de qualité, etc.)			
D'une politique de redistribution volontariste ?			
... en matière de :			
Intérressement			
Participation aux bénéfices			
Actionnariat salarié			
D'un management centré sur les salariés (formation, compétence, participation)			
De formation en alternance			
D'une politique de communication interne (via un journal ou bulletin d'entreprise)			
D'un autre système d'information descendante (de la direction vers les salariés)			
D'un système d'information ascendante (des salariés vers la direction)			

## Critères subjectifs :

Relève-t-on dans votre entreprise :	OUI	NON
Une attitude répressive de l'employeur		
Un manque de considération notoire envers les salariés		
Une écoute et une attention de l'employeur aux attentes des salariés		
Une considération et du respect envers les salariés		
La qualité des réunions (CE, CHSCT) est-elle socialement satisfaisante ?		
Un climat au travail détendu ou convivial malgré la pression des objectifs		
Un dialogue possible avec la hiérarchie et la direction		
Un effort pour associer les collaborateurs aux prises de décisions		
Des relations de travail détériorées et aucun dialogue possible		
Une atmosphère délétère avec la hiérarchie		
Une assez grande ouverture de l'entreprise à l'extérieur		
La réputation inverse d'être fermée comme un bunker		

## Réponse libre

A votre avis, si vous aviez à qualifier la société dans laquelle vous travaillez, diriez-vous qu'elle accorde une place assez large aux techniques de motivation du personnel en privilégiant la concertation et l'intéressement ou bien, au contraire, pratique-t-elle une direction traditionnelle qui s'appuie sur une conception autoritaire de la hiérarchie ?

Réponse libre, et si possible circonstanciée : .....

Merci de nous retourner ce questionnaire via votre syndicat ou directement à Patrick Guiol,  
chercheur au CNRS,

CRAPE, 9 rue Jean Macé, 35042 RENNES Cedex – e-mail : patrick.guiol@univ-rennes1.fr  
Tel : 06 61 46 49 58 ou 02 23 23 76 41 / fax : 02 23 23 76 90

L'élaboration de l'échantillon final - dit « Janus » - résultat d'une concertation argumentée au cas par cas entre les chercheurs de l'équipe, sur la base d'un premier tri qui a éliminé les cas les plus litigieux puis sélectionné, en priorité, les entreprises cumulant le plus d'avis convergents. Ensuite, il s'est agi de respecter avec soin l'équilibre entre les alter ego opposés, par paires d'entreprises ou paires de groupes d'entreprises, branche par branche, fourchettes d'effectifs par fourchettes d'effectifs, ce qui a contribué à éliminer encore nombre d'entreprises isolées ou en surplus<sup>248</sup>. Une marge de sécurité a été conservée en prévision de déchets probables lors du passage à la seconde phase, celle qui va s'attacher au recueil des données « santé » avec ses contraintes techniques propres. Au cours de ce processus, certaines branches n'ont pu offrir la possibilité de dégager des choix équilibrés, soit en managements contrastés, soit en alter ego suffisamment proches sur les autres paramètres (effectifs par exemple) si bien qu'elles ne figurent pas dans l'échantillon final. Au total, 128 unités de production ont donc été retenues (représentant 112 sociétés), réparties de la manière suivante :

**Tableau n°2 : Population source et échantillon « Janus » par branches**

BRANCHE	Population source	Echantillon « Janus »
Industrie alimentaire :	47	30
Industrie textile et habillement, et chaussure :	19	14
Travail du Bois et carton :	9	7
Imprimerie :	7	6
Industrie chimique :	4	4
Industrie du caoutchouc et des plastiques :	12	6
Métallurgie et travail des métaux :	11	5
Fabrication de machines et gros équipements :	11	6
Fabrication d'équipements de précision :	15	9
Industrie automobile et autres matériels de transports :	10	5
Construction et bâtiment :	9	4
Commerce pièces automobiles et réparation	3	0
Commerce de gros :	10	4
Commerce de détail et grandes surfaces :	17	10
Dépannage à domicile	2	0
Transport :	9	6
Finances :	15	6
Services, conseils et administrations :	12	6
Santé :	20	0

Précisons que ces chiffres n'intègrent pas l'échantillon spécifique voué à la prochaine étude comparative à réaliser sur la base de l'actionnariat salarié. Cet autre échantillon sera complètement distinct ; signalons simplement que pour la composante « actionnariale », l'échantillon est déjà virtuellement constitué. Cette investigation se déroule en partenariat avec la FAS (Fédération française des associations d'actionnaires salariés et anciens salariés). A ce jour la sélection des entreprises pilotes en matière d'actionnariat salarié est acquise. L'échantillon nous est fourni par celui des entreprises sélectionnées pour l'indice boursier IAS (cf. [www.fas.asso.fr/](http://www.fas.asso.fr/)). Elles sont au nombre de 39 et parmi elles, figurent des sociétés

<sup>248</sup> Les fourchettes d'effectifs sont les suivantes : A : de 1 à moins de 50, B : de 50 à moins de 100, C : de 100 à moins de 300, D : de 300 à moins de 600 et E : 600 et plus.

dont le capital est détenu jusqu'à 31 % aux mains des salariés. Plusieurs d'entre-elles dépassent les 10 % du capital aux mains des salariés. Celles-ci sont réparties, cette fois, sur l'ensemble du territoire national, et parmi elles figurent des sociétés connues comme Air France, Aviation Latécoère, Bouygues, Eiffage, Essilor, le groupe Steria, Linedata, Sagem, la Société générale, ou encore Thalès, France Telecom, BNP, Aventis et maintenant Sanofi, Total, Saint Gobain, Rhodia, et plus récemment encore Entrepose Contrac., STEF-TFE, etc., autant de sociétés dont la taille de certaines pose des problèmes méthodologiques d'une autre nature, mais présentent, aussi, l'avantage de mettre à disposition un certain nombre d'informations utiles grâce au bilan social, réglementaire depuis la loi du 9 juillet 1977, et que l'on peut consulter via l'inspection du travail ou les délégués syndicaux. La prospection de leurs alter ego au profil similaire mais dépourvus de plan d'actionnariat salarié significatif reste àachever. Cet échantillon spécifique sera volontairement réduit et s'élèvera vraisemblablement à une trentaine d'entreprises maximum, toutes catégories confondues.

Une fois effectuée la constitution des échantillons d'entreprises sur la base du critère « participatif versus non-participatif », pouvait être engagée la phase suivante, celle de l'investigation santé auprès de la médecine du travail, de la CRAM puis de l'URCAM. Au préalable, la prospection intermédiaire auprès de la médecine généraliste a été conduite parallèlement à la constitution des échantillons.

### **III) - LE SONDAGE AUPRES DES GENERALISTES : CONSTATER LE LIEN SANTE / ENVIRONNEMENT AU TRAVAIL**

Nous avons pris comme stratégie méthodologique de réaliser une enquête exploratrice auprès des médecins généralistes pour récolter non seulement leur sentiment sur le lien entre santé et environnement du travail, mais également pouvoir à travers cette enquête obtenir un certain nombre de pistes de travail.

En effet, le statut d'exploratoire de cette phase de notre travail, nous permettait d'arrêter le choix définitif de nos indicateurs et d'ébaucher une première forme ou projet de questionnaire pour les médecins du travail.

#### **3.1) LA STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE DES MEDECINS GENERALISTES**

Pour construire le questionnaire, un entretien semi-directif a tout d'abord été réalisé auprès d'un médecin généraliste de Tarbes qui nous a permis de retenir un certain nombre des thématiques sur les problèmes de santé, les indicateurs et les liens santé et travail tels que les médecins généralistes le perçoivent. Le lieu géographique d'exercice de ce praticien ne fut pas choisi par hasard. Il nous a permis de tirer les leçons d'un cas exemplaire - celui du bassin d'emploi de Tarbes - alors en pleine crise industrielle. Nous avons choisi de retracer avec suffisamment de développements l'historique des différentes étapes du phénomène de dégradation économique locale afin d'en dégager la dimension politique, et percevoir le rôle que peut jouer cette dernière en tant que composante à part entière, parfois non négligeable,

du concept d'environnement santé compris dans toute son ampleur explicative « sciences sociales ».

Ensuite, fort des enseignements retirés, un premier projet de questionnaire a été élaboré puis soumis à un petit groupe de médecins pour le tester, puis le corriger avant de l'exploiter.

La structure du questionnaire se divisait en deux grandes parties. La première concernait et englobait une série de questions sur la situation du médecin généraliste et la seconde partie s'attardait sur les patients des médecins (caractéristiques, état de santé, liens avec le travail, professions, etc.). Une trentaine de questions composait le questionnaire et permettait ainsi un remplissage rapide car la plupart des questions était de type fermé ou à choix multiples<sup>249</sup>.

Nous avons également inclus dans le questionnaire quelques questions ouvertes permettant aux médecins de s'exprimer sur les thèmes abordés tels que les cas d'harcèlement, de dépression ou de non déclaration des accidents du travail.

### **3.2) LA PASSATION DU QUESTIONNAIRE DES MEDECINS GENERALISTES**

La passation du questionnaire (auto-administré) s'est effectuée de diverses manières : par distribution directe lors de deux congrès de généralistes, par courrier postal sur un listing établi par nos soins en Ille-et-Vilaine, et par voie électronique. Nous nous sommes appuyés sur des réseaux des médecins généralistes du Grand Ouest et de la région de Tarbes pour réaliser cette phase exploratoire et nous avons bénéficié d'une coopération étroite avec le syndicat MG-France.

Les médecins généralistes sont au nombre de 9287 dans les régions enquêtées en 2005<sup>250</sup>. Notre questionnaire a été rempli par 234 médecins généralistes qui représentent 2.5 % de la population totale des médecins généralistes libéraux. Certes, il faut considérer qu'une faible partie seulement de la population de base a été sollicitée et que parmi elle les taux de réponses n'ont pas toujours été à la hauteur de nos espérances. Cette difficulté à mobiliser s'explique par plusieurs raisons :

Les médecins généralistes libéraux sont très sollicités par des organismes divers et variés pour exécuter des enquêtes.

L'habitude a été prise chez eux d'une participation rémunérée à ces enquêtes ou tout au moins compensée par des rétributions en nature ; procédure avec laquelle nous ne pouvions rivaliser. Faute de se voir proposer de compensation d'aucune sorte, certains ont décliné la participation.

Le thème n'a pas suscité, chez une majorité des médecins, d'intérêt particulier compte tenu des autres priorités en santé publique telles que le cancer ou les maladies cardiovasculaires.

Le mode de diffusion, par voie électronique, a eu le même effet que les enquêtes par voie postale, à savoir un faible taux de retour.

Malgré le soutien de certaines organisations syndicales et l'appui de certains réseaux de médecins généralistes, malgré l'investissement louable de quelques individualités intéressées

---

<sup>249</sup> Une copie du questionnaire se trouve en annexe n° 2.

<sup>250</sup> Selon la DRASS des deux régions. 4603 pour la Bretagne, 4684 pour Midi-Pyrénées en 2005.

par le sujet au point de se faire le relais auprès de plusieurs confrères, il nous a été difficile d'augmenter le taux de retour. Aussi avons-nous étalé la passation du questionnaire durant plusieurs mois pour faciliter le retour avec des relances régulières.

Cependant, le questionnaire a permis de récolter quelques informations, dont nous donnerons plus de détails dans les parties suivantes. Un dépouillement intermédiaire portant sur la première trentaine de réponses parvenues dès septembre 2004 a fait l'objet d'une communication présentée lors du congrès international des 22-23-24 novembre 2004, à Nancy, Metz et Mondorf-Les-Bains<sup>251</sup>. Ce dépouillement a permis de dégager des tendances qui furent par la suite largement confirmées, attestant a posteriori de la validité des leçons que nous pouvions en tirer.

Riche en enseignements sur le vécu et le témoignage des généralistes relatifs à leur conscience de la relation Travail/Santé, ce sondage a parfaitement complété l'interview du responsable de la coordination des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées.

Ces praticiens nous témoignent de la réalité de la relation sanitaire au travail que ce que veulent bien leur signaler les patients qui se déplacent pour les consulter, ou que ce qu'eux-mêmes déduisent d'une observation de ces mêmes patients dans le temps en tant que médecin de famille. En somme, il s'agit d'une vision de l'extérieur. Restait à compléter ce panorama par une vision de l'intérieur ; c'est ce qui sera fait avec les médecins du travail.

---

<sup>251</sup> *Entreprise, Santé et Travail : homme et organisation un équilibre impossible ?*, Op. cit., Patrick Guiol et Jorge Muñoz , « Management des entreprises et santé des salariés : Stratégie méthodologique pour une enquête pluridisciplinaire ».

## IV. - LE SONDAGE AUPRES DES MEDECINS DU TRAVAIL

Pour compléter notre démarche entamée avec les médecins généralistes, nous avons donc opté pour une stratégie d'enquête s'appuyant sur la collaboration des médecins du travail. Dans le domaine des études sur la santé au travail, les enquêtes réalisées à l'aide des médecins du travail ont fait leur preuve. Parmi celles-ci nous pouvons citer l'enquête SUMER réalisée depuis 1987 en France. L'originalité de cette enquête réside sur le fait de s'appuyer sur un réseau des médecins du travail qui interrogent les salariés concernés par l'échantillon.

De même, il nous est apparu judicieux de mobiliser les médecins concernés par les entreprises classées dans notre échantillon. Pour ce faire, nous avons opté pour l'outil « questionnaire » permettant d'effectuer une récolte des données large et précise sur la situation des entreprises sélectionnées mais également sur le vécu des médecins du travail<sup>252</sup>. Pour décrire l'ensemble du déroulement de l'enquête, nous allons procéder de la manière suivante. Dans un premier temps, nous exposerons les grandes lignes de la structure du questionnaire pour pouvoir dans un second temps décrire la passation elle-même pour enfin tirer les conclusions méthodologiques d'une telle démarche.

### ***4.1) LA STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE : UN TRAVAIL DE CO-CONSTRUCTION***

L'élaboration du questionnaire a donné lieu à une préparation préalable auprès des médecins du travail. Nous avons sollicité la médecine du travail de la région concernée afin qu'elle puisse nous expliquer la manière la plus simple de procéder pour le recueil des données. Après quelques rencontres et échanges, nous avons opté pour une démarche coopérative. A savoir que nous avions accepté l'idée de tester le questionnaire auprès d'un groupe de médecins du travail et de médecins coordinateurs pour qu'ils puissent réagir et donner leur sentiment sur le travail à effectuer. L'élaboration concertée du questionnaire fut achevée au terme de quelques navettes. Bien que maîtres d'œuvre de cet outil et de son objectif, nous étions conscients que le caractère co-décisionnaire et transparent du processus de son élaboration faciliterait ultérieurement la motivation de leurs collègues pour répondre au questionnaire. Toute cette phase s'est déroulée en étroite collaboration avec le docteur Christian Verger, professeur au CHU de Rennes, responsable du département de médecine du travail et Médecin inspecteur régional de la médecine du travail. Conditions qui ont vraisemblablement joué un rôle positif pour inciter ses « administrés » à participer tant aux réunions préparatoires qu'à répondre aux questionnaires en fin de parcours pour ceux d'entre eux qui étaient concernés.

Ce travail a donné lieu au questionnaire présenté en annexe. Il englobe une série de questions d'identification de l'enquêté (âge du médecin répondant, sexe, ancienneté dans la profession, exercice dans un service interprofessionnel ou pas, commune, nombre d'entreprises en charge, ancienneté dans la ou les entreprises concernées, etc.) ; une série de questions qui s'attardent davantage sur son vécu professionnel (conditions d'exercice du métier : disponibilité en temps pour effectuer les visites d'entreprise, mise à disposition du matériel nécessaire pour effectuer les mesures utiles ; perception de leur activité par les employeurs,

---

<sup>252</sup> Un exemplaire du questionnaire se trouve en annexe n°5.

par les salariés ; situations face auxquelles le médecin se sent ou éprouve de la colère ou de l'impuissance, etc.) ; et, enfin, une série de questions relatives, à la fois, à l'entreprise concernée par le questionnaire (structure de l'emploi, changement de direction, climat social, évolution de la gestion du personnel, etc.) et aux signes pathologiques reprenant, ici, certaines des questions posées aux médecins généralistes. L'ensemble étant présenté de manière à lui permettre une comparaison entre son expérience en général et le cas particulier de l'entreprise pour lequel il est interrogé.

Les principales difficultés rencontrées lors de cette phase d'élaboration du questionnaire ont été de donner un statut cohérent à l'ensemble de l'outil. En effet, la demande des médecins du travail se centrait davantage autour du vécu de leur activité que sur les informations à récolter sur l'entreprise. La seconde difficulté résultait d'une explication de la démarche et de l'objectif de notre questionnaire. Celui-ci ne cherchait pas à mesurer de manière objective l'état de santé de salariés dans l'entreprise mais à avoir le point de vue des médecins du travail sur cette réalité. Autrement dit, nous nous intéressons à la dimension déclarative ou à la perception de la situation des entreprises. Toutefois, le regard porté par les médecins du travail ne peut être considéré comme exclusivement subjectif, pas davantage que leurs déclarations ne sont de simples paroles en l'air ; les deux s'appuient sur une expérience que nous pensons pertinente sur le sujet. Mieux, leurs contributions bénéficient d'une motivation et d'une rigueur accrues en proportion des difficultés que leur statut professionnel traverse actuellement.

A partir de ce premier travail et en parallèle avec l'aide de l'inspection régionale de la médecine du travail, nous avons pu constituer notre échantillon des médecins du travail.

	Nombre de médecins du travail concernés par notre échantillon	Nombre d'entreprises concernées par notre enquête
Objectif à atteindre	92	128
Objectif atteint	74	92

Sur l'ensemble des 350 médecins du travail environ qui exercent dans la région, le nombre total de ceux à interroger s'élevait à 92<sup>253</sup>. Finalement nous avons réussi à contacter 74 médecins soit 80 % de l'ensemble. Parmi ces derniers, 8 médecins ont refusé de répondre, soit 10,8 %. Les raisons du refus étaient variées telles que : changement de secteur, indisponibilité, pas d'intérêt pour l'enquête. Sur les 92 médecins concernés, nous avons eu 12 médecins qui n'ont pas pu être joints pour participer à l'enquête. Ces défaillances ont été dues pour l'essentiel à des problèmes de fidélité ou de mise à jour de fichier fourni par la médecine du travail<sup>254</sup>. En effet, nous avions eu des mauvaises adresses, des entreprises disparues ou des médecins récemment partis à la retraite. Par conséquent, il nous a été impossible de récupérer les informations concernant ces entreprises. Au total, les 74 médecins du travail questionnés représentent 92 entreprises de notre échantillon final soit 76,6% de l'ensemble des entreprises

<sup>253</sup> Selon nos informations le nombre des médecins du travail en Bretagne s'élève à environ 350 médecins du travail. Les 92 médecins du travail représentent 26 % du total. Si nous prenons le 74 médecins ayant répondu *in fine* à notre questionnaire nous obtenons un taux de 21 % à l'échelle régionale. A titre d'information, le nombre des médecins du travail en France est d'environ 7 000 médecins du travail.

<sup>254</sup> Nous avons essuyé 9 refus ce qui représente 10 entreprises de notre échantillon. Nous avons rencontré plusieurs problèmes (N° de téléphone, nom incorrect du médecin, disparition de l'entreprise, etc.). Cela fait un total de 18 médecins dont nous n'avons pas pu obtenir les réponses.

à examiner<sup>255</sup>. 73 médecins étaient concernés chacun par une seule entreprise de l'échantillon, 16 médecins par 2 entreprises et un médecin par 3 entreprises. Le taux de participation de ceux qui ont pu être joints a donc été de 80 %.

#### **4.2) UNE DEMARCHE PRESQUE EXPERIMENTALE : DES MEDECINS DU TRAVAIL COOPERATEURS ET PARTICIPANTS**

La passation du questionnaire a été effectuée par voie téléphonique<sup>256</sup>. Nous avons choisi ce mode de récolte des données car il nous permettait d'obtenir un taux plus important de réponses effectives et éviter ainsi la perte trop importante d'information liée à un envoi postal et à une réponse auto administrée du questionnaire. Néanmoins, l'appel téléphonique a été précédé d'une présentation de l'enquête – objectifs, cadre institutionnel, etc<sup>257</sup>.- afin d'informer les médecins, de les motiver sur l'intérêt d'y répondre massivement et de les préparer aux prochaines prises de contact. Tous furent prévenus par un double courrier, adressé, l'un par l'équipe scientifique et l'autre, conjointement, par le médecin inspecteur régional de la médecine du travail. Les appels téléphoniques ont été réalisés entre fin mars et fin juin 2005. La durée moyenne de chaque passation était de l'ordre de 45 minutes avec des amples allant de 20 minutes à 1h20. Cependant, si les premiers entretiens ont permis de vérifier que la collecte des données par téléphone offrait une rapidité appréciable, ils permirent en revanche de constater que cette méthode se heurtait à des problèmes de deux ordres lorsque le médecin était interrogé pour plusieurs entreprises : la compréhension de certaines questions ou la lourdeur de gestion des réponses<sup>258</sup>. C'est la raison pour laquelle il fut, par la suite, procédé à un envoi du questionnaire aux médecins ayant au moins 2 entreprises pour lesquelles ils devaient répondre. En effet, l'interrogation concernant plusieurs entreprises exigeait de la part de l'enquêté une concentration plus importante qui, en l'absence de support écrit se soldait par une durée excessive d'entretien doublée d'une gymnastique intellectuelle peu commode. Avec le questionnaire en main, ils purent répondre au téléphone dans des conditions bien plus confortables, correctement et rapidement.

Lors de notre passation, les médecins ont été attentifs et très prolixes pour décrire la situation des entreprises. Le contexte économique, l'histoire de l'entreprise, les principaux problèmes rencontrés, sont autant de paramètres cités par les médecins du travail pour expliquer ou justifier certaines réponses. À travers ces commentaires ou réponses se dégageaient une connaissance fine de la population et de l'évolution de l'entreprise notamment de sa direction. Plus encore, les médecins du travail mobilisaient des éléments précis pour répondre : la pyramide des âges pour les questions liées à la famille, le couple ou la scolarité. Les proportions hommes et femmes pour expliquer les relations entre la direction et ses salariés. Le lieu d'implantation de l'entreprise, zone rurale ou urbaine, pour expliquer que les rapports ne sont pas les mêmes. La situation épidémiologique de l'entreprise (fréquence de TMS) pour illustrer le quotidien des salariés. Nous avons mesuré par-là un réel intérêt de la part de ces

<sup>255</sup> Il a fallu en moyenne 3 appels téléphoniques par médecins pour pouvoir fixer un rendez-vous ou obtenir une réponse sur la participation ou pas l'enquête

<sup>256</sup> Que mademoiselle Alexandra Deschênes, étudiante en sociologie, en Master 2 : « gestion de risques : santé et travail », qui, en tant que vacataire pour les besoins de l'enquête, a réalisé cette passation téléphonique, soit ici remerciée.

<sup>257</sup> Voir annexe n°4.

<sup>258</sup> Il fallait reprendre certaines formulations, relire les items proposés, etc. Les médecins n'avaient pas sous leurs yeux une copie du questionnaire.

professionnels de la prévention pour la démarche. En même temps, certains médecins étaient incapables de donner des réponses précises pour d'autres questions : le pourcentage des arrêts, le nombre d'accident du travail, etc.

Nous tenons à signaler que les médecins du travail n'avaient pas eu connaissance du classement de l'entreprise opéré par nos soins. Autrement dit, ils ignoraient totalement si l'entreprise était classée en « participative » ou « autoritaire ». Cette condition nous garantissait un contrôle plus ferme sur les réactions éventuelles que les médecins pouvaient exprimer sur l'entreprise. En effet, comme dans toute enquête se fondant sur les déclarations, qui plus est, d'un interlocuteur intermédiaire, le risque d'obtenir des avis abusivement liés à un vécu professionnel et personnel s'atténuaît. Ils répondaient en n'ayant pas des a priori inférés par notre classement. Nous nous rapprochons donc d'une situation presque expérimentale dans la mesure où nous avons isolé les facteurs pouvant intervenir dans le jugement des médecins du travail.

#### **4.3) QUELS ENSEIGNEMENTS METHODOLOGIQUES D'UNE TELLE DEMARCHE ?**

Pour autant, le recueil des données n'a pas été sans poser de problème méthodologique. En effet, le premier constat que nous pouvons formuler peut être lié à la prolixité des médecins du travail. Le questionnaire avait comme effet de les cantonner entre certains items ou d'associer des réalités qui leur paraissaient contradictoires ou sans lien. De plus, nombre de commentaires associés aux réponses données sont restés sans possibilité d'être récoltés. A titre d'exemple nous pouvons citer les suivantes :

Pour la question N° 13 « *S'agissant de la nature des pathologies, certaines sont-elles en progression ? « Elles ne sont pas en progression, mais elles sont davantage reconnues ».* ». Le questionnaire était orienté vers la description du management de la direction des entreprises, or le management intermédiaire apparaît peu « les problèmes avec les petits chefs qui ont des attitudes insupportables ».

La position du médecin du travail face à la réaction de certains employeurs : « mauvaise foi de l'employeur, ignorance et/ou méfiance du rôle du médecin du travail ».

Pour les médecins qui devaient répondre sur plusieurs entreprises nous avons observé une comparaison spontanée qui s'est instaurée. Les médecins avaient tendance à classer l'une par rapport à l'autre en « mieux » ou « pire ».

Concernant les questions liées à la gestion du personnel. Pour la plupart des médecins du travail, il paraissait évident qu'il y ait des distinctions entre les différentes formes de gestion du personnel<sup>259</sup>. C'est la raison pour laquelle, la réponse à ces questions a été en partie sujette à un effet de contamination.

Enfin les termes employés par notre enquête sans accord préalable sur la définition tels que « participation, ou dialogue » ont pu prêter à confusion. En effet, une entreprise pouvait être classée en participative par le simple fait d'avoir un CHS-CT. De même, le terme de dialogue pouvait être qualifié de purement de façade.

---

<sup>259</sup> Cette question « Existe-t-il, à votre avis, entre les entreprises que vous avez rencontrées au cours de votre vie professionnelle, des différences de gestion du personnel ? Item Oui/Non » nous ne l'avons pas exploité tant la réponse était absurde 99 % de oui.

A travers ces remarques, nous voyons que le thème de l'enquête se prête à des multiples digressions et interprétations de la part des médecins du travail. C'est que la réalité de la gestion du personnel n'est pas évidente à définir. Parle-t-on des aspects les plus formels (CHS-CT, Comité d'entreprise, etc.) ou parle-t-on d'une expérience allant au-delà des dispositifs légaux minimaux prévus par les textes ? Même dans ce dernier cas de figure la réponse n'était pas aisée. L'existence par exemple de cercle de qualité pose de multiples questions et ne sont pas univoques<sup>260</sup>. Les médecins du travail se référant parfois à la simple idée de participation ou l'existence de ces cercles pour qualifier l'entreprise de « ouverte au dialogue ».

En tout état de cause, le vécu des médecins du travail traduit bien les difficultés à mesurer les incidences des modes de gestion du personnel sur la santé.

## **V)- LES DONNEES CLASSIQUES DE SANTE AU TRAVAIL SUR LES ENTREPRISES : UNE PREMIERE PISTE ?**

Parallèlement à notre méthodologie fondée sur le questionnaire, nous avons entamé une démarche d'exploitation des données que l'on peut qualifier de « classique » grâce à des informations qu'il est possible d'obtenir à partir des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles du régime général.

En effet, le régime général élabore régulièrement en France les statistiques techniques des accidents du travail et des maladies professionnelles. Celles-ci sont publiées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés de Paris. Ces données ne sont pas exemptes de quelques critiques ni de limites, mais elles présentent un énorme avantage : celui de proposer une vue comparative des entreprises.

Nous présenterons les quelques problèmes juridiques que nous avons rencontrés pour exploiter et obtenir ces données, les limites de l'usage d'une telle source pour terminer par la définition de notre démarche à savoir une présentation descriptive.

### **5.1) LE PROBLEME DE LA CONFIDENTIALITE DES DONNES : UNE BARRIERE A RESPECTER**

Nos prises de contact nous ont conduit à respecter un certain nombre de principes juridiques et légaux concernant les informations émanant des organismes de sécurité sociale. En effet, contrairement à la pratique en vigueur dans d'autres pays industrialisés (par exemple aux Etats-Unis), en France les données relatives au nombre des accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP) par entreprise ne sont pas accessibles et encore moins publiques. Il existe un accès tout à fait ouvert et généralisé, publiés, des statistiques techniques générales par branche, par Comité technique national (CNT), par région voire par

---

<sup>260</sup> A ce titre voir le travail récent de Denis Segrestin, *Les chantiers du manager. L'innovation en entreprise : où en sommes-nous ? Comment piloter les changements et les maîtriser ?,* Paris, Armand Colin, (Coll. « Sociétales »), 2005, 343 p.

département, mais pas par le nom de la société ou de l'entreprise. Ces données existent pourtant ; elles sont détenues par les CRAM (Caisses régionales d'assurance maladie).

Autrement dit, nous n'avons pas eu la possibilité d'obtenir les données directes de chacune des entreprises de notre échantillon. Au terme de la coopération engagée avec la CRAM de Bretagne nous avons obtenu ces données agrégées par groupes d'entreprises, le plus souvent par branche, afin de préserver l'anonymat des résultats de chacune d'entre elles. C'est donc par l'intermédiaire des résultats globaux par branche que nous serons en mesure d'établir des comparaisons.

C'est la raison pour laquelle, les résultats que nous allons présenter, ultérieurement, doivent se lire avec cette contrainte. Celle-ci nous a, par exemple, interdit de procéder à des comparaisons particulières, plus fines, selon la connaissance que nous avions des caractéristiques managériales de chaque entreprise et leur plus ou moins grand degré de contraste. De plus, les données récupérées auprès des organismes de sécurité sociale ne concernent pas toutes les entreprises présentes dans notre échantillon car nous nous heurtons à la pluralité des régimes d'assurance. En effet, la particularité des données statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en France est qu'elles sont dépendantes du régime d'affiliation de l'entreprise. Par conséquent, cette situation avait comme résultat de multiplier les demandes et les prises de contact et ainsi de ralentir notre travail. Aussi, est-il bon de rappeler qu'en France, à l'heure actuelle, il n'existe pas de données globales, homogènes et régulières sur le nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles dans notre pays.

## **5.2) AVANTAGES ET LIMITES D'UNE TELLE SOURCE**

Les avantages de l'usage d'une telle source est de bien connaître le principe et les définitions qui sont à la base de la construction des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les seuls accidents du travail et maladies professionnelles qui sont présentés dans ces « Statistiques financières et technologiques » sont : « *les accidents ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour au cours duquel l'accident est survenu et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière* ». C'est pourquoi, les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles ont fait l'objet de nombreux articles sur leur utilité et notamment sur la capacité à traduire la réalité des risques professionnels<sup>261</sup>. Aussi convient-il d'attirer l'attention sur la définition de l'accident du travail. En effet, à côté des accidents qui se produisent sur un chantier (ex : entorse, chute, écrasement), il y a également les « accidents » qui illustrent davantage une logique assurantielle que de prévention<sup>262</sup>. Une autre remarque touche l'écart existant entre les données nationales (leur publication) et la période durant laquelle les accidents du travail se sont produits. En effet, il existe un écart de deux ans. Cet écart est dû essentiellement au fait que les caisses primaires d'assurance maladie doivent attendre que

<sup>261</sup> Nous renvoyons le lecteur aux ouvrages suivants : Jean Wisniewski, *Les accidents du travail. Qui paie quoi ?*, Paris, Ed. D'organisation, 1983, 215 p. Denis Duclos, *La santé et le travail*, Paris, Ed. La Découverte, (Coll. « Repères »), 1984, 123 p. Pierre Trinquet, *Maîtriser les risques du travail. Le cas du bâtiment et de l'industrie française*, Paris, Ed. Puf, (Coll. « Le travail humain »), 1996, 313 p. et Béatrice APPAY et Annie Thébaud-Mony, *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Ed. Iresco, 1997, 579 p.

<sup>262</sup> Voir Jorge Muñoz, « Une approche pragmatique de la responsabilité : le cas de la prise en charge des accidents du travail » In *Lien Social et Politiques*, N° 46, 2002.

l'état de la victime soit « consolidé » pour pouvoir fixer une IPP ou encore entre la date de l'accident et la mort (le cas des brûlés). Or cet état de consolidation peut prendre quelques jours voire des mois (pensons aux maladies dues à l'amiante, au coma, les fractures multiples, etc.), d'où un décalage entre la publication et la date de l'accident. C'est la raison pour laquelle, nous présenterons les données des années 2001, 2002 et 2003.

Malgré ces limites, ces données nous donnent une idée de la tendance que l'on peut observer dans ces entreprises. En effet, le nombre des accidents du travail, le nombre des maladies professionnelles, le nombre des jours perdus et le nombre des accidents mortels sont autant d'indicateurs d'une situation à l'intérieur d'une entreprise.

Enfin, ce type de statistique montre que nous avons affaire à un processus de reconnaissance qui différencie strictement l'analyse des causes des accidents ou des maladies, de l'analyse des règles de prise en charge. Du même coup, les accidents du travail ou les maladies professionnelles n'existent que quand ils deviennent publics aux yeux non pas de l'entreprise mais des organismes sociaux.

Cette dernière idée a été déjà développée, mais dans une perspective légèrement différente, par Annie Thébaud-Mony<sup>263</sup>. Cet auteur, en soulignant les dysfonctionnements liés à la reconnaissance des maladies professionnelles (MP) montre l'incidence que peuvent avoir les différents acteurs dans le processus de reconnaissance. Ce qui l'intéresse dans ce processus, c'est moins la logique d'assurance qui suppose « la négociation paritaire du risque assuré » mais davantage « *le rôle que joue le système de réparation non seulement par rapport à l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles, mais dans l'identification et la prévention des pathologies liées au travail ?* »<sup>264</sup>. Il s'agit ouvertement d'une perspective de santé publique c'est-à-dire que le but est l'amélioration de la santé d'une population. L'hypothèse centrale de ce travail était que « *des mécanismes compromettent les processus de déclaration/reconnaissance, qu'ils compromettent également la connaissance scientifique et médicale des pathologies professionnelles et font obstacle à l'adoption des mesures de prévention nécessaires* »<sup>265</sup>.

Les travaux réalisés par cette sociologue montrent bien qu'il convient de distinguer le processus de reconnaissance et la mesure des accidents du travail et, notamment, des maladies professionnelles. Il y a un décalage persistant entre les deux processus car ils n'obéissent pas aux mêmes principes.

### **5.3) UNE DEMARCHE DESCRIPTIVE INTERESSANTE**

Malgré ces limites que nous connaissons et dont nous ne sous-estimons pas les interférences dans la pertinence de notre démarche analytique, les statistiques provenant des services de prévention de la CRAM possèdent l'avantage de nous fournir une photographie à un instant T pour l'ensemble de notre échantillon. Par ce biais, ces statistiques permettent de décrire la situation de ces entreprises à la lumière d'un indicateur qui a le mérite d'être connu. Nous ne sommes pas les seuls chercheurs à exploiter ces statistiques en dépit des limites signalées. Les

<sup>263</sup> Annie Thébaud-Mony, *La reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, La documentation française (Coll. « Document de travail »), 1991, 284 p.

<sup>264</sup> *Ibid.* p. 12.

<sup>265</sup> Idem. p. 23.

travaux de P. Askenazy et all.<sup>266</sup> s'appuient essentiellement sur elles pour cerner les répercussions des nouvelles formes d'organisation du travail et notamment des innovations managériales telles que l'introduction des démarches qualité. Ces travaux, et bien d'autres<sup>267</sup>, montrent que les statistiques fournies par la CNAMTS permettent d'examiner les phénomènes liés au risque professionnel et de découvrir des nouvelles dimensions servant au traitement préventif.

C'est la raison pour laquelle, pour effectuer notre travail ou, du moins, pour procéder à une première approche susceptible de dévoiler quelques indices nous encourageant à pousser plus loin la recherche de corrélations entre le type de management et l'état de santé des salariés, nous avons retenu les 4 indicateurs basiques suivants :

- Le nombre des accidents du travail déclaré et ayant entraîné un arrêt
- Le nombre des maladies professionnelles déclaré et ayant entraîné un arrêt
- Le nombre de jours en moyenne d'arrêt (cet indicateur nous permet d'avoir une idée de la gravité).
- Le nombre de décès

L'ensemble de ces informations nous a permis de décliner les indicateurs par groupe d'entreprise (groupe autoritaire et groupe participatif) et par branche d'entreprise pour les années 2001, 2002 et 2003.

Nous verrons que cette stratégie s'est avérée fructueuse dans la mesure où nous pouvions tracer et donner une description intéressante de notre échantillon à la lumière de ces premiers indicateurs.

---

<sup>266</sup> Voir P. Askenazy, E. Caroli et V. Marcus, « New organizational practices and working conditions : evidence from France in the 1990's », *recherches économiques de Louvain-Louvain Economic Review*, N° 68 (1-2), 2002, pp.91-110.

<sup>267</sup> Nous pensons aux enquêtes menées par la fondation de Dublin ou par l'INRS en France.

## **RESULTATS ET COMMENTAIRES**

**I<sup>ERE</sup> PARTIE :**

**APPROCHE GLOBALE**

**LA RELATION TRAVAIL/SANTE, UN CONSTAT CONFIRME  
PAR LES GENERALISTES**

## UN TEMOIGNAGE EDIFIANT

Il s'agira dans cette partie de recueillir la perception que se fait un médecin généraliste de la relation Travail/Santé dans une approche la plus globale possible ; l'environnement au travail y étant saisi à partir du contexte économique général et non en raison d'une situation attachée à un, ou plusieurs, types de management en particulier. A ce stade préliminaire, toute notion relative à la gestion des ressources humaines est exclue de l'entretien. Conduit de manière semi-directive, on s'y contentera d'évoquer l'« ambiance au travail » à partir du moment où le praticien abordera lui-même le sujet. Par la suite, nous continuerons d'évoquer ces paramètres relationnels et psychologiques sous forme allusive d'« atmosphère » ou de « climat » afin d'obtenir les précisions recherchées pour nous guider dans l'élaboration du questionnaire destiné à être soumis à un panel de généralistes. Questionnaire qui n'aura, faut-il le préciser tout de suite, aucune prétention médicale stricte dans la mesure où nombre de questions ne permettront pas aux praticiens interrogés d'apporter spontanément des réponses scientifiquement vérifiées. Son objectif visera essentiellement à recueillir, à la manière d'un sondage d'opinion, le vécu des praticiens face à la perception qu'ils ont, ou pas, de la relation Travail/Santé à travers la connaissance de leurs patients. Sachant combien la restitution de toute perception inclut une part de subjectivité, on attendra surtout de ce sondage des pistes susceptibles de nous orienter vers la détection d'indicateurs santé nouveaux, plus pertinents pour les étapes ultérieures de la recherche. Cette partie sera, aussi, l'occasion de proposer une approche très extensive de la notion de déterminants environnementaux de la santé résultant de l'intervention humaine, à la fois dans le temps et dans l'espace.

### **I. - UNE ZONE D'OBSERVATION PRIVILEGIEE : LE BASSIN D'EMPLOI DE TARBES**

#### **1.1) LES CARACTERISTIQUES D'UNE SITUATION A HAUTS RISQUES**

Afin de vérifier, ou plus exactement de confirmer, l'existence non pas tant d'une relation entre les conditions de travail et la santé des salariés<sup>268</sup> que de la composante psychosociale de cette relation, et d'aborder celle-ci de la manière la plus directe possible, sans entrer à ce stade dans la distinction qualitative des modes de management, l'étude s'est d'abord attachée à tester l'incidence d'un environnement psychologique difficile en matière d'emploi. La difficulté pouvant résulter d'une situation industrielle globalement dégradée dans un contexte économique problématique ; ce qui sera le cas ici. L'option choisie a été d'opérer un test préliminaire dans une zone géographique restreinte, particulièrement touchée par une crise économique et sociale d'ampleur. Il nous a paru, en outre, judicieux de privilégier une crise récente, largement médiatisée, afin que l'attention suscitée chez les médecins généralistes du

---

<sup>268</sup> Le constat d'une relation entre les conditions de travail et la santé des salariés existe depuis fort longtemps, si bien que nous aurions pu nous contenter d'annoncer ce lien déjà prouvé et citer des recherches anciennes dans la perspective desquelles s'inscrit cette étude. Deux références, en particulier : Paul Lazarsfeld auteur, en 1930, d'un ouvrage traduit en français sous le titre *Les chômeurs de Marienthal* ou plus précurseur encore en France, le célèbre rapport Villermé sur le *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les fabriques de coton, de laine et de soie*, en 1840 !

secteur soit encore fraîche dans les mémoires. Notre choix s'est porté sur le bassin d'emploi de Tarbes, aux portes du Parc National des Pyrénées. Ce choix ne devait rien au hasard, il répondait en tous points aux conditions requises. D'abord parce que l'essentiel des emplois industriels locaux sont concentrés dans trois grandes entreprises pour la plupart, et de longue date en situation critique ; ensuite parce que peu avant le début de l'enquête et jusqu'à la date de l'interview du médecin présentée plus loin, Tarbes fut le théâtre d'une crise spectaculaire, sans précédent, qui lui valut les honneurs de la presse. Cette crise éclata au début du printemps 2003 et pouvait laisser craindre une détérioration ultime du socle industriel local, évoquant un sinistre similaire à celui qui affecta la Lorraine dans les années 70.

En l'espèce, la menace pesait sur l'un des fleurons de la région, un établissement chargé d'histoire qu'à la différence d'une banale société privée l'on pouvait croire plus à l'abri des vicissitudes de la concurrence en raison de ses liens étroits avec l'Etat et de la nature particulière de ses activités, liées à un secteur politiquement sensible, au cœur d'enjeux stratégiques en matière d'indépendance nationale : l'industrie d'armement Giat. Or, non seulement il n'en fut rien, mais avec la désstabilisation de cette entreprise ce sont tous les secteurs connexes qui se voyaient affectés. Dans le même temps, une autre entreprise dépendante des marchés publics, spécialisée dans les chemins de fer, était ébranlée : Alstom.

Avant de revenir plus en détails sur ces événements de 2003, et afin de mieux saisir l'ampleur de la dimension émotionnelle et matérielle liée aux périls qu'un tel processus faisait peser sur la population locale, on ne fera pas l'économie d'une présentation préalable succincte de ce qu'était devenu le bassin d'emploi de Tarbes, son histoire, ses caractéristiques démographiques et économiques. Présentation nécessairement complétée par la mise en perspective des grandes lignes de la crise qui le traverse depuis plus d'une dizaine d'années. Autant d'éléments indispensables à la pleine compréhension de l'impact de 2003 mais, aussi, à une illustration de l'étendue réelle que prend la dimension politique dans une définition élargie des facteurs constitutifs de l'environnement au travail. Ici, l'histoire et la politique trouvent pleinement leur place en amont du contexte sanitaire.

#### **A) UNE TRADITION INDUSTRIELLE VIEILLE DE PLUS D'UN SIECLE**

Située en plaine, à trente minutes des premières stations de ski et du célèbre lieu de pèlerinage international de Lourdes, Tarbes, capitale de la Bigorre, est d'abord une ville de province de moyenne importance. L'expansion de sa démographie y est modérée mais néanmoins constante ; de 54 897 habitants en 1975 sa population – communes périphériques comprises – est passée à 77 414, vingt cinq ans plus tard, et atteint 77 810 résidents, aujourd'hui. Le destin de Tarbes doit beaucoup à Napoléon 1er. Devenue le siège d'une préfecture en 1800, la ville voit son rôle administratif et ses fonctions considérablement accrus. C'est également sous Napoléon 1er que, pour des raisons stratégiques, fut rétablit, en 1806, le Haras National de Tarbes qui, à partir du cheval tarbais, donna naissance à la race anglo-arabe. Mais, la vocation militaire de cette ville débute véritablement après la guerre de 1870-1871, lorsque le colonel Verchère de Reffye, artilleur de génie et inventeur de la mitrailleuse du même nom<sup>269</sup>, transforme l'atelier expérimental de Meudon (transféré par train à Tarbes) en atelier de construction d'artillerie (appelé Arsenal par les Tarbais). Dès lors, Tarbes devient une ville industrielle et ouvrière et conforte sa vocation militaire par la construction des quartiers Larrey, Soult et Reffye. Durant la Première guerre mondiale, du fait de son positionnement

<sup>269</sup> En 1860.

géographique favorable en arrière-pays, Tarbes intensifie sa production en artillerie. Une identification martiale renforcée par l'évocation du Maréchal Foch, illustre commandant en chef des armées alliées, né à Tarbes en 1851. « *Dès le début du XXe siècle, écrit Claude Larronde, durant la période 1916-1918, l'établissement bigourdan est l'un des plus importants de France et sa population ouvrière atteint presque les 16 000 unités, dont près de 6000 femmes. Malgré la pénibilité des tâches et le danger quotidien, le travail acharné des arsenalistes, parfois au sacrifice de leur vie, a fait de la mission confiée par le pays en guerre une réussite humaine exemplaire* »<sup>270</sup>. Durant la Seconde guerre mondiale, la Résistance fait partie de la vie de la ville, suffisamment pour que Tarbes se voit attribuer la croix de guerre. Avec le retour de la paix, l'industrie se diversifie mais Tarbes reste une ville à fort caractère militaire. La dernière génération des hommes et des femmes de l'Atelier de Construction de Tarbes, poursuit cette contribution à l'histoire d'une entreprise au destin exceptionnel avec la naissance du char Leclerc, moyen de combat de la troisième génération.

Cette entreprise que l'on retrouvera pour les besoins de notre enquête était devenue le principal industriel de Tarbes et du département des Hautes-Pyrénées, mais aussi du Sud-ouest si l'on excepte toutefois Bordeaux et Toulouse, ainsi que la métallurgie lourde du Boucau, près de Bayonne. « *Levier essentiel du développement de la ville de Tarbes, l'activité de l'Arsenal devient le facteur décisif de l'exode rural en Bigorre et son site, le point de confluence de toutes les catégories de salariés : ingénieurs, techniciens, ouvriers et employés venus de tous les coins de l'Hexagone* »<sup>271</sup>. L'autre grande spécificité de la ville réside dans son insertion au sein d'un dispositif multi-sites de construction du TGV décidé à la fin des années soixante, ainsi qu'à ses liens avec l'industrie aéronautique dont sa voisine Toulouse est le symbole. Aujourd'hui, Tarbes est la deuxième agglomération de la Région Midi-Pyrénées, implantée au carrefour de voies de communications modernes. Elle n'en traverse pas moins, au bout de cent trente cinq ans, une crise structurelle notoire au point que bien des observateurs ont pu parler à son endroit de gâchis.

### Population de TARBES et agglomération

	1999
Agglo. TARBES	77414
Centre-ville	46275
Banlieue	31139
Aureilhan	7447
Barbazan-Debat	3504
Bordères sur l'Echez	3551
Bours	715
Chis	245
Horgues	975
Laloubère	1352
Momères	589
Odos	3285
Orleix	1671
Séméac	4751
Soues	3054

Source INSEE

<sup>270</sup> CF. Claude Larronde, *L'Arsenal de Tarbes, Histoire et patrimoine*, Société Académique des Hautes-Pyrénées, 1991, 262 p.

<sup>271</sup> Ibid.

Outre l'armement, les principales activités économiques de la région se répartissent principalement, entre l'aéronautique, le matériel électrique et les isolateurs, l'aluminium et les fonderies ainsi que les produits chimiques, l'agro-alimentaire de la viande et l'électroménager. On relève beaucoup de sous-traitants de l'armement et de l'aéronautique. Juste avant la crise de 2003, les principaux employeurs de la région sont trois grosses entreprises qui se distinguent en accueillant au moins le double de personnel que leurs suivantes immédiates. Il s'agit respectivement de Giat, Alsthom et Socata. Cette caractéristique jouera un rôle déterminant dans la dimension sociale de la crise que traverse ce bassin d'emploi.

### **Les 10 plus grands établissements industriels en 2001**

RAISON SOCIALE	ACTIVITE	LOCALISATION	EFFECTIF 2001
GIAT INDUSTRIES	Armement	Tarbes	1022
ALSTOM TRANSPORT SA	Matériel électrique	Séméac	967
SOCATA	Aéronautique	Louey	998
GMD	Produits viandes	Maubourguet	416
SEB	Electroménager	Lourdes	331
ALUMINIUM PECHINEY	Aluminium	Lannemezan	234
SOC DES CERAMIQUES TECH,	Isolateurs	Bazet	184
ELF ATOCHEM SA	Produits chimiques	Lannemezan	164
MICROCAST	Fonderie	Adé	205

Source CCI

### **B) UN DECLIN ACCELERE DEPUIS LA FIN DES ANNEES 1980**

Connue parmi les trois principales sociétés de Tarbes, Alsthom (Tarbes-Séméac) est spécialisée dans le matériel de transport ferroviaire. Le groupe dispose de nombreux établissements en France. Celui de Tarbes fabrique les moteurs du TGV. Il fera les frais, on va le voir, des jeux de délocalisation interne au groupe qui, sous couvert de réorganisation, masquent parfois des enjeux politiques locaux pour échapper aux plans sociaux, d'où certains détours dans le suivi de l'explication. Ainsi, passera-t-on par sa principale sœur « rivale », la société GEC-Alsthom de Belfort qui emploie 8 000 salariés et dont les activités vont de l'assemblage du TGV à la construction de turbines à gaz et d'alternateurs. En Franche-Comté, de Besançon à Belfort, un réseau de moyennes entreprises, généralement sous-traitantes d'Alsthom et de Peugeot (près de 3 000 salariés du Territoire de Belfort), se déploie dans les secteurs de la construction mécanique et électrique. Début novembre 1994, alors que le département doit faire face au développement du chômage chez les jeunes, une grève éclate sur le site d'Alsthom Belfort en réponse au refus de la direction d'accorder l'augmentation de

1.500 francs mensuels<sup>272</sup> que réclament les salariés. Le site est entièrement paralysé et la grève s'étend aux cinq filiales du groupe. A l'origine du conflit, un tract publié quelques semaines auparavant par la CGT. Son union fédérale des ingénieurs, cadres et techniciens y révélait que le bénéfice de l'entreprise (219,3 millions de francs) était en augmentation de 25% par rapport à l'année précédente. Or, pendant la même période, les 1.740 salariés ont vu diminuer leur augmentation de salaire individuelle de 1,1% à 0,8% et il n'y a plus qu'une seule augmentation collective par an, au lieu de deux. Privés de toute information et implication dans la gestion du groupe, les salariés discutent et réfléchissent, pendant une quinzaine de jours, sur ces chiffres, puis réagissent à leur manière. Un délégué CFDT de Bourgogne avoue avoir été " pris de court " par la détermination et la mobilisation des grévistes tant la solidarité entre le personnel ouvrier et le personnel administratif et ingénieur est remarquable. Aux termes de la plate-forme de revendications communes figure, à côté de l'augmentation de 1.500 francs, la reconnaissance " véritable " des savoir-faire<sup>273</sup> et, surtout, la revendication de relations de travail " plus humaines " entre la hiérarchie et le personnel. Les jeunes d'Alsthom Belfort, particulièrement actifs au sein des grévistes, contribuent au succès des diverses manifestations qui accompagnent le mouvement. Malgré la nomination d'un médiateur, non seulement la poursuite de la grève est décidée (le 9 novembre) mais les jeunes ajoutent une réclamation supplémentaire à la fameuse augmentation de salaire : la transformation en emplois stables des contrats à durée déterminée. Ils exigent ce type d'embauche dont bénéficiaient, jusque-là, leurs camarades à peine plus âgés qu'eux, avec un niveau de formation équivalant au leur (BEP ou bac pro en chaudronnerie, fraisage). Une semaine plus tard, l'occupation du site de Belfort se poursuit, ce qui conduit Joël Niess, délégué syndical CGT de la division électromagnétique de la CEGELEC, filiale franco-britannique d'Alcatel (rames de TGV, alternateurs électromécaniques pour les centrales nucléaires et turbines à gaz), à déclarer devant près de 3.500 personnes, lors d'une prise de parole aux portes de l'usine : « On peut noter, aujourd'hui, encore plus de sympathie pour le mouvement ». En effet, le 22 novembre, le mouvement s'étend ; des grèves et des débrayages affectent, outre Belfort, plusieurs usines GEC-Alsthom en divers points du territoire national, à La Courneuve (Seine St-Denis), au Petit-Quevilly (Seine-Maritime), à Tarbes (Hautes-Pyrénées), au Creusot (Saône-et-Loire) et à Aytré (Charente-Maritime) ; au total sont concernés une dizaine des 55 établissements GEC-Alsthom en France, soit environ un peu plus de 10.000 salariés sur 33.000<sup>274</sup>. A Tarbes (1.100 salariés), les portes de l'usine sont bloquées par les grévistes, tandis que d'autres sites comme celui du Creusot (638 salariés) sont complètement paralysés par des piquets de grève interdisant tout accès à l'usine, quand il ne s'agit pas d'occupation comme au Petit-Quevilly (596 salariés). En ces temps où l'emploi est officiellement affiché comme une priorité, le mécontentement vient également du fait que l'expansion de GEC-Alsthom et de ses filiales a été largement portée, au cours des dernières années, par le développement du travail intérimaire et par le recours aux contrats à durée déterminée. Ainsi, dans la filiale EGT - où la grève a débuté dès le 24 octobre -, les effectifs ont triplé ces cinq dernières années<sup>275</sup>. Sur 1.700 salariés, EGT compte 48 intérimaires et 97 employés en CDD, en majorité des jeunes qui sortent d'apprentissage. Pour le seul chantier de montage des turbines à gaz, le chantier « 9.000 », 40% de la main-d'œuvre est sous CDD, situation propice

<sup>272</sup> Rapportée à la totalité des effectifs du site (7.600 personnes), et en tenant compte des charges sociales, la revendication salariale ne représente que 0,5% du chiffre d'affaires de GEC-Alsthom. Les travailleurs demandent aussi qu'il n'y ait plus de salaires inférieurs à 7.500 francs par mois.

<sup>273</sup> Arguant de la « polyvalence » technique dont ils doivent faire preuve, ils demandent à bénéficier d'une véritable reconnaissance catégorielle et financière de leur fonction et de leur savoir-faire.

<sup>274</sup> Cf. *L'Humanité*, édition du 23 novembre 1994.

<sup>275</sup> Pendant la même période, les bénéfices ont augmenté de 25%, alors que les salaires et traitements n'ont progressé que de 6%.

au jeu de chaises musicales intragroupe qui n'exclue nullement des interférences politiques équivoques. Quatre ans plus tard, le 20 octobre 1998, c'est au tour du site de Villeurbanne de se voir menacé au profit, semble-t-il, de celui de Tarbes. C'est alors que le sénateur du Rhône, Gilbert Chabroux, ancien maire socialiste de Villeurbanne, condamné à un an d'inéligibilité en 1997, monte au créneau et s'adresse à son collègue Christian Pierret, secrétaire d'Etat à l'industrie, pour attirer son attention sur la situation que connaît le site villeurbannais de GEC-Alsthom Transport : « *Voilà cinq ans, 600 salariés travaillaient sur ce site ; actuellement, ils ne sont plus que 393. En 1997, le secteur du module de puissance a été transféré à Tarbes et à Preston en Grande-Bretagne. A cette époque, l'assurance du maintien de l'activité avait été donnée par la direction, et ce pour les années 1998 et 1999* ». Défenseur des intérêts de l'agglomération lyonnaise et de la communauté urbaine de Lyon, il se plaint de l'annonce qui avait été faite le 15 mai 1998 du transfert de l'activité “ système de traction ” à Tarbes. En clair, 62 postes villeurbannais devaient être transférés dans les Hautes-Pyrénées avant la fin de l'année. Et d'ajouter : « *Je ferai observer, monsieur le secrétaire d'Etat, que cette décision est intervenue quarante-huit heures après que le SYTRAL, le syndicat mixte des transports pour le Rhône, eut retenu la proposition du groupe GEC-Alsthom pour réaliser des lignes de tramways dans l'agglomération lyonnaise* »<sup>276</sup>. Et de mettre en lumière toutes les conséquences négatives que ce transfert aurait sur sa commune<sup>277</sup>. « *En conséquence, monsieur le secrétaire d'Etat, pouvez-vous nous dire quelles mesures compte prendre le Gouvernement afin que la direction de cette entreprise puisse être mise en face de ses responsabilités - j'insiste sur ce point - et revienne sur cette restructuration dommageable à maints égards pour la ville de Villeurbanne ?* »<sup>278</sup>. Le secrétaire d'Etat lui répond que la direction de la société Alsthom Transport a annoncé au printemps dernier son souhait de procéder au transfert de son unité de fabrication de chaînes de traction de faible puissance pour matériels urbains et suburbains de Villeurbanne à Tarbes, site où l'on conçoit déjà et réalise l'ensemble des chaînes de traction de forte puissance pour les matériels grande ligne. C'est en raison d'un déficit de commande patent depuis plusieurs années que l'unité « systèmes de traction VTR » de Villeurbanne s'est trouvée confrontée à une diminution très sensible de son plan de charge au point qu'elle n'était plus en mesure d'assurer le plein emploi de son effectif. Ce constat a conduit l'entreprise Alsthom Transport à envisager logiquement le regroupement à Tarbes de toutes les activités « systèmes de traction ». Un mois avant l'annonce, le comité central d'entreprise (CCE) avait eu connaissance du projet de transfert qui aurait dû entraîner la mutation sur le site de Tarbes de la quasi-totalité des personnels. Mais, ce projet a été suspendu à la suite de la procédure judiciaire ouverte à la demande du comité central d'entreprise d'Alsthom et du comité d'entreprise de Villeurbanne ; l'ordonnance en référé rendue par le tribunal de grande instance de Paris, en date du 28 septembre 1998, a interdit au groupe de poursuivre sa procédure de plan social et de procéder à toute rupture de contrat de travail dans son établissement de Villeurbanne. Est-ce un bien ou un mal ? Toujours est-il que cela permet au secrétaire d'Etat de rassurer son interlocuteur en l'assurant que la pérennité de l'établissement de Villeurbanne ne semble pas menacée. « *Au contraire, ajoute-t-il, - et nous allons nous employer à renforcer cette orientation - Villeurbanne devient « le » centre d'excellence d'Alsthom Transport en Electronique Equipement Systèmes, EES* » ! Au total, les problèmes se répercuteront sur Tarbes qui transférera une partie de son

<sup>276</sup> Cf. Débat au Sénat, 20 octobre 1998.

<sup>277</sup> « Je tiens à souligner, monsieur le secrétaire d'Etat, que cette perspective de fermeture risque d'avoir des conséquences véritablement graves à Villeurbanne. Ce seront tout à la fois les entreprises sous-traitantes de ce groupe, les ingénieurs et techniciens diplômés de l'INSA, l'Institut national des sciences appliquées, ou de l'IUT-B, l'Institut universitaire de technologie, de Villeurbanne qui seront ainsi privés de débouchés. Bien sûr, les recettes fiscales de la ville se trouveront amputées ». Cf. Sénat, 20 octobre 1998, loc. cit.

<sup>278</sup> Ibid.

personnel sur Besançon. Tarbes voit ainsi passer sa chance de devenir un pôle d'attraction majeur dans le groupe ; et au jeu des chaises musicales c'est la Franche-Comté qui en profitera. Le ministre de l'Intérieur de l'époque, Jean-Pierre Chevènement, peut s'en féliciter pour son fief.

Il n'y a pas qu'Alsthom qui sera fragilisée sur Tarbes. Deux ans auparavant, fin juin 1996, d'autres menaces affectaient les Hautes Pyrénées. Après GIAT, on annonçait une restructuration à la SOCATA, filiale d'Aérospatiale qui construit de petits avions d'affaires et d'entraînement pour l'armée.... Au cours d'une réunion extraordinaire du comité d'entreprise du site de Tarbes, le PDG de la SOCATA, Jean-Marc Raffin-D'Ourny, présente un plan de restructuration prévoyant la suppression de près de 200 (sur 860) emplois dans les dix-huit prochains mois. Les syndicats rejettent ce plan. Le ministre de la Défense de l'époque, Charles Millon, avait reçu les élus des Hautes-Pyrénées ainsi que les représentants des salariés de GIAT Industries (menacés de 595 suppressions d'emploi) et de la SOCATA. Il avait déclaré que le bassin de Tarbes serait traité spécifiquement dans le cadre de la convention Etat-Région Midi-Pyrénées, signée le 28 juin à Toulouse entre le préfet et le président de région. Cela fait donc bien une dizaine d'années que la situation de l'emploi se montre de plus en plus critique. Par ailleurs en 2003, alors que dans cette même région la branche exploration-production de ELF annonce un plan de 1 340 suppressions d'emploi, et que le groupe Alsthom vient d'annoncer la vente d'une partie de ses activités à Sémea près de Tarbes ce qui entraînerait la suppression d'une centaine d'emplois, éclate l'affaire GIAT-industrie. De 18 000 dans les années 90, les effectifs de ce groupe étaient déjà tombés à 6 400 en décembre 2002. A la Chambre de commerce et d'industrie, une réunion est interrompue. À l'appel de la CGT, la CFDT, la CFDT et la FSU, la salle d'audience où se tenait une rencontre sur le plan État-Région de Midi-Pyrénées est occupée. La « politique de déclin industriel » est dénoncée.

## **1.2) LA POLITIQUE ET SES CONSEQUENCES ENVIRONNEMENTALES ULTIMES**

### **A) L'AFFAIRE DE GIAT-INDUSTRIE EN 2003**

GIAT-industrie, l'entreprise emblématique de la ville est à nouveau touchée. Bien que les plans la visant se soient succédés et que l'arrivée d'un plan supplémentaire ne constitua pas vraiment une surprise, c'est un véritable coup de tonnerre qui éclate ce lundi 7 avril 2003. Ce jour-là, Luc Vigneron, le PDG, annonce « le plan d'adaptation pour Giat ». Un « plan social » dit-il, alors qu'il s'agit de la fermeture des sites de Tarbes, Cusset et Saint-Chamond<sup>279</sup>, et de la suppression de 3 750 emplois d'ici 2006 dont plus de 650 sur les 770 que compte l'arsenal bigourdan ! 88% des salariés tarbais travaillaient à la fabrication des tourelles du char Leclerc. La saignée est significative ; encore ne parle-t-on que des suppressions d'emplois en France, oubliant les nombreux employés qui servent dans les pays clients de GIAT à travers le monde et en particulier dans les pays arabes. Le PDG a donc fait part aux syndicats, réunis en comité

---

<sup>279</sup> A Saint-Chamond (734 emplois) où l'usine a brusquement stoppé la remise en état de 300 AMX-10 RC (roue canon de 105 mm) des régiments de cavalerie, commandées par l'armée française. Conjointement, la diversification dans l'industrie civile (bancs d'essai pour l'automobile, vérins hydrauliques) est restée sans lendemain à cause de coûts de revient trop élevés.

de groupe, de son objectif d'atteindre 2 500 salariés d'ici 2006 au niveau du groupe, qui en compte aujourd'hui 6 250. Si bien qu'à Tarbes il ne resterait que 150 emplois répartis entre Giat et Dualtech... alors qu'il y en avait 3 300 en 1989, date à laquelle, sous le second septennat de François Mitterrand, une loi est votée en décembre 1989 à l'Assemblée nationale pour transformer les arsenaux terrestres en société nationale de gestion privée. La CGT et FO s'étaient élevées contre, la CFDT avait approuvé. Les députés locaux (PS, PRG) votaient pour ou s'abstenaient. L'argument avancé était qu'il fallait s'intégrer à la défense européenne et accéder à une « compétitivité mondiale ». L'extrême gauche, étrangère aux logiques d'indépendance nationale, ne vit dans ce discours qu'un subterfuge pour surtout dissimuler une volonté de supprimer le statut d'ouvrier d'Etat des arsenalistes<sup>280</sup>. Le journal de la LCR, Rouge, rapporte comment de nombreuses luttes ont été menées sur tous les sites et signale certaines anecdotes révélatrices de la manière dont les liens syndicaux avec les appareils de la « gauche plurielle » les ont freinées. « *Par exemple, à Tarbes, en novembre 1996, à l'annonce du cinquième plan « social » (moins 596 emplois), la direction était séquestrée, après le vote à bulletin secret des salariés. Les politiques locaux en général et le maire de Tarbes, Raymond Erraçarret (PCF), en particulier, ont condamné publiquement cette action* »<sup>281</sup>.

En 2003 le pouvoir n'est plus aux mains de la gauche mais il serait cette fois, à en croire ses critiques, dans celles de « la politique libérale d'abandon national ». Les orientations fondamentales de la politique militaire du gouvernement Raffarin et le budget de la Défense de Michèle Alliot-Marie, n'invitent guère la région, il est vrai, à davantage d'optimisme. Deux députés de la majorité présidentielle, chargés d'un rapport sur le GIAT, n'ont d'ailleurs pas mâché leurs mots : « Il faut rendre l'entreprise sexy pour qu'elle devienne mariable », ont-ils écrit ; autrement dit : privatisable. Juste après l'annonce de ce plan que les syndicats jugent fatale pour l'avenir du groupe, le ministre de la Défense, Mme Michèle Alliot-Marie, ose déclarer au cours d'une conférence de presse, que l'Etat « privilégie le reclassement du personnel » de GIAT-Industries. L'émoi parmi le personnel tarbais et les familles est grand. Selon le ministre, les fonctionnaires dont les emplois seraient supprimés « retrouveront un poste au ministère de la Défense » et les ouvriers sous décret se verront proposer « plusieurs solutions de reclassement parmi lesquelles deux dans la fonction publique, dont une au ministère de la Défense ». GIAT-Industries compte alors 2 000 ouvriers sous décret et 500 fonctionnaires. Très vite, la colère et la détermination résument le sentiment qui domine à Tarbes. Seule resterait l'activité de pyrotechnie pour à peine quelques dizaines de personnes. « C'est Tarbes qu'on assassine », « Le coup de massue », à ces titres qui barrent les unes des quotidiens locaux répondent les mots, tous aussi durs, des salariés qui défilent jusqu'aux portes de la préfecture des Hautes-Pyrénées. Près d'un millier, la plupart des salariés du site sortis de l'enceinte du GIAT, aux sons des sifflets et des tambours improvisés, sont rejoints par de nombreux retraités. Un préretraité, Jacques Argagnon affirme : « Tout a débuté avec Chevènement et le changement du statut de la société en 1990 ». En 1990, les effectifs tarbais atteignaient 2 468 personnes. Daniel Gerbault, responsable de la CGT et porte-parole de l'intersyndicale, n'hésite pas à qualifier « d'assassinat politique » le plan annoncé. Christian Baratgin, délégué FO, souhaite que « des comptes soient demandés aux élus qui depuis treize ans ont assuré que des solutions » allaient être trouvées pour sauver le GIAT. Christian Falliro, syndicaliste CFDT, estime urgent que tout le monde sur la région de Tarbes se mobilise pour que la demande d'un moratoire aboutisse, face au coup bien plus rude que certains craignaient déjà. Interviewée par le journal l'Humanité<sup>282</sup>, une jeune salariée âgée de

<sup>280</sup> Cf. Rouge 2013, 17/04/2003, “ *GIAT Tarbes : le dernier combat ?* ” article de Jean-Claude Garroust et Christian Zueras.

<sup>281</sup> *Idem*

<sup>282</sup> Cf. Alain Raynal, *L'Humanité*, édition du 9 avril 2003.

34 ans, entrée comme employée à l'arsenal en 1984, après un BEP obtenu au centre professionnel de l'établissement, se dit incapable d'imaginer ce que sera ou non son avenir professionnel ; elle regrette amèrement la modération des salariés dans les années passées. Le sentiment d'avoir été trompé se double de celui de n'avoir jamais été écouté. Les femmes d'arsenalistes se regroupent en mouvement. « Depuis les années quatre-vingt-dix, nous vivons dans l'incertitude, nos vies familiales et affectives en pâtissent, les épouses et les enfants n'en peuvent plus », témoigne Myriam Passet, l'une des porte-parole<sup>283</sup>. Autant de facteurs psychologiques constitutifs d'un climat environnemental funeste, susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé (cf. rapport du Haut comité de la santé publique, 1998)<sup>284</sup>. Mais pour l'heure, la lutte et les solidarités qu'elle crée, ainsi que les espoirs qu'elles génèrent, aident à tenir.

Le mouvement se poursuit durant plusieurs mois avec des initiatives plus ou moins heureuses. Un site internet est ouvert, « GIAT Tarbes vivra », dont la maintenance est assurée avec l'aide des enfants de grévistes. A la mi-mai, les manifestants du GIAT imaginent rencontrer le ministre de la Défense à l'occasion du pèlerinage international militaire qui se tient traditionnellement à Lourdes, mais la tentative échoue devant un cordon de policiers qui interdit toute approche. Palabres devant la mairie de Lourdes, les syndicats ne seront pas reçus par la représentante des Armées. Une vingtaine de jours après, alors que se tient une réunion au ministère de la Défense pour fixer le plan de charge étatique, les esprits espèrent que le savoir-faire en matière d'usinage de pièces, en tous matériaux, protègera Tarbes dans la mesure où cette activité est indispensable à notre Armée de Terre. Des espoirs d'autant plus fondés que le Président de la République avait affirmé vouloir remettre à niveau certains matériels de l'Armée de Terre. Tout le monde pense au char Leclerc, fleuron de notre Défense, dont une maintenance rapprochée est indispensable. Toujours en juin, 800 retraités viennent prêter main forte pour soutenir le mouvement de lutte de leurs camarades actifs. Rassemblés sur l'emplacement du bâtiment 412, désormais réduit en parking, ils s'entendent dire par les délégués syndicaux combien cette mobilisation des anciens leur faisait chaud au cœur et de quelle belle manière elle marque « leur attachement à cette maison qui doit continuer à vivre ». Une semaine plus tard, le 18 juin, une action symbolique réaffirme la détermination des Arsenalistes : ils boulonnent deux plaques de métal sur les portes de la Préfecture, et au nom de l'Intersyndicale, Daniel Gerbault déclare sur le perron de la maison du Préfet : « Il s'agit de se battre, résister, organiser la riposte face aux attaques, face à un crime d'Etat ». Devant une équipe de reporters de la BBC présente sur les lieux, en tournage sur l'état des industries de l'Armement en Europe dans le contexte discordant, et des plus délicats, de la guerre en Irak, on entend des discours patriotiques, aux accents gaulliens, soulignant la lutte pour l'indépendance de notre pays que mènent les salariés du GIAT. Même depuis Rennes, un ancien élu de gauche, fils d'une famille de résistants communistes, Jacques Foulon, lui-même ancien PSU, avait réagi, dès le 7 avril, pour replacer le conflit dans un cadre géopolitique en s'exprimant avec une emphase toute gaullienne dans un article intitulé : « GIAT : Chronique d'une mort annoncée ou Comment on brade la souveraineté nationale »<sup>285</sup>. Il y rappelait fort à propos les avertissements, en février 2003, du député-maire

<sup>283</sup> Loc. cit.

<sup>284</sup> Cf. Le Haut comité de la santé publique a publié en février 1998 un rapport sur le thème de *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Un sous-chapitre y est consacré à la précarité de l'emploi et les effets sur la santé.

<sup>285</sup> Communiqué : Vie Économique, 7 avril 2003. « Dans la Résistance, pendant la seconde guerre mondiale, gaullistes et communistes se sont battus pour une France libre et indépendante. Grâce à leur action et au Général de Gaulle, les Français ont pu éviter - de justesse - l'avènement d'une administration américaine (AMGOT) dans la France libérée. Pourtant les administrateurs américains étaient prêts avec leur propre papier monnaie. Toujours grâce au Général de Gaulle, la France est sortie en temps opportun de l'organisation

UMP de Roanne, Yves Nicolin, qui s'était fait vertement rappeler à l'ordre par Michèle Alliot-Marie en ces termes : « *Nul ne peut se prévaloir d'informations privilégiées concernant des décisions qui ne sont pas arrêtées relatives à l'avenir du groupe GIAT-Industrie* ». On a vu la suite.

Parallèlement, les experts de deux cabinets, Syndex et Alfa Secafi, ont recueilli auprès des représentants de l'Etat-major et de la Direction générale de l'Armement les besoins des armées. Une reprise d'activité serait sensible vers 2006 tant les besoins sont grands pour le maintien en conditions opérationnelles des blindés (MCO) pour lequel le Centre de Tarbes est historiquement équipé : Modernisation des AMX10, AMX10P, rattrapage du retard du programme du Véhicule blindé de commandement d'infanterie VBCI, rétrofit du Leclerc<sup>286</sup>. Besoins, aussi, en obus de moyens et gros calibres qui justifieraient amplement la stabilisation de l'atelier des Forges. Au total, 400 à 450 salariés productifs pourraient être sauvagardés, ce qui est loin du reliquat de 150 salariés du plan Vigneron dont ils demandent le retrait. Il faut attendre le 1er juillet, pour qu'un comité national composé de 16 élus monte enfin à l'assaut officiellement et en appelle à la haute autorité du Président de la République et à celle du Premier ministre pour engager une réflexion sur l'avenir industriel de GIAT-Industries afin de ne pas ignorer la nécessité stratégique de préserver la France d'une incapacité industrielle en matière d'armement diversifié. On y remarque l'absence des socialistes Jean Glavany et François Hollande. Le premier, étant député de la 3ème circonscription des Hautes Pyrénées (et ancien ministre de l'Agriculture et de la Pêche dans le gouvernement précédent), le second en qualité député et secrétaire national du Parti socialiste.

Sur le terrain, les salariés de GIAT ne faiblissent pas ; le 3 juillet, 400 d'entre eux occupent la gare de péage de l'autoroute A64. Spécificité géographique et providence médiatique obligent, ils dressent, le 21 juillet, une haie d'honneur pour le Tour de France, offrant à Jean-Marie Leblanc, son directeur, le T-shirt à lettres rouges « GIAT Tarbes vivra ! », une nouveauté dans l'histoire des maillots du Tour.

---

*militaire de l'OTAN et a mis en œuvre sa propre politique de dissuasion nucléaire, s'affirmant comme une grande puissance à l'échelle mondiale. C'est dire que l'indépendance militaire est une clef de l'indépendance tout court et un facteur fondamental de la souveraineté nationale (...). Il y a d'ailleurs un curieux paradoxe à vouloir être indépendant et à laisser face à face les anciens clients et alliés avec la seule puissance américaine Pourra-t-on faire croire que demain, une France qui se prétendra toujours indépendante pourra trouver sur les étagères américaines les armements sophistiqués dont a besoin sa dissuasion nucléaire ou conventionnelle ? (...).*

<sup>286</sup> De fait, en mars 2006 Giat industrie dégage les premiers bénéfices de son histoire. Il affiche un bénéfice avant impôt de 12 millions d'euros pour un chiffre d'affaires en hausse de 24 % avec 731 millions d'euros, dont 88 % en France, et a reçu en janvier un nouveau versement de 150 millions de la part de l'Etat dans le cadre de sa recapitalisation (cf. *La Tribune*, vendredi 10 mars 2006, p.10). De quatorze établissements en 1998, Giat n'a plus que sept sites, dont quatre majeurs (Versailles, Bourges, La Chapelle et Roanne) pour un effectif qui devra être ramené à 2 880 personnes courant 2007. Depuis sa sortie du giron de l'Etat en 1990, Giat – qui comptait alors 15 000 salariés – aura perdu 4,7 milliards d'euros dont les trois quarts entre 1990 et 1998. Le sauvetage de Giat, fait valoir Véronique Guillermard dans *le Figaro économie*, « *aura coûté plus que ceux d'Air France (plus de 3 milliards d'euros) et de Renault (1,9 milliard d'euros) réunis. Mais l'Etat – quels que soient les gouvernements – porte une lourde responsabilité dans la descente aux enfers du groupe* ». (*Le Figaro économie*, vendredi 10 mars 2006, n°19 160 cahier n°2, p.26).

## **B) LE COUP DE GRACE PROGRAMME D'UNE TRAGEDIE SOCIALE DOUBLEMENT SIGNIFICATIVE**

A la rentrée de septembre pourtant, les ouvriers retrouvent le chemin de l'usine sans qu'aucun des problèmes ne soit réglé. Entre temps, les deux cabinets d'experts ont rendu leur copie<sup>287</sup> avec des conclusions sévères pour le plan « GIAT 2006 » de la direction : « inéquitable, incomplet, peu efficace, inadapté » précisent-ils. Si bien qu'au pied du mur, la tactique syndicale change. Un référendum interne est organisé autour des deux alternatives suivantes : 1) Je suis pour l'application du plan Vigneron/Alliot Marie, 2) Je suis pour la prise en compte des propositions des experts mandatés par les élus et les personnels. On devine le résultat. Cela n'empêche pas le Comité central d'entreprise (CCE), à Paris, de tourner court puisque la direction refuse d'étudier les pistes et contre-propositions présentées par les cabinets d'experts, et exclut le maintien de l'outil de production des tourelles, à Tarbes. La semaine suivante, les représentants de l'Intersyndicale (CGT, CFDT, CFC-CGC, FO, CFTC) qui ont fait leur rentrée au cours d'une conférence de presse où ils livrent des éléments d'expertise en vue de “déstabiliser la stratégie de la direction de Giat”, rencontrent M. Bilaud, nouveau Préfet des Hautes Pyrénées pour lui présenter les possibilités de garder 400 emplois au Centre de Tarbes. Parallèlement, les parlementaires du département écrivent au ministre de la Défense pour lui demander audience afin d'étudier la situation de blocage dans laquelle se trouve l'entreprise GIAT.

Au Comité central d'entreprise, l'intersyndicale se rend avec des propositions industrielles. Pour son porte-parole, Daniel Gerbault, CGT, “l'accord de méthode nous a permis d'avoir du temps et des moyens pour vérifier les arguments du patron. Ces rapports d'expertise, qui ne sont pas encore validés, constituent des avancées pour nous. Pas forcément pour le PDG.” Il poursuit : “nous avons conçu un plan économique qui tient la route avec les mêmes arguments qu'un industriel. La démonstration a été faite que les forges de Tarbes étaient viables et leur maintien justifié” avec à la clé une soixantaine d'emplois<sup>288</sup>. Selon les syndicalistes, la direction de Giat n'aurait pas tenu compte « du coût du plan social, du coût des qualifications à obtenir pour une forge extérieure, du coût de dépollution du site de Tarbes, des gains possibles de productivité et de l'organisation du travail, ni de la réduction des frais fixes avec la réduction des surfaces de bâtiment. Actuellement, les forges occupent seulement un tiers des bâtiments ». Pour l'intersyndicale, « c'est une absurdité de fermer les forges »<sup>289</sup>. Le maintien mécanique devrait conduire le CTA à conserver ses métiers (tourelles, freins, hydrauliques) et récupérer des travaux externalisés. Elle craint la concurrence de PME notamment pour le MCO du Leclerc. Il faut préciser que la mise à niveau du Leclerc représenterait 45 chars par an entre 2006 et 2011.

Fin septembre, la direction de Giat Industries fait le point sur ses réponses motivées aux propositions alternatives du CCE. Des réponses qui font apparaître qu'un volume global de 250 emplois pourrait être maintenu et que le ministère de la Défense envisage de confier à Giat Industries de nouvelles commandes concernant notamment 72 systèmes d'artillerie Caesar (celles-ci se substituerait à des commandes initialement prévues de valorisation de matériels d'artillerie AUF2). Y figurent également, la rénovation des véhicules blindés AMX 10P et la valorisation des Engins blindés du génie. La direction accepte, en outre, de répondre favorablement à certaines des propositions présentées par les partenaires sociaux, notamment

---

<sup>287</sup> Le 5 septembre 2003.

<sup>288</sup> Cf. Ar.P, La Nouvelle République des Pyrénées 2003.

<sup>289</sup> Idem.

en matière d'activités concernant les charges de forage pétrolier à Tarbes, l'usinage de grande dimension à Tarbes et à Roanne, les forges à Tarbes, et le secteur NBC (Nucléaire bactériologique chimique) à St-Chamond. Le président en profite, aussi, pour annoncer son intention de localiser à Roanne le siège social de la future société Giat Systèmes. Maigre résultat au total, la coupe sombre dans les emplois demeure et n'est que légèrement amputée. En réalité, on assiste à l'achèvement d'un déclin programmé. Moyennant quelques reculs tactiques sur le plan social, c'est le coup de grâce donné à toute une époque. Peut-être le percevra-t-on mieux en apprenant que Jacques Chirac, par l'intermédiaire de Mme Alliot-Marie, lance au même moment un appel d'offre à l'industrie militaire américaine, GIAT telle qu'elle est destinée à devenir étant incapable, à ses yeux, de répondre demain aux moindres besoins de la politique de défense nationale mais aussi européenne.

Les déclarations aux accents gaulliens de nos syndicalistes sont, certes, savoureuses dans la bouche de militants généralement favorables aux politiques des partis de gauche plutôt frileux envers la Défense. Elles font peu de cas des causes profondes. Le fait, notamment, que depuis vingt ans, la politique d'armement de la France rencontrait une succession d'échecs : avec un Rafale invendable parce que trop cher ; un char Leclerc qui présente des problèmes de fonctionnement au point de nous valoir un contentieux avec son unique acheteur, les Emirats Arabes Unis ; sans compter les spectaculaires vicissitudes qui ont affecté le porte-avions Charles de Gaulle ou encore une aviation de chasse, pour presque moitié, clouée au sol pour des raisons de maintenance. Autant d'échecs qui résultent d'une politique de défense négligée depuis des décennies (sous prétexte, paradoxalement, d'accorder la priorité à l'emploi). Echecs qui tiennent, aussi, à l'organisation du complexe militaro-industriel français, grippée, dépassée, et où toute réforme se heurte à des résistances et des contradictions multiples, des archaïsmes administratifs, des corporatismes syndicaux, sans parler des marchandages politiques pour convenances locales ou favoritismes partisans à courte vue.

Au final, ces déficits de raisonnements d'intérêt public et ses lacunes de visions à long terme se payent par les simples citoyens situés en bout de chaîne de commandement, en l'espèce les salariés, sacrifiés sur l'autel des « restructurations » et des « critères de convergences ». Ce que l'Etat a donné au temps de sa splendeur, l'Etat l'a repris au temps de sa décadence, laissant là un bassin d'emploi sinistré.

Ainsi, quelques mois avant notre venue sur le terrain, Tarbes traverse toujours une crise grave et baigne dans un climat de révolte et d'abattement. C'est pour cette raison que nous l'avons choisie à des fins expérimentales, pour tester auprès d'un médecin généraliste implanté dans cette région et intéressé par notre étude, les éventuelles corrélations entre un environnement de « mal-être » dans la vie professionnelle et certains problèmes de santé. Nous gardions le souvenir d'un témoignage fort, recueilli à l'occasion d'un autre mouvement social tout aussi emblématique, en 1973, à Besançon, sur le site de l'usine LIP occupée par ses salariés. Un médecin en poste sur place nous avait, à l'époque, signalé combien il avait été frappé par la disparition de pathologies à mesure que les ouvrières trouvaient à s'exprimer et à se révéler dans l'organisation d'un mouvement original, fondée sur la vente et la production autogérée des montres. Une action qui leur apportait de la reconnaissance, focalisant les solidarités militantes mais, aussi, l'attention des observateurs et des chercheurs nationaux et internationaux. Et, phénomène tout aussi remarquable, ce médecin avait observé la réapparition rapide de ces pathologies après la rupture du front syndical CFDT-CGT et le retour à « la normale ».

## **.2. – LE TEMOIGNAGE EDIFIANT D'UN MEDECIN GENERALISTE**

Nous avons rencontré dans le bassin d'emploi de Tarbes le médecin généraliste Patrick Guennebaud, choisi pour sa connaissance du terrain local en tant que responsable départemental de la « Coordination nationale des médecins généralistes » (CONAT)<sup>290</sup>. Cet entretien préliminaire a débouché sur un premier constat : l'existence de corrélations entre la santé des salariés et leur environnement professionnel ne semble plus faire de doute pour les praticiens. Confirmation sans surprise, certes, mais qu'il était important d'établir pour asseoir la validité de l'enquête. Ensuite, nous escomptions de ce témoignage des informations propres à guider l'élaboration d'un questionnaire pilote destiné à apporter, à travers la consultation d'un grand nombre de médecins généralistes, tout d'abord sur le bassin d'emploi de Tarbes (37 médecins), ensuite sur des zones géographiques cette fois diversifiées (234 médecins), une vérification quantitative des pistes suggérées ici.

Des échanges introductifs, il ressort que le praticien en question a une connaissance suffisante de la situation économique et sociale locale pour y être sensibilisé. Nous introduirons au besoin nos commentaires en notes de bas de page.

*« Vous exercez dans une région qui connaît en ce moment des difficultés socio-économiques remarquables, une restructuration de certains établissements et des plans sociaux accompagnées de vagues de licenciements. Est-ce que vous pouvez résumer lesquelles ? »*

En bref, on trouve la restructuration de l'Arsenal de Giat-France (Giat-industrie), il y a la restructuration de l'Alsthom et la restructuration de la SOCATA qui sont les trois grandes entreprises employeuses du bassin haut pyrénéen avec l'hôpital qui est le quatrième grand employeur de la région.

Avez-vous une idée du nombre de salariés que cela représente ?

Que cela représentait ? ! L'Arsenal c'était 4000 salariés, il y en a maintenant moins de 300. Pour les autres entreprises, je n'ai pas les chiffres en tête mais des externalisations de fonctions ont eu lieu dernièrement à l'Alsthom via Cegelec. Pour l'ensemble du bassin d'emploi, c'est sûr, les trois grandes industries citées sont en restructuration et en perte d'emplois.

Comment votre cabinet est-il situé géographiquement par rapport à la population concernée ?

Je suis très limitrophe, à vrai dire en plein dedans ! Ces trois entreprises sont implantées près de chez moi. Qu'il s'agisse de Tarbes intra-muros ou de la couronne tarbaise, les habitants de cette agglomération sont les employés directs de ces quatre grands établissements. Ma patientelle comporte autant d'agents du service hospitalier, de la SOCATA, du Giat ou d'Alsthom.

Depuis combien de temps, la situation économique locale se dégrade-t-elle ?

---

<sup>290</sup> Entretien réalisé par Patrick Guiol, à Laloubère, le 8 février 2004.

Je crois que les plans sociaux ont dû démarrer voici une dizaine d'années. En tous les cas, c'est à cette période que la situation a commencé à s'assombrir.

Et ça s'est accéléré....

Ça s'est accéléré surtout depuis un an avec Giat industrie..

Avez-vous remarqué une incidence quelconque au niveau de votre profession, par exemple une modification du nombre ou de la nature de vos consultations ?

Oui et non ! Parce qu'il faut savoir qu'en médecine, les plaintes somatiques qui ont souvent des verrous psychosomatiques ne sont pas annoncées comme telles. D'une façon générale, la consultation d'ordre psychologique - psychiatrique on va dire – est plus fréquente, et directement liée à la perte d'emploi. Après, suit tout un cortège de symptomatologies d'emprunt - c'est ainsi qu'on les nomme - dans le cadre des lombalgie, mal de dos et tout ce qui est très mal toléré sur fond dépressif. Donc ça oui, on le constate. Pour ma part, ne résidant à la Loubère que depuis douze ans j'ai pris mes fonctions dans un contexte où la situation économique était déjà difficile, avec ses répercussions médicales sur la patientelle<sup>291</sup>.

Connaissez-vous suffisamment bien vos familles pour percevoir des transformations notables dans la fréquence des consultations ? Je précise la question : imaginons que aviez l'habitude d'examiner l'un des conjoints d'un couple - par exemple l'épouse - essentiellement pour tel type de pathologie et, soudain, vous voyez arriver l'autre conjoint, le mari (ou inversement), que vous ne consultiez que rarement et plutôt dans le cadre de banales affections microbiennes ou virales. Est-ce que vous avez observé des phénomènes de cet ordre ?

Ce ne sont pas tant de nouveaux patients que, surtout, de nouvelles consultations ; c'est à dire des gens qui consultaient peu, des actifs, des hommes actifs en règle générale, qui ont entre vingt-cinq et soixante ans et qui sont d'ordinaire très peu consultants, mais qui se mettent à développer des consultations très spécifiques, de nature nettement anxiо-dépressives. Evidemment, ça on en a eu !

Que vous percevez comme telles ? !

Ah, oui ! Complètement ! Ce n'est pas forcément sans nuance : le psychosomatique joue beaucoup sur la personnalité féminine. Par contre, s'agissant des hommes – sans que ce soit une règle évidemment – ils arrivent en consultation pour des arrêts de travail parce qu'il y a une très mauvaise ambiance sur le lieu de travail. Ces salariés présentent ce qu'on appelle les « dépressions réactionnelles » à leur environnement professionnel. Celles-ci peuvent évoluer différemment en fonction des personnalités, selon qu'elles seront dites « normales » ou présentant déjà un fond dépressif. Il est clair que la situation économique qui sévit en ce moment dans les Hautes Pyrénées a fait que certaines personnes qui ne consultaient

---

<sup>291</sup> Commentaire n°1 : le rôle du médecin généraliste consiste à établir un diagnostic. Mais ce travail repose sur un jugement qui implique un processus assez complexe. Le présent extrait montre de quelle façon le praticien « convoque » certains éléments pour établir son avis. En ce qui nous concerne, il nous faudra être attentif à cet aspect pour cerner le raisonnement suivi et surtout les critères permettant un tel jugement de la situation.

pratiquement jamais viennent consulter, spécifiquement, sur des situations psychologiques problématiques<sup>292</sup>.

Vous mentionnez la récrimination de « très mauvaise ambiance dans le milieu de travail », est-ce le patient qui vous exprime ce facteur explicatif ou est-ce vous qui le déduisez de la connaissance que vous avez de son milieu ?

C'est le patient lui-même, c'est évident ! D'abord, c'est lui qui vient. Ensuite, le médecin peut effectivement tendre la perche en posant la question mais c'est souvent le patient lui-même qui fait la remarque. Elle peut même émaner de nouveaux retraités qui partent à la retraite après quarante ans d'Alsthom et qui se disent choqués de ne s'être même pas retrouvés gratifiés d'un apéritif d'adieu ; ce qui serait, au minimum, une espèce de reconnaissance de l'OS qui a travaillé toute sa vie dans l'entreprise. De telles maladresses témoignent de relations complètement délétères dans l'entreprise. Ça c'est clair. On en constate les effets sur les préretraités qui vont évidemment être les victimes des mises en retraite anticipées. Tout cela conduit à penser qu'il y a une situation dans l'entreprise, ne serait-ce que le relationnel, qui pourrait très largement être améliorée, et régler bien des problèmes, en particulier éviter les consultations de type psychiatrique. Oui, ce sont les patients d'abord qui abordent la question du travail.

Vous estimatez-vous suffisamment informé de la vie professionnelle de vos patients, de leurs origines sociales et des entreprises dont ils proviennent, pour vous sentir en mesure d'établir l'étiologie éventuelle de leurs pathologies au milieu de travail ? Ou bien, cette connaissance de l'environnement professionnel ne concerne-t-elle qu'une minorité d'entre eux ?

Ah, non ! Tous mes patients je les connais !

Vous savez où chacun travaille ?

Ah, oui, oui ! Tout à fait !

Vous êtes donc en mesure d'établir ou de soupçonner, si elles existent, des relations entre le milieu de travail et certaines pathologies ou nouvelles consommations médicales de leur part ? Et si oui, votre patientèle comporte-t-elle d'autres salariés que ceux en provenance d'Alsthom, de Giat ou de l'hôpital, c'est à dire issus de sociétés moins exposées, ce qui vous permettrait d'établir des comparaisons symptomatologiques entre eux ?

Oui ! Mais, en fait, je crois que la question n'est pas là ; enfin, à mon sens !

La question est surtout de bien discriminer le facteur travail « exclusif » dans l'incidence pathologique – psychiatrique – du « multifactoriel » qui arrive au cabinet. Un ouvrier de l'Alsthom qui bénéficie d'une structure familiale tout à fait stabilisante ne va pas forcément venir me voir. Nous sommes situés dans une zone où il y a un terreau familial suffisamment important pour que les gens ne soient pas perdus. C'est un facteur considérable. Donc, paradoxalement, bien qu'il y ait du souci, du licenciement et une crise économique, ce terreau

---

<sup>292</sup> *Commentaire n°2* : il semblerait que les médecins généralistes mobilisent d'autres critères que les critères exclusivement médicaux pour établir un diagnostic. Nous sommes là en présence de toute une casuistique à l'œuvre. L'extrait ci-après nous détaille comment les médecins libéraux vont retenir tel ou tel aspect et la place de la parole est importante dans le cadre de l'entretien singulier. L'énoncé du salarié semblerait avoir un effet performatif (*Cf. Austin*) sur l'activité du médecin généraliste. Enfin, nous voyons également que nous devrons porter une attention particulière à l'attribution causale dont les médecins généralistes font preuve.

familial doublé d'une ruralité forte fait que les gens se sentent quand même soutenus. La situation locale n'est pas celle des schémas de familles éclatées de type banlieusard. A peine sorti de Tarbes, on est dans une ruralité très présente ; même Tarbes est une ville assez « rurale ». Ce qui fait, qu'en réalité, l'impact environnemental professionnel – moi je le ressens comme ça – est amorti<sup>293</sup>. Si, effectivement, on voit les crises se produire, elles ne se traduisent pas nécessairement par une présentation dramatique du patient qui arrive en pleurant, dans un état de grande souffrance, à hospitaliser. Je sais bien évidemment s'il travaille à Alsthom ou ailleurs, mais l'important c'est que, derrière, il y ait surtout un soutien paraprofessionnel. Or, ce contexte existe dans les Hautes Pyrénées d'où, généralement, une possibilité de récupération. Bien sûr, il n'est pas exclu que d'autres conséquences résultent à terme de ces crises ; par exemple, des conflits conjugaux, des séparations, qui sont autant d'autres facteurs supplémentaires de dépression. Délocalisation et démantèlements familiaux vont parfois de paire. Il y a des hommes qui vont travailler à Besançon alors que leurs femmes ont gardé un emploi à Tarbes. On le voit avec Alsthom, n'est-ce pas ? ! Certains salariés vont travailler pendant la semaine à Besançon et reviennent, ici, le week-end. Ces situations génèrent quand même des isolements familiaux qui, très certainement, jouent beaucoup dans la tension nerveuse. Le salarié d'Alstom qui travaille dans d'excellentes conditions à Besançon, avec une super ambiance, va quand même revenir nous voir en consultation parce que du fait de sa délocalisation professionnelle il ne voit plus sa femme et ses gosses, et il déprime...

Avez-vous remarqué parmi votre patientèle une évolution des demandes d'arrêt de travail ?

C'est le genre d'évolution en dent de scie : c'est-à-dire qu'au départ, m'installant et reprenant une patientèle, je n'ai, d'une façon générale, pas eu trop à me plaindre au niveau de la demande d'arrêt de travail. Elle n'était pas très demandeuse et ne venait pas pour cela. (...). Il faut dire qu'on l'avait peut-être « briffer » en ce sens, si bien que de telles demandes ne constituaient pas un réel souci. Voici cinq six ans on a même plutôt observé la volonté chez les employés de limiter justement les demandes d'arrêts de travail ; ce qui était peut-être une façon de bien se conduire dans l'entreprise, sans doute en raison de la crainte des plans de licenciement. Mais en fait, depuis un an ces demandes émanent indépendamment de tout plan social, c'est-à-dire de salariés complètement en dehors de la patientèle spécifique sinistrée - ou sinistralisable – celle qui, directement, travaille dans ces entreprises à risque. Donc là, on sort de la problématique de la crise économique. Il y a une « consommation » dans le sens d'une

---

<sup>293</sup> *Commentaire n°3* : Ce passage peut surprendre car il semble en opposition avec la plupart des études réalisées en la matière. Selon Serge Paugam, par exemple, qui s'appuie sur la précarisation des processus d'intégration au travail, ces processus ont des incidences d'autant plus fortes que nous nous trouvons dans un contexte national où le niveau de protection sociale est élevé. Grâce aux comparaisons internationales (*Cf.* Loison, 2003), on constate que les chômeurs ne vivent pas de la même manière la perte d'emploi, par exemple entre le Portugal et la France. Le fait que le système de protection sociale soit peu développé fait reposer sur la famille le soutien et, par conséquent, les individus peuvent plus facilement se tourner vers les activités privées ou domestiques (rurales) pour compenser la perte. Ce n'est pas le cas en France où la perte du travail ne se traduit pas par une privation de l'ensemble des dispositifs d'assurance sociale (maladie, AT, famille, etc.). Le chômeur indemnisé a droit aux prestations en nature de la Sécurité sociale (remboursement des frais de maladie) et de ses complémentaires santé, s'il les a gardées à titre volontaire, aux prestations en espèces (indemnités journalières) et aux prestations familiales. Le chômeur non indemnisé perd les prestations en espèces mais garde les autres. Autrement dit le système de protection sociale joue le rôle de médiateur et de support dans notre société en accordant une place centrale à l'activité salariée alors que dans d'autres horizons ce rôle est dévolu, pour l'essentiel, à l'entourage familial. La question de la solidarité et par conséquent le vécu du chômage ne sera pas le même. Le médecin interrogé évoque, ici, la ruralité mais il convient de relativiser son impact car nous savons que les relations sociales ont bien changé en milieu rural, en France, depuis fort longtemps ; la solidarité dont il parle accompagnée de cette fonction d'atténuation des crises peut exister mais à une échelle moindre.

volonté de tirer la couverture à soi dans le pacte social vis-à-vis de la sécurité sociale, c'est évident. Maintenant, des gens font valoir un individualisme tout à fait consumériste ; ils viennent réclamer de l'arrêt de travail, ce qu'autrefois je n'avais pas. Dans ce sens là, j'ai l'impression qu'on évolue vers le vieux réflexe très urbain du patient « ayant droit ». C'est un phénomène nouveau car je tiens à le préciser tout de suite, je bénéficie plutôt d'une patientèle idyllique constituée jusqu'à présent de gens qui ne sont pas de grands consommateurs tout en suivant leur médecin. Mais, depuis cinq-six ans, nous nous retrouvons avec mes confrères confrontés à une situation où l'on sent les gens très « ayant-droit », assez revendicateurs, et prêts à changer de médecins s'ils n'obtiennent pas le service sollicité. Une attitude de consommateur prêt à changer de fournisseur. Nous sentons une inflexion dans le sens de ce qui se passe dans les grandes zones urbaines où c'est quand même monnaie courante, et où ce genre de « clients » représente une grande part de la patientèle des médecins urbains. Nous, nous étions quand même un peu protégés. Nous le sommes encore, et puis nous avons toujours eu, à la marge, des gens comme ça, mais on a l'impression que ce pool-là est en train de grossir.

Quelle est leur provenance ? Est-ce qu'il est possible de les distinguer d'après les entreprises, suivant qu'elles sont en danger ou non ? Ou selon d'autres critères ?

A mon sens, c'est tous azimuts. Il n'y a pas de relation avec la santé économique de l'entreprise. Le marasme industriel existant peut engendrer des consultations justifiées, et des arrêts de travail légitimes. Là, nous faisons notre travail. A l'inverse, je pense que nous sommes entrés dans une situation économique générale française où la classe moyenne est comprimée et où les personnes veulent un arrêt de travail parce que, pour eux, c'est un dû<sup>294</sup>.

Ils gèrent leurs droits... ?

Voilà ! C'est le pré carré, c'est la philosophie du pré carré de celui qui cotise et qui doit retrouver ses billes à la sortie. Nous ne sommes plus, à mon sens, dans la philosophie de la solidarité collective ou du sentiment national.

A côté de ça, on observe deux fronts : d'une part, il y a l'ouvrier, du moins le salarié, qui va se faire licencier ou qui va être délocalisé et qui va immanquablement échafauder un syndrome anxiodepressif pour lequel il va « consulter ». On va le traiter parce que le syndrome anxiodepressif est patent et « l'arrêter », et alors ce seront des arrêts justifiés. Et, d'autre part, il y a une sous-consultation visant des gens à la fragilité masquée qui ont subi une pression de l'entreprise mais qui ne l'ont pas exprimée, préférant la passer sous silence pour conserver leurs emplois. Ces salariés en état déjà d'extrême tension sans forcément être des individus prédisposés à consommer de l'arrêt de travail vont finir par « craquer ». C'est un petit peu les deux choses qui se confrontent. Ceci dit, je ne peux pas quantifier le rapport entre ces arrêts parce qu'il faut considérer, aussi, l'accès direct de ces patients auprès de spécialistes comme les psychiatres...

---

<sup>294</sup> *Commentaire n° 4* : Les propos de Christophe Dejours sur la souffrance en France trouve écho ici, mais sous une forme un peu différente. En effet, outre le fait de signaler que nous sommes dans un contexte général d'intensification qui n'est pas forcément lié à une détérioration de la santé économique des entreprises, le médecin généraliste souligne les stratégies adoptées par les patients pour trouver une échappatoire à cette situation. L'idée de la santé comme médiation sociale nous paraît intéressante à souligner et à retenir pour notre enquête. C'est précisément la détection de ce genre de phénomène qui est visée par la présente recherche.

En tant que généraliste, avez-vous remarqué une évolution des motifs de consultations ? Se déplacent-elles, qualitativement, vers des pathologies particulières ?

Je ne sais pas s'il y a eu évolution parce qu'à mon installation le bassin d'emplois de Tarbes était déjà en situation de crise économique. Je n'ai donc pas connu un autre contexte. Mais ce qui est très clair, c'est que je me suis d'emblée trouvé confronté, depuis douze ans, à l'anxiodepression en tant que deuxième cause de consultation.

La première étant ?

La première étant ce que vous imaginez, c'est-à-dire toutes les pathologies cardio-vasculaires, cancéreuses et tout le traitement préventif des facteurs de risques cardio-vasculaires, à savoir le traitement de l'hypertension, du diabète, et autre. En dehors, bien évidemment du « tout-venant » intermittent : les maladies infectieuses qui constituent le lot quotidien. Mais, ce que l'on sait – et qui peut paraître assez surprenant – c'est que notre versant thérapeutique..., on va dire « psychiatrique », est un versant qui, de fait, n'a pas désempli. Et moi, j'ai vécu d'emblée ça !

Est-ce que l'anxiodepression est parvenue depuis peu à cette position seconde des motifs de consultation ? Ou bien, a-t-elle simplement renforcé une position ancienne ?

Ce à quoi nous assistons, ce n'est pas tant des patients qui viennent vous dire qu'ils sont déprimés pour X raisons, mais des gens qui ne supportent plus le petit mal. C'est différent. La personne vient se plaindre de maux de tête, de migraines, etc..., et nous savons que derrière il y a un cortège, de toutes façons, environnemental, socioprofessionnel, familial, etc., multifactoriel, qui est un contexte à risque. Il s'agit d'individus qui ne sont pas bien dans leur travail, qui ne sont pas bien dans leur famille, qui ne sont pas bien avec leurs gosses ; bref, tout un contexte négatif qu'ils subissent et qui fait que lorsqu'ils souffrent d'une lombalgie, ils ne la supportent pas. Donc, ils viennent nous voir. Et quand on les examine, ils ne sont pas plus coincés que vous et moi, mais ils ne supportent plus de souffrir un petit peu. Or, ce phénomène de consultation est à hauteur nationale. Il ne faut pas se faire d'illusion ! Ces patients n'arrivent plus à intégrer la douleur, « parce qu'il ne faut pas qu'ils souffrent » même un petit peu, si bien qu'ils cherchent tout de suite à être soutenus par une médicalisation, une consultation, une médication évidemment, voire une kinésithérapie ou des traitements très physiques. On observe chez eux une insupportabilité de la souffrance qui serait pour nous une souffrance très modérée<sup>295</sup>.

Comment l'expliquez-vous ?

Oh ! Ça, c'est une fragilité psychologique qui peut se décliner soit sur le versant anxieux, soit sur le versant dépressif.

Oui, mais pourquoi ?

---

<sup>295</sup> Commentaire n°5 : les médecins généralistes comme les médecins du travail analysés par Nicolas Dodier mobilisent parfois des critères épidémiologiques pour établir leur diagnostic. Pour les besoins de la présente recherche, il serait intéressant de conserver cet aspect de leur expérience professionnelle afin d'analyser dans quelle mesure des éléments liés au degré de dialogue social, de participation et de reconnaissance en général, peuvent être invoqués.

Eh bien, parce que je pense qu'il y a... - c'est compliqué comme question - disons qu'il n'y a pas une reconnaissance suffisante des gens dans leur travail, en ce qui concerne leurs compétences, et pour certains - pas pour tous évidemment - il y a une difficulté relationnelle qui suit à la maison. C'est une des raisons pour laquelle ils sont de toute façon conduits à venir nous consulter avec leur souffrance en disant « voilà, il faut considérer ma douleur ». Donc, le médecin qui est le compatisant professionnel va prendre en charge leur douleur qui, somme toute, n'est pas forcément la source véritable du mal...

C'est à dire qu'il n'agit pas sur le contexte, il agit uniquement sur le symptôme...

Voilà ! Nous sommes là dans la psychothérapie du généraliste ; ça c'est clair. Alors, ceci dit, il y a, aussi, de véritables hernies discales, de véritables handicaps à traiter, bien évidemment ! Et puis, vient tout ce cortège de consultations à partir de symptomatologies tout à fait diverses – cela va de la migraine, à la tachycardie, aux douleurs abdominales et, évidemment, aux coliques ou encore à cette lombalgie « que l'on ne supporte pas » ; tout ça, c'est de la consultation courante. En définitive, on voit rarement les gens venir nous annoncer qu'ils sont en grande souffrance et déverser directement leurs problèmes psychologiques. On en a bien sûr, mais pas tous les jours. Une fois par semaine, un dépressif vient nous consulter, un grand dépressif en grande souffrance. Bien que nous ne soyons pas des psychiatres et que nous ne gérons pas la psychiatrie lourde, ces gens-là vont venir malgré tout nous voir parce que, très souvent, ils ont fait le tour des spécialistes. C'est ainsi que ça se passe ; habituellement ils ne commencent jamais par les généralistes sauf pour ceux qui ont, quand même, la philosophie de la médecine de famille. Mais dans la plupart des cas, notamment chez ceux qui sont issus de familles éclatées, la démarche consiste d'abord à aller voir d'autres praticiens, qui le neurologue, qui le neuropsychiatre, qui le psychiatre, qui le psychologue, qui le psychothérapeute, enfin, bref. A la fin, ils viendront nous voir, par échecs successifs.

Vous avez pourtant dit, précédemment, que vous aviez des patients qui, d'entrée de jeu, exprimaient la mauvaise ambiance dans leurs relations de travail. Or, qu'est-ce que ces patients-là présentent comme types de pathologie ?

En règle générale, ce sont des anxiétés. Ces gens, qui sont tout à la fois capables de formuler et qui présentent un vécu suffisamment ancien dans l'entreprise, ne relèvent pas de ce qu'on appelle le syndrome dépressif réactionnel. Ce dernier implique quand même la conjonction de situations très humiliantes à l'intérieur de l'entreprise pour qu'on arrive à la dépression. Dans le harcèlement, par exemple, moi j'ai vu ça, des harcèlements au travail : là oui, on rentre dans la dépression, et dans la dépression grave.

Vous avez donc observé la réalité d'un rapport santé/milieu professionnel ?

Exactement, oui, oui.

Cet aspect là est clair ?

C'est sûr.

Dans ce cas, pouvez-vous préciser les pathologies que vous avez diagnostiquées en relation avec un « mal de vivre » manifeste au travail ?

C'est de la dépression par saturation professionnelle.  
C'est-à-dire ?

C'est-à-dire qu'il s'agit d'une réaction, un mal-être personnel par rapport à un dénigrement, d'abord, du travail de certains salariés employés, donc une perte de confiance en soi. Il en résulte des symptômes qui sont dans la lignée dépressive : perte de confiance, repli sur soi, perte d'initiative, saturation, non reconnaissance, etc. Tout ce qui relève d'une dépression « réactionnelle », par opposition à des dépressions imputables à des personnalités dépressives. Forcément, des profils de ce dernier type se trouveront toujours au milieu et vont développer une symptomatologie grevée par la situation professionnelle. Pour les autres, ce n'est pas toujours le cas ; mais beaucoup sont véritablement à bout de nerf, en saturation nerveuse qui peut les entraîner jusqu'à la dépression réactionnelle. Deuxièmement, il y a le grand cortège de la symptomatologie psychosomatique de la lignée anxieuse avec des symptomatologies d'emprunt qui sont multiples et variées en fonction des personnes, c'est à dire des coliques intestinales, des tachycardies, des migraines essentiellement (c'est une pathologie assez fréquente), essentiellement aussi ce que je décrivais pour troisième pan de symptomatologie : cette difficulté à vivre des petits « bobos » qui deviennent des « gros » bobos...

Avez-vous observé une esquisse de typologie de ces pathologies selon les catégories de personnel : ouvriers, employés, techniciens, cadres. Peut-on envisager des distinctions de cet ordre là dans les affections et les troubles, ou pas du tout ?

Pas à ma connaissance.

Donc, *a priori*, rien de remarquable qui aurait attiré votre attention ?

Non. Je ne pense pas.  
(...)

En revanche, avez-vous remarqué dans certains accidents du travail une corrélation avec ce mal de vivre ? En d'autres termes, y aurait-il des accidents du travail qui résulteraient non pas à 100% du risque objectif propre à l'activité concernée, à la dangerosité du poste de travail avec son environnement physique ou chimique, mais qui résulteraient, pour une part avérée non négligeable, d'une conséquence circonstancielle de souffrance au travail ?

Je ne peux pas répondre. Je pense que ça doit interférer très certainement ; ça doit s'ajouter aux causes, mais, en ce qui me concerne, il m'est impossible de confirmer.

A présent, je voudrais vous demander votre avis sur les indicateurs santé à répertorier comme les plus pertinents. On m'a évoqué, par exemple, les soins dentaires, les CAO (caries, absences, obturations), qui seraient des révélateurs d'un malaise au travail. Avez-vous un avis là-dessus ?

Je pense qu'il n'y a aucune corrélation entre le « mal-être » au travail et les caries dentaires !

La prise d'anxiolytiques en revanche...

Bien évidemment...

On parle beaucoup, actuellement, des TMS (troubles musculo-squelettiques) ; le phénomène est en pleine expansion et les enquêtes de sociologie du travail qui lui sont dédiées foisonnent, tout particulièrement consacrées à la branche agro-alimentaire. Mais si ces études portent exclusivement sur les postures résultant de la mauvaise adaptation des postes de travail à la chaîne, sur la haute fréquence et répétitivité des gestes, selon des approches d'ordre ergonomique en contexte d'intensification de la production, peut-on, à votre avis, les élargir à la problématique de l'environnement relationnel ? Est-ce que ces TMS seraient, en partie du moins, une réponse d'ordre somatique à un mauvais climat social dans l'entreprise ? De la même manière que vous avez signalé la différence entre l'objectivité d'un mal de dos et le fait de ne plus pouvoir le supporter.

Ici, un discernement s'impose et je crois qu'il faut être clair. Il y a trois situations qui doivent être bien différenciées. La première réunit, a priori, les syndromes posturaux du fait même du métier. Exemple : un forgeron qui travaille sur des tôles et qui doit plicaturer son dos en diagonale tout en tenant la tôle à bout de bras avec ses tendons très sollicités par la charge au niveau des mains, sera le cas type pour lequel on aura des lombalgie, voire des hernies discales du fait de son positionnement. Alors, on est là dans l'objectivité pleine et entière. Ces TMS sont des syndromes posturaux... et la porte ouverte à la maladie professionnelle.

La seconde situation ne lui ressemble en rien, elle regroupe les syndromes de fond anxiodépressif qui font qu'une personne anxiodépressive pour des raisons X ou Y - et pour ce qui vous intéresse ici, peut-être, un souci professionnel - ne supporte plus trop réellement des maladies intercurrentes que ce soit une grippe, une gastro-entérite, par exemple, mais aussi, pourquoi pas, un mal de dos. L'individu présentera une mauvaise supportabilité de son état - de son être organique, de son soma - du fait même de l'anxiodepression. La source de cette dernière peut, effectivement, résider dans un contexte professionnel et relationnel difficile.

Et puis, troisième situation, les pathologies psychosomatiques qui sont autre chose que de la mauvaise supportabilité de certains problèmes à composante dépressive. Ces symptomatologies psychosomatiques sont de réelles maladies dues à une anxiété. Ce qui n'est plus pareil. Nous ne sommes pas face à une simulation ni à une maladie imaginaire. La pathologie psychosomatique dépasse la dimension psychiatrique.

Donc, pour résumer : maladies posturales (maladies professionnelles), syndrome anxiodépressif avec une mauvaise supportabilité qui induit des consultations redondantes et, enfin, une véritable psychosomatique où le patient peut très bien faire des ulcères, des colites de stress, de réelles tachycardies. (...) Il faut savoir qu'avec une tension intérieure de stress on peut très bien faire un ulcère de stress, voire une perforation d'un ulcère gastrique avec une péritonite et mourir, même, de ça ! On peut mourir de la psychosomatique ! C'est quelque chose d'excessivement patent.

Ce n'est pas une plaisanterie mais les éleveurs de porcs se montrent très sensibilisés à cet aspect. Ils savent parfaitement la vulnérabilité de leurs cochons au stress, ils savent qu'ils peuvent perdre une truie d'un ulcère fulgurant.

Exactement ! Mais, les hommes aussi ! Donc en fait, là c'est le versant pathologique de la répercussion somatique des problèmes anxiodépressifs qui sont d'origines diverses dont, éventuellement, professionnelles. Et là, vous rencontrez la maladie migraineuse qui est une véritable pathologie psychosomatique, l'ulcère de stress qui est un classique, les colites de stress qui existent aussi beaucoup ; vous pouvez avoir des dysuries (des petits disfonctionnements urinaires), de l'eczéma éventuellement ; des psoriasis qui sont assez rythmés par le stress ou encore des tachycardies, des syndromes rythmiques cardiaques. Tout ça sont des réalités.... Tout le système nerveux autonome, c'est à dire tout le système qui

n'est pas maîtrisé par la volonté de l'individu par opposition au système musculaire-squelettique qu'il maîtrise pour accomplir des gestes par exemple. Tout ce que vous ne maîtrisez pas par la volonté relève du système nerveux autonome, ainsi votre cœur bat-il sans que vous le commandiez. Or, ce système nerveux autonome peut être mis en branle-bas de combat quand il subit un stress. Cela va du bénin au grave, d'un serrement de gorge à la chaire de poule par exemple, mais ça peut être aussi la diarrhée, ça peut être l'ulcère de stress, ça peut être les tachycardies, etc. Toutes ces pathologies sont réelles ; ce n'est pas de la maladie imaginaire.

Autre suggestion qui m'a été proposée comme indicateurs pertinents : l'obésité. La médecine du travail collecte les indices de masse corporelle (IMC) et l'obésité serait une réaction, pour une grande partie, liée à une situation sociale, à un environnement de pression, de tension, etc. Cette piste vous semble-t-elle pertinente ?

Ah, oui ! Complètement ! Ça peut être un des facteurs d'obésité, c'est à dire tout ce qui relève.... des toxicomanies, quelles qu'elles soient. Le tabac, l'obésité, l'alcoolisme, sont des réponses à des grandes frustrations, à un moment donné. Le problème du tabac est légèrement différent parce que c'est quand même une drogue excessivement toxicomanogène, très dépendante, très rapidement. De plus, interviennent des comportements conformistes d'identification, on va dire d'environnements sociaux, dès la majorité et l'entrée à l'âge adulte – à l'époque c'était l'incorporation au service militaire – avec un facteur d'entraînement important. Après, le reste arrive : l'alcoolisme, la toxicomanie, la douce et la dure (haschich, héroïne et autres), qui sont aussi des pathologies d'entraînement mais qui répondent aussi à des frustrations. Ce qu'on appelle l'obésité, c'est-à-dire la grande surcharge pondérale, témoigne d'un syndrome de frustration qui peut provenir, une fois de plus, de plusieurs sources. Il est évident qu'une frustration ou un harcèlement au travail, un grand stress au travail, peut alimenter – c'est le cas de le dire – une compulsion alimentaire.

Un médecin du travail m'affirmait que l'obésité lui apparaissait très corrélée avec la précarité sociale, que ça allait aussi avec les conflits dans l'entourage, notamment au travail, et que ces réactions à ces conflits génèrent chez certains des désorganisations des habitudes alimentaires qui se traduisent par la boulimie chez la femme, la dépression ou plus souvent l'alcoolisme chez l'homme.

Bien sûr. Oui, ça c'est clair.

Il y a une rupture franche, et brutale parfois, de la masse corporelle qui n'est pas due forcément à la mal-bouffe.

Oui, bien sûr. Il y a une quête du plaisir dans l'alimentation, c'est à dire une volonté d'en finir avec la frustration. Bon, c'est classique, ça n'a rien d'extraordinaire original.

Avant de finir cet entretien pouvez-vous me dire quels sont, parmi les indices à retenir pour cette enquête, ceux qui vous semblent les plus aptes à traduire une relation avec l'atmosphère au travail ?

J'attire, d'abord, votre attention sur ce constat : tous les gens ne répondent pas aux difficultés avec des anxio-dépressions ; il faut relativiser ! Je n'ai pas les chiffres en tête mais on devrait pouvoir vérifier auprès des statisticiens quel pourcentage représentent, sur la population d'un bassin d'emploi confrontée au même marasme, les salariés qui virent à l'anxio-dépression.

Autre paramètre très important à ne pas négliger : le facteur dépressif est un facteur qui n'est pas toujours aussi simple à cerner, parce que les dépressifs, quelque part, ont un peu honte ; ils sont très culpabilisés de leur situation et jusqu'à un certain seuil de souffrance ne sont pas de grands consultants. Si bien qu'on sous-estime certainement le nombre d'anxiodépressifs qui relèvent de ces circonstances. En particulier, parce qu'il s'agit d'anxiodepressions réactionnelles. Or, soit ces personnes bénéficient d'un terreau familial suffisamment thérapeutique et ça leur suffit, c'est parfait ; soit, elles n'ont pas suffisamment d'épaule au sein de la famille pour compenser leur mal-être au travail et elles viennent nous voir. Mais, à mon sens, je pense qu'on est en sous-diagnostic. Nous, ce que nous percevons surtout, avec évidence, ce sont les cas extrêmes ; des gens qui n'en peuvent vraiment plus et qui sont réellement en grande souffrance. Après avoir vécu une succession de difficultés de tous ordres, de problèmes hiérarchiques, arrive le moment où ils craquent. Le scénario est souvent le même : ils sont allés à la pêche se détendre le samedi-dimanche et nous les voyons arriver le lundi matin avec une lombalgie qui ne casse pas trois pattes à un canard mais qui signifie un raz le bol existentiel absolu et un refus de reprendre le travail. En réalité, ils nous disent « j'ai terriblement mal ». A l'examen, on constate qu'ils sont victimes de pas grand chose mais le type est, en fait, saturé psychologiquement parce qu'il a ça en plus. Il a le petit truc en plus. C'est du grand classique en médecine générale. La personne ne supporte plus le petit bobo. Elle focalise et décompense dessus.

Cette personne, va-t-elle souhaiter prendre un arrêt de travail ?

Bien sûr, elle sera assez demandeuse. Et en fait, très vite nous serons amenés à prescrire l'arrêt de travail de toute façon rapporté au problème professionnel, parce que très vite la personne va être tendue par rapport au travail. Il suffit que le médecin pose deux-trois questions bien placées pour très vite soulever le lièvre, c'est facile. Et en fait, vous vous apercevez que les gens ont des gros problèmes dans leur boulot.

Comment le mal-être amène à demander un arrêt de travail ? Comment le médecin s'aperçoit que cet arrêt de travail est imputable à la nature de l'environnement au travail ? Comment fait-il la corrélation à une mauvaise « ambiance » au travail, à une mauvaise atmosphère dans les relations hiérarchiques ?

L'arrêt de travail, de toutes façons, relève – à priori – de quatre situations pathologiques. Soit la consultation avec un motif très précis de ras-le-bol généralisé et d'une situation anxiodepressive aiguë (la personne arrive en larmes, elle n'en peut plus) où là on déverse la problématique brute de décoffrage. Donc, là c'est clair, c'est une anxiodepression réactionnelle aiguë. Le patient est en grande souffrance parce que, à tort ou à raison, nous médecins ne sommes pas là pour juger la réalité du métier et n'avons aucun regard dessus, aucun moyen d'agir bien sûr ni même, surtout, de savoir ; c'est ça le problème pour nous. Ces patients vont nous raconter leur univers au travail et nous ne pouvons vérifier la véracité de leurs déclarations.

C'est la situation inverse de celle des médecins du travail qui voient les salariés dans leur contexte et qui, de ce fait, sont davantage en mesure de relativiser la perception du patient dans un sens ou dans l'autre.

Exactement ! Parce que nous, généralistes, nous nous trouvons devant une situation similaire à celle où quelqu'un nous rend visite pour coups et blessures. On lui dit « Monsieur, moi

j'objective vos lésions : il y a ça, ça et ça, mais je ne vais pas vous remettre un certificat selon lequel il vous est arrivé une agression de tel type ! C'est vous qui me le dites ! ».

Donc, en résumé, j'ai distingué trois grandes situations mais je pense qu'il convient d'y ajouter non pas une quatrième, mais d'accorder de l'attention aux situations qui sont directement liées à l'impact familial dans le cadre des délocalisations et des dislocations familiales qui s'en suivent ».

\*

\* \* \*

## LE SONDAGE AUPRES DES GENERALISTES : UNE DEMARCHE EXPLORATOIRE

Les 234 médecins généralistes ayant répondu à notre sondage se caractérisent par une pyramide des âges assez déséquilibrée dans la mesure où nous avons affaire à une représentation très importante des médecins âgés entre 46 à 60 ans (75,2 % des enquêtés). En effet, les moins de 35 ans ne représentent que 3 % de la population totale et les 35 ans à 45 ans 18 %. Cette représentation illustre bien les projections effectuées par la DREES en matière de démographie médicale. L'évolution des effectifs s'accompagne d'un vieillissement du corps médical : « *la proportion des praticiens âgés de 50 ans et plus représenterait la moitié des effectifs en 2020 contre un tiers en 2000* » selon la DREES. Nous avons donc une population qui reflète à quelques égards celle de la France. En ce qui concerne la répartition par sexe, étant donné la structure par âge de notre population, les femmes médecins sont moins représentées que dans la population totale. En effet, les femmes médecins généralistes sont 32 % pour les moins de 45 ans et elles ne sont plus que 21,6 % pour les plus de 46 ans dans notre enquête.

Une autre caractéristique générale de notre population enquêtée concerne l'ancienneté dans l'installation. Pour 82,9 % d'entre eux il s'agit de leur première installation. Près de 50 % des médecins sont installés depuis plus de 20 ans dans leur cabinet au moment de l'enquête.

Nous avons donc affaire à une population de médecins généralistes, pour beaucoup au terme d'une carrière ancrée dans un cadre géographique local précis et ayant suivi leurs patients depuis de nombreuses années. En ce sens, leurs témoignages bénéficient d'une expérience d'autant plus intéressante qu'elle porte sur un registre autant professionnel que social. Suffisamment motivés pour éprouver l'envie de répondre, ces praticiens sont, en effet dans une large majorité, en situation de combiner plusieurs paramètres - le patrimoine physiologique de leurs patients, la durée du suivi et la connaissance des trajectoires aussi bien en matière de parcours professionnel que de santé - qui leur permet de déceler d'éventuelles interactions.

Mais qui sont les médecins qui nous ont répondu ? Suffit-il de donner les grandes descriptions sociodémographiques pour comprendre les réponses des médecins ? Afin d'approcher au mieux le regard de notre population et tirer tous les enseignements de ce sondage exploratoire, nous allons présenter les principaux résultats de la manière suivante : dans un premier temps, nous allons décrire de manière plus précise la population enquêtée à travers les réponses données par les médecins généralistes, d'une part et à travers le profil des patients et, d'autre part, nous allons extraire progressivement les éléments nécessaires à la construction de nos indicateurs

## I DESCRIPTION DE LA POPULATION ENQUETEE

### 1.1) UNE POPULATION AU PROFIL PARTICULIER : DES MEDECINS MILITANTS ?

Les médecins qui ont participé à notre enquête exploratoire, nous le disions, possèdent un profil particulier. En effet, nous avons souligné précédemment les difficultés rencontrées pour effectuer notre enquête exploratoire auprès des médecins, notamment, pour susciter leurs coopérations et participation. Parmi les arguments que nous avancions pour expliquer et comprendre la faible attention portée à notre requête, nous invoquions la sursollicitation et les aspects matériels. Toutefois, il existe un autre aspect qu'il nous paraît important de souligner ici et qui ressort de l'exploitation des réponses de ceux des médecins généralistes qui ont effectivement participé à notre démarche. En regardant, de plus près les réponses notamment ouvertes, il se dégage une autre image de ces médecins. Plus précisément, les médecins souvent dénoncent une situation qui leur paraît insupportable notamment par rapport au traitement que les salariés subissent dans les entreprises. Ainsi, il ressort de ces réponses spontanées des médecins généralistes une certaine saturation et révolte devant des situations qualifiées d'injustes et d'indignes. Ces situations transparaissent à travers les descriptions que les médecins généralistes donnent des réactions de leurs patients.

Le « sentiment d'injustice » que les patients peuvent éprouver face aux situations de « dévalorisation » du travail leur est communément rapporté. Les médecins décrivent ainsi une organisation du travail où « *les patients manifestent de la colère face aux situations de travail insurmontables : délai trop court, intensification du travail, horaires, etc.* » déclare un médecin. Ce sont plus de la moitié des médecins interrogés que décrivent ces situations vécues par leurs patients. Nous pouvons noter que les médecins en effectuant une telle réponse signalent ce qui leur paraît à leurs yeux comme étant à la source de ces colères et frustrations. La suractivité, la sous-activité, le risque de licenciement, la surcharge de travail, le non respect de la personne, le harcèlement, les relations entre les collègues, la non reconnaissance du travail effectué, les demandes d'heures supplémentaires, la pression de l'employeur, etc., sont autant d'éléments avancés par les médecins généralistes pour décrire un univers de travail poussant leurs patients vers des états de dépression et d'anxiété.

Par ailleurs, ces situations ont des répercussions en dehors de la sphère professionnelle, car les médecins décrivent et attirent l'attention sur les tensions au sein de la famille « *l'agressivité contenue au travail se manifeste le soir à la maison* » déclare un médecin. Les relations avec le ou la conjointe, avec les enfants, se trouvent affectées par le climat délétère que les médecins généralistes observent. Comme le faisait déjà P. Lazarsfeld et al. en 1932 en Allemagne, les restructurations industrielles affectent l'ensemble de la vie sociale et non seulement la sphère exclusive du travail<sup>296</sup>. Les médecins généralistes rendent compte par ces commentaires de sentiments des salariés notamment dans des contextes propices à ce que Serge Paugam nomme l'intégration laborieuse et l'intégration disqualifiante<sup>297</sup>. La première forme décrit des salariés qui « *tiennent à la stabilité de leur emploi, mais endurent de telles souffrances au travail qu'ils voient souvent l'effet d'une organisation du travail inadaptée et un encadrement incomptent* ». La seconde forme décrite par l'auteur englobe les salariés qui

<sup>296</sup> P. Lazarsfeld, M. Jahoda, H. Zeisel, (1<sup>er</sup>, 1932), *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, Ed. De minuit, 1981.

<sup>297</sup> S. Paugam, *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*, Paris, Ed. Puf, (Coll. « Le lien social »), 2000, chapitre 6.

« éprouvent de sentiments similaires à l'égard de l'entreprise et de leur métier, mais ils ont en plus l'angoisse de perdre prochainement le seul lien qui leur reste avec le monde professionnel, à savoir l'emploi ». Serge Paugam différencie avec ces deux formes d'intégration professionnelle, deux situations où les salariés finissent par intégrer une identité négative de leur métier. L'absence de reconnaissance, liée en plus à une précarité de l'emploi, accentue ces effets. Ainsi les salariés se trouvent tiraillés entre la possibilité de sortir ou s'accorder. Les deux alternatives étant couteuses pour les salariés. Les propos des médecins généralistes vont dans le sens de la description d'une population enfermée dans cette alternative : « sortir ou s'accorder ». Pour le premier cas de figure, les salariés finissent par exprimer fortement leur désaccord avec la situation vécue et peuvent aller jusqu'à changer de travail, de poste. Pour le second cas, les salariés n'ont pas la possibilité de partir ou de quitter l'emploi et doivent se conformer à l'autorité<sup>298</sup>.

Les médecins généralistes qui ont répondu à notre enquête ne sont pas des médecins totalement insensibles aux modifications des conditions de travail. Ils constatent et se questionnent sur l'indifférence de la collectivité face à une telle réalité. Il ne s'agit pas non plus, à quelques exceptions hypothétiques près, de médecins militants au sens où ils appartiendraient à un groupe engagé dans une action particulière sur ces thématiques, qu'une telle action soit conduite dans un cadre associatif ou institutionnel. Ce sont bien des médecins libéraux exerçant en cabinet, mais il n'empêche que le profil de la population qui émerge, à travers leurs propos, décrit un professionnel de la santé soucieux d'intégrer dans son diagnostic des paramètres environnementaux - ici l'organisation du travail - pour expliquer les situations vécues par les patients. C'est la raison pour laquelle, nous n'avons pas affaire à une population méprisant les questions de prévention de la santé au travail tels que certains rapports ont pu le souligner concernant l'absence d'intérêt des médecins généralistes aux dimensions travail<sup>299</sup>. A l'inverse les médecins généralistes ayant participé à l'enquête s'expriment volontiers sur le sujet et vont au-delà des modalités proposées dans le cadre du questionnaire.

Pour illustrer notre constat nous avons procédé à un regroupement des réponses ouvertes à la question « *Avez-vous remarqué des comportements plus fréquents en termes d'agressivité et de colère ?* » qui produit le tableau ci-dessous :

**Tableau N°3 : Comportements plus fréquents en termes d'agressivité**

Agressivité/colère	Nb. cit.	Fréq.
Non reconnaissance et sentiment d'injustice	48	28,2 %
Agressivité dans la famille	58	34,1 %
Agressivité avec les clients ou collègues	14	8,2 %
Harcèlement, pression de l'employeur et burn out	28	16,5 %
Autres	22	12,9 %
<b>TOTAL citations.</b>	<b>170</b>	<b>100 %</b>

<sup>298</sup> Cette typologie rappelle le classement des conflits selon Hirschman O.A., *Voice, exit and Loyalty*, 1970, édition française : *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard, 1995.

<sup>299</sup> Lire le rapport de la Cour des Comptes, 2002, *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles*, Rapport public particulier, Cour des Comptes, Paris, Ed. Journaux officiels, 273 p. Mais surtout le rapport de Deniel A., 1997, Rapport au ministère des affaires sociales sur la sous-déclaration des accidents du travail, (Commandé par J. Barrot), Cour des Comptes, 121 p.

Parmi les médecins généralistes ayant complété la modalité autres, 34,1 % signalent que le cas d'agressivité dans la famille est la manifestation la plus courante des comportements de colère liée au travail. La non reconnaissance et le sentiment d'injustice suivent avec 28,2%. Enfin ils sont 16,5% à considérer que le harcèlement, la pression de l'employeur et le burn out induisent des manifestations de colère et d'agressivité. Nous retrouvons ici cette dichotomie décrite par Serge Paugam où l'intégration laborieuse et disqualifiante conduisent les salariés à adopter des comportements d'agressivité dans la sphère du travail mais également dans la sphère familiale. Observation qui rejoint, par un cheminement inverse, l'attention particulière que Patrick Guennebaud, notre généraliste de Tarbes, portait sur le rôle modérateur d'un tissu familiale solide comme amortisseur des souffrances au travail, et l'impact négatif à ce titre des délocalisations qui contribuent à la dispersion géographique des familles sinon à leur éclatement.

## **1.2) DIS-MOI QUI TU SOIGNES ET JE TE DIRAI QUI TU ES**

Une autre manière de caractériser et de mieux cerner ces médecins généralistes est de s'intéresser au profil de patients tels qu'ils les décrivent. Dans notre questionnaire, nous disposions de trois questions nous permettant d'avoir une idée des patients. La première question nous permettait de connaître le profil de la population telle que les médecins la perçoivent. La seconde question plaçait les médecins généralistes face à une situation et nous leurs demandions de donner leurs avis sur les catégories socioprofessionnelles les plus représentées dans les problèmes de santé. Enfin la troisième question bouclait la série en demandant au médecin d'estimer la part de cette population dans sa clientèle.

La première question « *Pouvez-vous nous donner une idée des profils prépondérants de votre clientèle ?* ». La question est ouverte et permettait aux médecins de décrire leurs patientèle de manière spontanée. Le tableau représente le nombre de citations effectuées par les médecins généralistes pour décrire leur patientèle. Autrement dit, les médecins généralistes pouvaient citer plusieurs types de patients. Le regroupement des questions ouvertes aboutit au tableau ci-dessous.

**Tableau N°4 : Le profil de la clientèle selon les médecins généralistes**

Profils professions	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	40	7,9%
Ouvriers	133	26,4 %
Employés	111	22,0 %
Cadres moyens et professions intermédiaires	60	11,9 %
Agriculteurs et ruraux	49	9,7%
Retraités, femmes au foyer et inactifs	41	8,1%
Précaires et Chômeurs	31	6,2%
Artisans, profession libérale et commerce	20	4,0%
Enseignants, Ingénieurs, dirigeants, entrepreneurs et supérieurs	19	3,8%
TOTAL citations.	504	100%

A la lecture du tableau, il apparaît que deux catégories socioprofessionnelles se dégagent nettement de l'ensemble des malades répertoriés par les médecins généralistes : les ouvriers qui représentent 26,4 % et les employés qui composent 22 % de la patientèle de ces praticiens. Pour la période 2004, ces catégories socioprofessionnelles selon l'INSEE représentent respectivement 24,7 % et 28,7 %. Nous avons une légère surreprésentation des ouvriers et une sous représentation des employés. Les catégories supérieures sont faiblement représentées : 3,8 % pour le groupe (hétérogène) des ingénieurs, enseignants, etc., et 11,9 % pour les cadres moyens et professions intermédiaires.

Il ressort une image assez peu contrastée de la clientèle des médecins généralistes caractérisée par une forte présence des métiers manuels (ouvriers, artisans, agriculteurs, etc.). Ce profil de population n'est pas sans conséquence sur les propos et le positionnement que certains médecins généralistes ont pu tenir durant le questionnaire pour raconter l'état de santé de ces salariés ou pour faire le lien entre santé et travail<sup>300</sup>. La motivation à participer au sondage manifestée par ces mêmes praticiens s'explique et se justifie au regard de leur expérience accumulée sur le sujet. Ainsi, le suggèrent les réponses obtenues à la question suivante : « *Parmi les personnes vous manifestant des problèmes de santé liés au travail, lesquelles sont les plus représentées ?* »

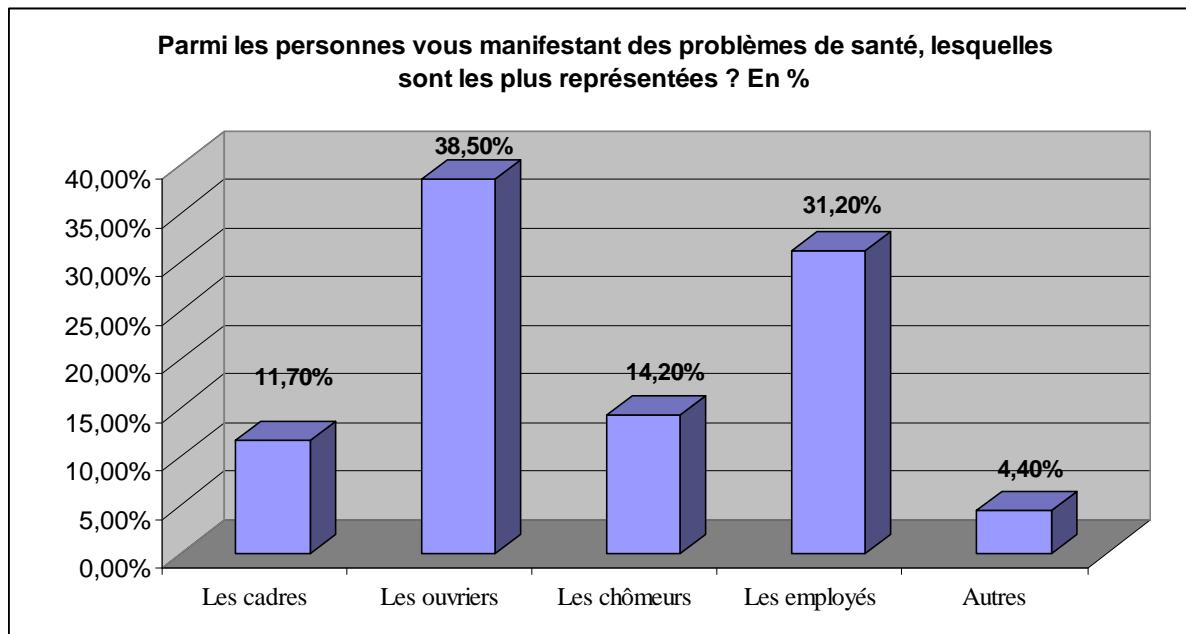
**Tableau N°5 : Les personnes manifestant davantage de problèmes de santé liées au travail selon les médecins généralistes**

Représentation	Nb. cit.	Fréq.
Les cadres	50	11,6 %
Les ouvriers	165	38,3 %
Les chômeurs	61	14,2 %
Les employés	134	31,1 %
Non réponse	2	0,5 %
Autres	19	4,4 %
<b>TOTAL citations.</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Comme pour le tableau précédent, les médecins pouvaient cocher plusieurs modalités. Il apparaît assez clairement que les médecins généralistes interrogés effectuent un lien entre la santé et la catégorie socioprofessionnelle notamment pour les ouvriers à 38,5 %, suivi des employés à 31,2 % et les chômeurs 14,2 %. Les cadres arrivent après avec 11,7 % (voir graphique ci-après). Est-ce que cela veut dire que ces catégories sont très représentées dans la clientèle des médecins généralistes tels que les précédents propos le laisser entendre ? A la question « *Selon vous ces personnes représentent quel pourcentage dans votre clientèle ?* » les médecins généralistes semblent atténuer la première description donnée de leur clientèle<sup>301</sup>.

<sup>300</sup> Il n'est pas inutile de rappeler ici que les ouvriers, artisans, agriculteurs condensent l'espérance de vie parmi la plus basse à 35 ans (38 ans pour les ouvriers, 41 ans pour les artisans, etc.) contre les cadres (44,5 ans). Ou encore l'indicateur de risque vital qui sépare ouvriers et cadres nettement, le premier ayant un risque vital estimé à 0,88 et le second à 1,18. Voir l'ouvrage : *Les inégalités sociales de santé*, (Sous la dir. A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang), Paris, Ed. La découverte, 2000, 448 p.

<sup>301</sup> Il est aussi un facteur à prendre en compte : nous avons autant que possible, surtout dans la région de Rennes, adressé notre questionnaire à des médecins généralistes installés de préférence dans les quartiers ou les communes périphériques à forte population salariée, voire ouvrière. Par ailleurs, C. Lauveay-Bouilllet a établi que lors d'une consultation pour un tout autre motif qu'un trouble anxieux (renouvellement d'ordonnance par exemple), 38% des médecins déclarent poser toujours la question de la situation au travail, 43% la poser de temps en temps et 19% jamais, *op.cit.*, p. 88.

**Graphique n°1**

Au niveau du sous-échantillon de Tarbes et des Hautes Pyrénées la différence est minime. Il en sera ainsi, d'ailleurs, pour tous les résultats, si bien qu'une analyse spécifique perd sa raison d'être.

**Tableau N 6 : Pourcentage des catégories socioprofessionnelles présentant des problèmes de santé liés au travail selon les médecins généralistes**

Pourcentage	Nb. cit.	Fréq.
Jusqu'à 10 %	78	33,3 %
Jusqu'à 20 %	58	24,8 %
Jusqu'à 25 %	24	10,3 %
Jusqu'à 30 %	23	9,8 %
Jusqu'à 35 %	14	6,0 %
Jusqu'à 40 %	4	1,7 %
Plus de 45 %	14	6,0 %
Non réponse	19	8,1 %
<b>TOTAL citations.</b>	<b>234</b>	<b>100 %</b>

Selon les médecins interrogés, il semblerait que les salariés éprouvant des problèmes de santé en lien avec leur activité de travail pour la plupart d'entre-deux ne représente qu'un pourcentage inférieur à 10 % pour 33,3 % des médecins généralistes et de moins de 20 % pour 24,8 % des médecins généralistes<sup>302</sup>. Le lien existe entre état de santé et certaines catégories socioprofessionnelles aux yeux des médecins généralistes.

<sup>302</sup> Si nous additionnons les deux lignes nous obtenons un pourcentage de 58,1%.

Aussi, nous avons un portrait de notre médecin généraliste conscient et lucide de l'existence d'une corrélation entre l'état de santé du salarié et l'emploi occupé. Il s'agit bien des médecins généralistes « atypiques » dans la mesure où ils ne correspondent pas aux descriptions faites par certains rapports sur l'implication des médecins généralistes libéraux dans le domaine de la santé au travail.

Pour approfondir ce premier constat, nous allons voir maintenant comment les médecins généralistes effectuent une corrélation entre l'état de santé et le travail à partir des indicateurs plus globaux et plus précis tels que les pathologies.

## **II.- LA SANTE ET TRAVAIL : UNE CORRELATION AFFIRMEE PAR LES MEDECINS GENERALISTES**

Les médecins généralistes fondent leur activité à partir d'un processus de jugement. Le patient sous le regard du médecin change et évolue : « *aligné sur les autres membres d'une cohorte par protocole de recherche scientifique ou isolé par la définition de soins individualisés ; écouté pour sa souffrance ou admiré pour la rareté de sa pathologie* »<sup>303</sup>. L'expertise médicale s'exerce sur les individus quotidiennement et manifeste une capacité des médecins de mobiliser différentes formes de registre ou des formes d'action pour juger de l'état de santé de la personne. Dans cette partie, il ne s'agira pas de montrer la part non-médicale dans le jugement effectué par les médecins généralistes<sup>304</sup>, ni de souligner le relativisme de ces jugements<sup>305</sup>. Nous cherchons simplement à décrire et cerner les indicateurs et les situations devant lesquels les médecins généralistes effectuent la corrélation avec le travail. Nous le disions dans notre présentation de notre méthodologie que l'objectif principal recherché de cette enquête exploratoire était d'obtenir les premiers éléments pour bâtir notre seconde phase.

Pour ce faire, nous exposerons dans un premier temps, les corrélations que les médecins généralistes réalisent pour expliquer certaines situations pathologiques. Dans un second temps, nous allons nous attarder sur la situation des arrêts de travail et de déclaration des accidents du travail. Nous verrons que les médecins généralistes sont confrontés aux mêmes difficultés que nous allons retrouver ultérieurement avec médecins du travail, concernant le processus de reconnaissance des accidents du travail. Enfin, nous terminerons par une présentation rapide de constats que les médecins généralistes nous exposent à travers les doutes que les salariés expriment de leur situation.

---

<sup>303</sup> N. Dodier, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris ; Ed. Métailié, (Coll. « Leçons de choses »), 1993, p. 13.

<sup>304</sup> Voir les travaux de P. Aïch et D. Cèbe, *Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socioculturels et méthodologiques de différenciation*, Paris, Ed. INSERM, 1991, 110 p.

<sup>305</sup> A ce sujet voir les travaux de Garfinkel et surtout Atkinson P. et Healt C., *Medical work. Realities and routines*, Wesmead, Gower, 1981.

## **2.1) LE TRAVAIL ET SES PATHOLOGIES (LES CORRELATIONS FAITES PAR LES MEDECINS)**

Les médias et les principaux organismes de prévention des risques professionnels depuis la fin des années 1990 ont développé une série d'actions permettant aux professionnels de santé mais également aux industriels d'agir ou en tout cas de prendre conscience de la montée de certaines pathologies liées au travail. Dans notre enquête auprès des médecins généralistes, nous cherchions à voir si ceux-ci effectuent le même constat concernant l'augmentation des problèmes de santé. Ont-ils ou non le sentiment d'une réalité flagrante ou relative ? Et, comment se positionnent-ils quant à la nature de ces pathologies ?

Une première question permettait de cerner la perception du phénomène par les médecins généralistes « *Dans les 5 dernières années, avez-vous constaté des problèmes de santé liés à l'activité de travail ?* ».

**Tableau N°7 : L'augmentation des problèmes de santé liés au travail selon les médecins généralistes**

Oui	94,9%
Non	3,4%
Non réponses	1,7%

Au-delà de l'effet de la question qui suggère sa réponse ou l'attraction à la réponse positive<sup>306</sup> à la vue du score, nous pouvons retenir l'idée suivant laquelle, les médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire, d'une manière ou d'une autre peuvent faire le lien entre les problèmes de santé et le travail. En effet, nous ne nous contentions pas de demander si de leur point de vue il y avait une augmentation. Nous avons introduit une question ouverte pour que les médecins généralistes, puissent expliquer leurs constats. Parmi les 234 médecins ayant participé à notre enquête exploratoire, 211 ont complété la question ouverte dont ci-dessous nous présentons le regroupement des réponses.

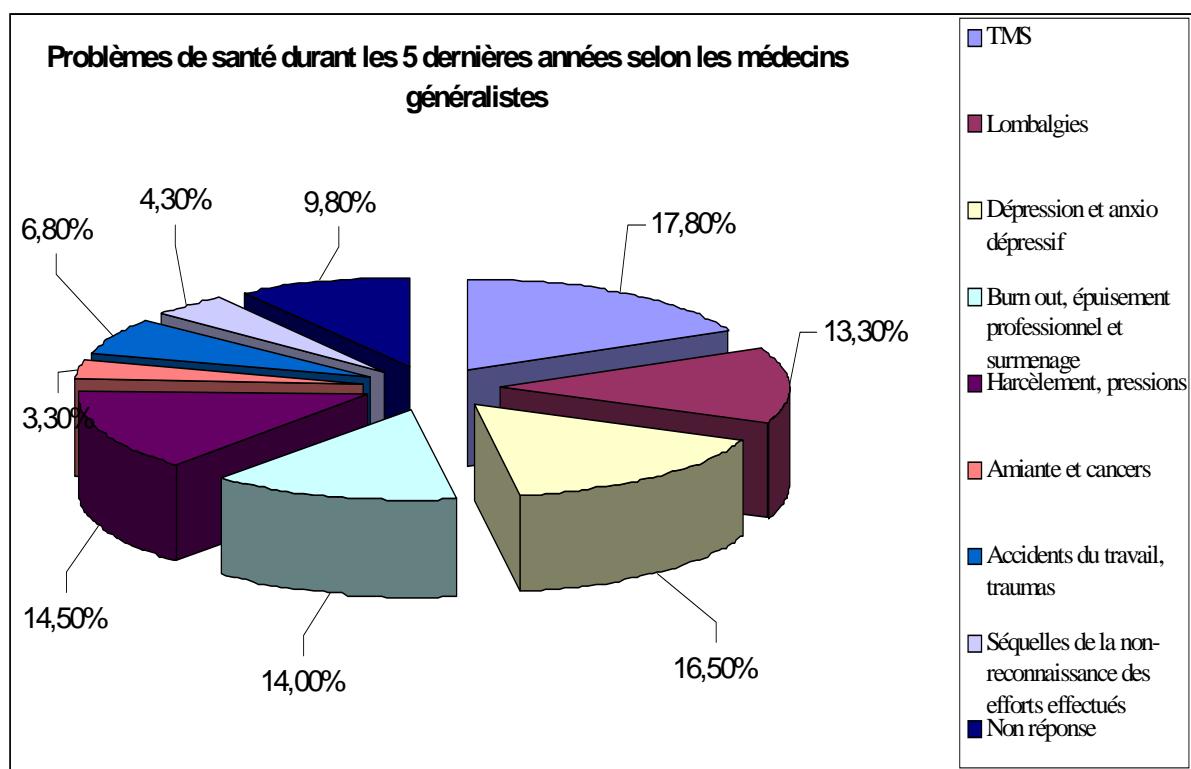
**Tableau N°8 : « Si "Oui", Veuillez préciser »**

Problèmes de santé	Nb. cit.	Fréq.
TMS	71	17,8 %
Lombalgie	53	13,3 %
Dépression et anxiodepressif	66	16,5 %
Burn out, épuisement professionnel et surmenage	56	14,0 %
Harcèlement, pressions	58	14,5 %
Amiante et cancers	13	3,3 %
Accidents du travail, traumas	27	6,8 %
Séquelles de la non-reconnaissance des efforts effectués	17	4,3 %
Non réponse	39	9,8 %
<b>TOTAL citations.</b>	<b>400</b>	<b>100 %</b>

<sup>306</sup> A ce sujet voir l'ouvrage classique de R. Mucchielli, *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale. Connaissance du problème*, Paris, Ed. Sociales françaises, 1968, 75 p.

Comme les médecins pouvaient développer la réponse et par conséquent citer plusieurs pathologies, nous avons procédé à un regroupement tenant compte non pas des réponses par observation (enquêtés) mais par citations (nombre des pathologies cités par les enquêtés). Il apparaît ainsi à la lecture du tableau, que les maladies des Troubles musculo squelettiques arrivent en tête ; suivis des dépressions et le « *burn out* » et, enfin, le harcèlement et les pressions. Ces quatre rubriques représentent 76 % des citations. Nous ne sommes plus à l'époque de Germinal où l'image d'Epinal de la maladie professionnelle était la tuberculose qui affecte le mineur silicose. Aujourd'hui, le mal a pris d'autres formes. En ne tenant pas compte des non réponses, les médecins généralistes estiment que les ouvriers représentent 30 % du total de réponse avec 31 % de TMS. Suivent les employés avec 21 % selon les médecins généralistes et 19 % de TMS. Les ingénieurs, fonctionnaires, enseignants, entrepreneurs arrivent loin derrière avec des scores très faibles.

**Graphique N° 2**



Selon la CNAMETS, les TMS sont en forte augmentation depuis les années 1992. En nombre absolu, le nombre de reconnaissances de TMS était aux alentours de 4500 en 1992 et en 2001, on dépasse les 25 000 reconnaissances. L'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail constate que les recherches internationales, malgré une diversité de formes de reconnaissance, montrent une tendance claire à l'augmentation des TMS<sup>307</sup>. Les médecins généralistes se font l'écho de cette augmentation en pointant les TMS parmi les pathologies qu'ils considèrent en nette augmentation.

<sup>307</sup> Philippe Douiller, Michel Aptel, *Prévenir les troubles musculosquelettiques liés au travail* Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, (ANACT, Lyon, France), Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS, Nancy, France), 2005.

Plus loin dans le questionnaire, nous avons proposé une question similaire mais cette fois fermée et à trois réponses multiples et ordonnées. Les classements qui en résultent renforcent la prégnance de la dimension psychiatrique. La question était : « *Parmi les affections suivantes lesquelles vous semblent être en recrudescence et liées au travail ?* ». Réponses à numérotter par ordre d'importance, du plus (n°1) au moins (n°3).

**Tableau N°9 : Les affections en recrudescence liées au contexte du travail**

Affections	Rép.%.(rang 1)	Rép.%.(rang 2)	Rép.%.(rang 3)	ensembl e
Non réponse	0,9 %	8,2 %	46,5 %	0,4 %
Les troubles musculo-squelettiques (TMS)	55,1%	27,6 %	4,2 %	36,0 %
Les maladies cardio-vasculaires	0,00 %	4,3 %	15,5 %	7,7 %
Les maladies psychosomatiques	38,0 %	47,8 %	5,6 %	37,8 %
Réactions allergiques	1,7 %	4,3 %	16,4 %	8,7 %
Autres	4,3 %	7,8 %	11,7 %	9,4 %

Si les TMS arrivent en tête des pathologies citées au premier rang de la recrudescence, elles sont suivies de très près par les maladies psychosomatiques qui sont les plus souvent citées au second rang et qui, surtout, occupent la première place au classement général.

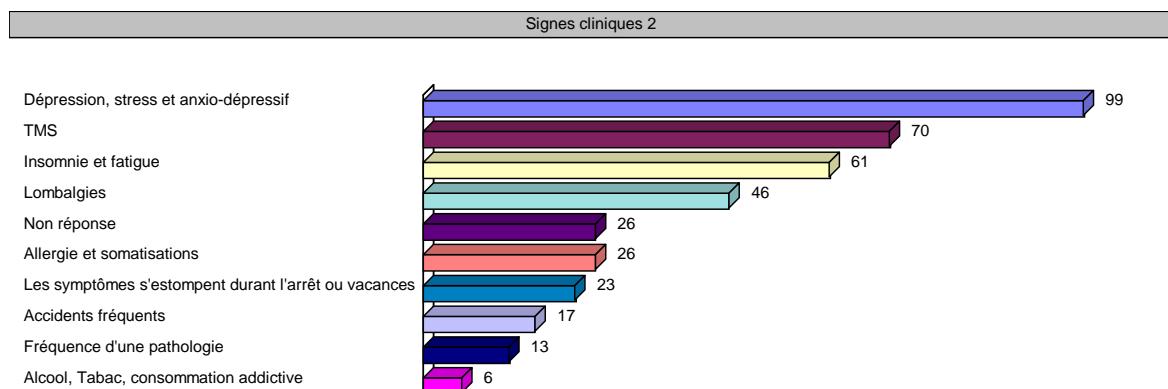
Pour approfondir l'investigation, nous avons souhaité savoir de la part de nos enquêtés quelles étaient les situations devant lesquelles ils évoquent volontiers une corrélation au travail<sup>308</sup>. Par l'intermédiaire de cette question, nous cherchions à déterminer si les mêmes pathologies émergeaient ou si nous trouvions d'autres pathologies auxquelles nous n'avions pas pensé avant notre enquête. La question était donc ouverte pour laisser le champ libre aux médecins généralistes de répondre à leur guise. Parmi les 234 enquêtés, 213 ont répondu et complété cette question. Le tableau, ci-après, représente les réponses des médecins après regroupement de l'ensemble.

---

<sup>308</sup> Selon Caroline Lauveay-Bouilllet, dont les recherches réalisées dans le cadre de sa thèse (2005, op.cit.) sur le département des Hauts-de-Seine confortent nos résultats, « *Les médecins généralistes pensent que la première demande des patients les consultant pour un problème de souffrance au travail est la prise en charge d'un retentissement psychologique (pour 61% des médecins), ou d'un retentissement physique (pour 32% des médecins). Ce résultat est cohérent si l'on considère que 74% de troubles mentaux et psychosociaux (problèmes d'adaptation familiale, sociale et professionnelle) sont vus par les médecins généralistes. Les deux expressions psychologiques les plus fréquentes des situations de souffrance au travail sont les troubles du sommeil (pour 89% des médecins) et les troubles anxieux (pour 85% des médecins). La dépression est citée comme étant une des deux manifestations les plus fréquentes de la souffrance au travail par 24% des médecins* ». p. 101.

**Tableau N°10 : Devant quelles situations pathologiques évoquez-vous une corrélation au travail ?**

Valeurs	Rép. %
Arrivent en tête.....	
Dépression, stress et symptômes anxiodépressifs	25,6 %
Lombalgies	11,9 %
Allergies et somatisations	6,7 %
TMS	18,1 %
Insomnie et fatigue chronique	15,8 %
Fréquence élevée d'une pathologie	3,4 %
Disparition des symptômes durant les vacances ou les arrêts	5,9 %
Accidents à répétition	4,4 %
Alcoolisme, tabagisme, toxicomanie	1,6 %
Non réponse	6,7 %



L'échelle s'inverse par rapport à la réponse précédente concernant les pathologies en augmentation. En effet, il semblerait que les médecins effectuent une distinction entre les pathologies en accroissement et celles pour lesquelles ils vont plus facilement évoquer le lien avec le travail<sup>309</sup>. La dépression, le stress et les conduites anxiodepressives arrivent en tête de citations. Les TMS arrivent juste après avec 18,1 % des citations. Enfin les symptômes d'insomnie et de fatigue arrivent en troisième place. Il est intéressant ici de noter que les médecins généralistes élargissent l'éventail des situations devant lesquelles ils vont évoquer le lien avec le travail. Comme nous le disions au départ de notre exposé, l'activité du médecin se caractérise par l'énonciation d'un jugement à partir des éléments que les patients vont livrer. Les médecins différencient à ce niveau ce qui peut faire parti de l'ordre de l'évidence et ce qui peut résulter de l'entretien clinique : « *les explications physiologiques sont faciles à déterminer notamment pour le travail en 3/8 et la profession exercée. En ce qui concerne la*

<sup>309</sup> Les chiffres rapportés par C. Lauveay-Bouilllet, s'établissent dans des proportions similaires. « Parmi les consultations pour « trouble psy », la dépression et l'humeur dépressive atteignent 25% des consultations. Selon les médecins interrogés, les patients en souffrance au travail se caractérisent donc par la prédominance des troubles du sommeil et des troubles anxieux, largement supérieurs à la prévalence de ces troubles en médecine générale. En effet, deux études réalisées par la SFMG (Société française de Médecine générale) et le CREDES ont évalué la prévalence des motifs de consultation pour « troubles psy » : ceux-ci représentent en moyenne 15% des consultations de médecine générale, parmi lesquels, La prévalence de la dépression, selon l'expérience des médecins, chez les patients en souffrance au travail, est également supérieure, mais dans une moindre mesure à la prévalence de la dépression en médecine générale qui est estimée entre 9 et 14%. Parmi les consultations pour « trouble psy », la dépression et l'humeur dépressive atteignent 25% des consultations ». Op. cit. p.101

dépression, c'est le vécu raconté du patient qui permet de faire le lien » ou encore « pathologie évidente soit de type mécanique du travail soit en fonction de l'analyse de plainte du patient ». Les médecins généralistes paraissent aller au-delà du simple constat physiologique et vont inclure d'autres formes d'évaluation. Dans d'autres cas, ils vont procéder à une démarche expérimentale : « Pathologie sur le lieu du travail. Ça va mieux quand on arrête l'exposition au pathogène et la récidive apparaît en cas de réexposition » (ex : après des vacances ou un arrêt). Les médecins généralistes assurent avec le suivi du patient que le problème provient réellement du milieu professionnel. La comparaison entre l'état de santé du patient durant l'arrêt et la reprise du travail, leur apparaît être un critère pour évoquer un lien avec le travail.

C'est la raison pour laquelle, les indicateurs qui sont pointés sont plus variés tels que l'insomnie ou la fatigue. Concernant la dépression, celle-ci était souvent associée à l'insomnie et à l'asthénie. Il se dégage ainsi une configuration plus large des liens que les médecins généralistes font entre l'état de santé et le travail.

Le mal être au travail c'est aussi la menace qui plane lorsque le salarié est confronté à une perte d'emploi plausible. On l'a vu dans le cas spécifique de Tarbes. Aussi, avons-nous demandé à l'ensemble de nos sondés s'ils ont remarqué une relation significative entre les situations de réduction d'effectifs et les arrêts maladies ?

**Tableau N°11 : Y a-t-il une relation entre situations de réduction d'effectif et arrêts maladies ?**

Arrêts/réduction effectif	Nb. cit.	Fréq.
Oui	176	75,2%
Non	45	19,2%
Non réponse	13	5,6%
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100%</b>

Dans pareilles situations, la composante psychologique apparaît très naturellement prégnante ; c'est du moins ce qui ressort des réponses des médecins lorsque nous leur avons demandé quels sont, dans ces cas de relation significative, le (ou les) motif(s) de l'arrêt de travail :

**Tableau N°12 : Motif des arrêts maladies dans ces situations**

Si Oui motifs	Nb. cit.	Fréq.
Troubles de l'humeur (mal être, dépression...)	148	26,4%
Troubles du comportement (anxiété, agressivité, colères...)	107	19,1%
Non reconnaissance du surtravail effectué	107	19,1%
Exacerbation de troubles psychosomatiques	75	13,4%
Symptomalogies d'emprunt (colique, affection cutanée)	59	10,5%
Non réponse	52	9,3%
Autres	12	2,1%
<b>TOTAL citations.</b>	<b>560</b>	<b>100%</b>

Ces réponses nous guideront dans le choix ultérieurs des indicateurs santé.

## **2.2) ARRETS DE TRAVAIL ET DECLARATIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL : L'IMPUISANCE DU MEDECIN GENERALISTE ?**

Les médecins généralistes se trouvent en première ligne de la production des arrêts de travail. Le ministre de la Santé Jean-François Mattei, en 2002, avait annoncé une série de mesures pour mieux contrôler les arrêts de travail abusifs. Il estimait à 11 % l'accroissement des arrêts de travail. Toujours selon le ministre de l'époque, cette évolution ne représentait pas une détérioration de l'état de santé de la population. Les médecins généralistes n'étaient pas interrogés sur les arrêts de travail directement mais deux questions permettaient de connaître certains aspects des enjeux liés à l'arrêt de travail. La première question proposée aux médecins était de se prononcer sur le lien entre fermeture et arrêts de travail et la seconde question permettait d'aborder le problème de la non-déclaration des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Si nous spécifions ces éléments de la réalité des arrêts de travail, c'est que derrière le terme arrêt de travail, on peut inclure ou exclure un nombre de situations assez hétérogènes. En effet, les entreprises par exemple dans le taux d'absentéisme vont inclure : ceux prévus par le droit (congés payés, maternité), une convention collective ou contrat d'embauche (une formation permanente) et ceux liés aux prescriptions des médecins. C'est la raison pour laquelle, il convient d'être très attentif à la réalité que le terme d'arrêt de travail suppose<sup>310</sup>. Plus largement, l'arrêt de travail renvoi au processus de déclaration qu'augure une telle démarche. Or, déclarer vouloir s'arrêter pour un salarié ne va pas de soi systématiquement car il peut se heurter à une série des barrières non seulement administratives mais également de l'ordre du système des rapports sociaux qui règne dans son entreprise.

Nous avons signalé plus haut que les statistiques des accidents du travail souffraient d'un certain nombre de défauts parmi lesquelles la sous-déclaration des accidents du travail et surtout des maladies professionnelles. Au-delà de la réalité économique qu'un tel phénomène peut représenter, nous nous intéresserons ici aux aspects liés au processus de déclaration et comment celui-ci nous dévoile les rapports entre salariés et employeur tels que les médecins généralistes les perçoivent.

Pour comprendre ce phénomène, il est nécessaire de rappeler quelques points concernant la procédure de déclaration d'un accident du travail.

La victime d'un accident informe son employeur.

L'employeur déclare l'accident à la caisse primaire d'assurance maladie.

L'accident « bénin » peut être inscrit sur un registre d'infirmerie.

L'employeur remet une « feuille d'accident » à la victime.

L'employeur indique à la caisse les éléments du salaire correspondant à l'arrêt.

Nous avions demandé aux médecins généralistes s'ils avaient eu des cas d'accidents du travail non déclarés parmi leurs patients : « *Avez-vous déjà eu des cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles non déclarés par les patients ?* ». Il ressort de cette question qu'une

---

<sup>310</sup> Le lecteur peut consulter à ce titre le numéro spécial de la revue *Santé et travail*, N° 47-Avril 2004 « Arrêts maladie : les absents n'ont pas toujours tort ».

immense majorité des médecins généralistes a été confrontée à cette expérience<sup>311</sup>. Le taux infime de non-réponse est en lui-même un signe révélateur de l'attention portée au sujet. Ainsi, en témoigne le tableau ci-dessous :

**Tableau N°13 : La non déclaration selon les médecins généralistes en %**

Non réponses	1,3%
Oui	79,1%
Non	19,7%

Le phénomène de sous-déclaration des accidents du travail est ainsi constaté et corroboré par les médecins généralistes dans le cadre de cette enquête pilote. Nous verrons ultérieurement que les médecins du travail réalisent un constat similaire sur ce phénomène. Nous avons demandé aux médecins généralistes de nous préciser les motifs de cette sous-déclaration. A partir de la question suivante : « *Si "Oui", pour quelles raisons la déclaration n'a pas été effectuée ? Précisez* ». A cette question, seuls 3 médecins ayant répondu oui à la question précédente n'ont pas complété la question. Il ressort le tableau suivant après regroupement des questions.

**Tableau N°14 : Les motifs de la non-déclaration selon les médecins généralistes en %**

Valeurs	Rep.%
Arrivent en tête.....	
Craintes du salarié (autocensure) dont :	41,6%
crainte de la perte d'emploi, précarité du contrat de travail, prime.... 19,7%	
peur de l'employeur en général ..... . 21,3%	
crainte de la déclaration d'inaptitude médicale et du reclassement.... 0,6%	
Refus de l'employeur ou menaces de sa part (censure)	10,3%
Négligences du salarié ou démission devant la “ paperasserie ”	8,4%
Méconnaissance de la procédure, ignorance de la législation	10,0%
Raisons médicales dont :	13,2%
Bénignité de la lésion ou des symptômes ..... 10,0%	
Incertitude médicale : difficulté d'associer l'effet à la cause ... 3,2%	
Non réponse	16,5%

Les médecins généralistes pouvaient citer plusieurs motifs pour expliquer l'absence de déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Nous les avons regroupés en cinq grandes rubriques dont deux sont détaillées dans le tableau ci-dessus. Il apparaît ainsi que les craintes du salarié, notamment les craintes de rétorsion de la part de l'employeur, arrivent largement en tête pour justifier la non déclaration d'un accident du travail. Les raisons médicales arrivent en seconde place avec 13,2 %. Et le refus explicite et assumé de l'employeur ainsi que la méconnaissance de la procédure se partagent la troisième position à égalité, avec 10 %.

Les craintes du salarié ont été déclinées en trois items qui éclairent les différentes dimensions dont les médecins généralistes se font l'écho. Ces items nous permettent, surtout, de nous intéresser aux rapports sociaux qui règnent au sein des entreprises. « *La peur de l'employeur* »

<sup>311</sup> Ceci quel que soit la date d'installation des médecins généralistes et la sous déclaration étant plus importante chez les ouvriers et les employés.

avancée par les médecins généralistes s'impose comme la principale raison de l'absence de déclaration. Cette crainte est souvent associée à la perte de l'emploi très largement redouté. Mais en l'associant plus spécifiquement à la peur de l'employeur, les médecins généralistes nous laissent entrevoir une vision des rapports sociaux asymétrique, voire nous suggèrent plus trivialement la réalité tangible des rapports de domination. Le salarié ne déclare pas car « *ne veut pas déplaire à son employeur* » vis-à-vis duquel il n'ose pas l'informer de peur de le gêner ou le déranger ; voire, dans certains cas, « *le salarié a peur des remontrances de son employeur* ». Cette situation décrite par les médecins généralistes fait écho aux travaux réalisés par Daniel Loriot sur les arrêts de travail et les formes d'organisation du travail<sup>312</sup>. Il constate trois formes qui interviennent dans le déroulement de la procédure de déclaration des accidents du travail. La première concerne ce qu'il nomme « *l'indifférence ou le refus* » de déclaration, la seconde forme concerne ce qu'il nomme « *tenir ou ne pas s'arrêter* » et enfin la troisième forme c'est « *le déni de soi* ». A chacune de ces formes correspond une manière d'envisager les rapports entre salariés et employeurs. La première forme –indifférence ou refus de déclaration- se caractérise par les réticences des responsables de l'entreprise à effectuer la déclaration en raison des conséquences financières qu'une telle procédure peut risquer de provoquer. Les employeurs préférant parfois régler eux-mêmes la dépense de soins que d'effectuer la déclaration. Ainsi, la « *peur du patron vis-à-vis de la contrainte et de l'enquête avec un risque de pénalités financières* » est-elle évoquée à plusieurs reprises. « *L'employeur préfère régler directement que faire une déclaration* » nous précisent les médecins généralistes. Mais l'indifférence et le refus englobe également des situations où le salarié n'ose pas énoncer l'idée même de son accident. Les médecins généralistes confirment ces cas de dilemme en soulignant le caractère parfois de domination ou la pression que l'employeur exerce sur ses salariés pour éviter la déclaration : « *influence de l'encadrement et des directions pour limiter les déclarations* », « *pression de la hiérarchie* », « *Peur de l'employé devant la réaction du patron* » sont autant d'expressions utilisées par nos praticiens pour décrire des entreprises au sein desquelles les rapports sociaux et de force sont totalement asymétriques. Aussi, la vision du salarié qui se dégage de ces réponses fait penser à un individu soumis et avec une faible marge d'autonomie ne lui permettant pas de faire face aux conduites adoptées par la hiérarchie. Le salarié semble se conformer à un état de fait qui se trouve accentué par l'attitude en retrait parfois de ses collègues ou simplement par les remarques qui peuvent subvenir de leur part. Cette situation ne transparaît pas aussi fortement que dans l'étude menée par D. Loriot mais nous retrouvons des formes proches de ce qu'il nomme « *tenir ou ne pas s'arrêter* ». Cette forme enveloppe les situations où les salariés sont tenus à rester à leurs postes, la hiérarchie invoquant les contraintes de production et de service pour justifier l'absence d'arrêt. Plus intéressant, c'est le cas des salariés qui ne s'arrêtent pas de peur de laisser l'équipe ou son groupe de travail en difficulté « *la crainte de ne pas être compris ou de faire quelque chose de ne pas permis dans l'entreprise* », « *parfois pression des collègues* » ou encore la perspective de sauvegarder la « *Prime collective en fin d'année s'il n'y a pas eu d'accident du travail* ». Ces situations décrites par les médecins généralistes correspondent à la seconde forme définie par Loriot où le salarié va de « *lui-même* » se censurer pour éviter l'arrêt. Par ailleurs, nous savons que ces attitudes sont d'autant plus présentes que les groupes de travail sont en effectif restreint. En effet, l'absence d'un collègue peut être très mal vécue par le groupe de travail notamment si les membres doivent supporter une charge de travail déjà considérée comme importante. L'absence est d'autant plus facile à gérer que les groupes de travail possèdent les ressources humaines nécessaires pour le faire. Comme le souligne Dominique Dessors, « *dans les organisations du travail que le manque de souplesse rend extrêmement sensible à l'absentéisme, la parade consiste, de plus en plus*

<sup>312</sup> D. Loriot, « Accidents et organisation du travail : les enjeux des arrêts de travail », *Travail et emploi*, N° 88, 2001, pp. 43-63.

souvent, à exiger une certaine polyvalence du personnel autorisant de gérer les affectations aux postes selon une logique bouche-trou »<sup>313</sup>. Cette logique-là est parfois coûteuse et dénigré par les salariés car si chaque membre de l'équipe est polyvalent, le remplacement et le rendement deviennent plus facilement réalisables.

Mais souvent la censure du salarié correspond également à sa situation au regard de son statut contractuel au sein de l'entreprise. Ainsi 19,7 % des médecins généralistes interrogés signalent que les salariés craignent de perdre leur emploi pour expliquer la raison de la non-déclaration de l'accident du travail. Le statut du salarié lié à un contrat en CDD, à un contrat d'intérim opère comme de fortes contraintes ou comme une sorte de facilitateur pour obtenir la soumission des salariés. Dans une étude comparative classique, T. Dwyer montrait déjà que les organisations participent de part leur fonctionnement à la construction sociale des accidents du travail. En effet, l'organisation possède plusieurs dimensions caractérisant son fonctionnement. Parmi celles-ci, on retrouve la dimension de commandement ou de l'autorité. Pour qu'une organisation fonctionne et puisse mener à bien son action collective, encore faut-il que l'ensemble des membres de cette organisation, non seulement partagent le même objectif mais également se dotent d'un système de commandement permettant de canaliser les conduites et de contrôler d'éventuelles divergences. Dans certains contextes organisationnels, ce système de commandement peut faire l'objet d'une lutte pour s'en assurer la maîtrise<sup>314</sup>. Ainsi selon T. Dwyer, le système de commandement peut fonctionner de telle manière qu'il vise parfois de façon explicite la soumission des salariés. Cette « soumission volontaire » peut être obtenue plus facilement dans des contextes économiques de fort chômage et en recrutant du personnel sous certains statuts, plutôt précaires. L'auteur précise « employers may recruit categories of workers judged to have servile orientations, such as woman, the physically handicapped or illegal immigrants »<sup>315</sup>. Les intérimaires et les salariés sous contrat de CDD font partie de cette catégorie recherchée par certains employeurs pour obtenir une obéissance plus favorable. Comme le souligne certains médecins généralistes, les salariés ont « peur d'être mal vu de l'employeur car ils craignent ne pas avoir une mission d'intérim transformé en CDD ou en CDI ».

Le processus de déclaration des accidents du travail peut se heurter aux yeux des médecins généralistes à un nombre important d'obstacles ne facilitant pas la désapprobation de la part des salariés pour les raisons exposées ci-dessus. Mais ce processus couvre également le troisième type de situation observée par D. Loriot, à savoir le « déni de soi ». Dans cette dernière catégorie, on retrouve les salariés accidentés « qui prennent parfois sur eux-mêmes de continuer à travailler parce qu'ils jugent que le traumatisme douloureux est encore supportable »<sup>316</sup>. Il s'agit par là de montrer que certains salariés intérieurisent une idéologie défensive telle que cela se traduit par une sous-estimation de la gravité des lésions. En mobilisant le cadre théorique de C. Dejours, l'auteur montre que certains salariés évoluant dans des contextes professionnels à forte dangerosité finissent par amadouer la peur de crainte

---

<sup>313</sup> Dominique Dessors, « Pour les CHSCT, les absents n'ont pas toujours tort », *Santé et travail*, N° 47, 2004, p. 26.

<sup>314</sup> Voir les travaux classiques de R.A. Dahl, « The concept of power », Behavioral science, N°2, pp.201-215, 1957 ; M. Crozier et E. Friedberg, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1997, 437 p. Ou sur les multiples facettes du pouvoir, Bachrach P., and Baratz M. S., « The two faces of power », *American Political science review*, N°56, 1962, pp. 947-952.

<sup>315</sup> T. Dwyer, *Life and death at work. Industrial accidents as case of socially produced error*, New York, Ed. Plenum, (Coll. "Studies in work and industry"), 1991, p. 116.

<sup>316</sup> *Op. cit.* p. 52.

de la voir se retourner contre eux<sup>317</sup>. Seulement, une telle idéologie peut aboutir à une occultation des dangers et parfois à cacher sciemment les lésions produites par l'activité de travail. Les médecins généralistes se font l'écho de ce type d'attitude en rapportant que ces patients accidentés qui s'abstiennent de déclarer « *estiment que cela ne va pas durer et (qu'ils) préfèrent éviter la paperasserie* ». Cette idée selon laquelle la lésion va disparaître avec le temps ou que l'accident n'a pas induit de séquelles importantes participent au maintien de l'idéologie défensive au sein des groupes de travail<sup>318</sup>.

Toutefois, ces attitudes ne doivent pas se confondre avec les raisons médicales qui sont avancées par les médecins eux-mêmes. Il semblerait qu'aux yeux des médecins généralistes un certain nombre de lésions ne mérite pas la démarche et jugent la déclaration plus contraignante qu'utile « *aspects bénins de lésions* » ou « *bobologie* » 10 %. D'un autre côté, certains médecins soulignent une double difficulté à laquelle, médecins et salariés, se butent à savoir la difficulté à établir le lien entre la lésion et l'activité de travail : 3,2 %, notamment pour les maladies professionnelles et la méconnaissance des procédures administratives, 10 %.

Nous voyons que l'activité des médecins généralistes est riche en enseignements concernant les indicateurs de santé susceptibles d'être développés ultérieurement dans notre enquête. Considérer l'activité des médecins généralistes comme le résultat d'un jugement nous a permis de cerner certaines dimensions. De plus, l'analyse des réponses concernant les raisons de la non-déclaration des accidents du travail nous a permis de percevoir dans ce processus l'intervention de considérations autres qu'uniquement médicales. Grâce à ces réponses, nous avons cerné certaines dimensions du système de rapports sociaux qui caractérise l'entreprise. Ce point est important pour notre démarche puisqu'il nous permettra d'orienter notre méthodologie pour les étapes suivantes.

Enfin, à travers la question de ces non-déclarations, nous effleurons la question de la reconnaissance des salariés, les doutes et relations entre les salariés. Une question centrale à plus d'un titre, d'abord en tant que besoin lancinant exprimé par les intéressés eux-mêmes, ensuite en tant que révélateur du milieu (style de management appliqué), enfin comme indicateur de perspective souhaitable à introduire par des méthodes appropriées, participatives notamment. Nous allons voir dans la partie suivante comment les médecins généralistes perçoivent cette question. Cet élément relatif au paramètre de la « reconnaissance » dans l'expérience du praticien est de toute première importance pour notre projet d'examen des incidences du mode de management sur l'état de santé des salariés puisqu'il montre à quel système de relations nous avons affaire.

---

<sup>317</sup> C. Dejours, *Travail usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Ed. Bayard, 1993, 263 p

<sup>318</sup> Ces attitudes peuvent être illustrées par le film de René Baratta et Damien Cru *Aucun risque ! Paroles de compagnons*.

### 2.3) LES PROBLEMES DE LA RECONNAISSANCE DES SALARIES

En 1924, dans l'usine de la Western Electric Company<sup>319</sup>, un groupe de chercheurs conduit par E. Mayo commence une expérience qui fera date comme fait fondateur de la sociologie des organisations, du travail et de la psychologie sociale des groupes. Lors de ces expériences connues sous le nom de Relay Assembly Test Room les chercheurs tenteront, sous le prétexte de mesurer les effets d'un meilleur éclairage sur le rendement des ouvriers, de comprendre et d'expliquer les attitudes des ouvrières de l'usine et l'effet psychologique que la conscience de participer à une recherche et d'être l'objet d'une attention spéciale. Parmi les résultats, que ces investigations vont jeter, l'effet Hawthorne fera date. En effet, E. Mayo, au bout de plusieurs années d'expérimentation, arrive à confirmer sa première hypothèse à savoir l'importance de relations « interpersonnelles au travail ». Il constate la création des normes collectives de rendement au sein du groupe et surtout ce qui sera connu sous l'expression « d'effet Hawthorne » à savoir l'intérêt que porte une direction au travail au subalterne peut se traduire par une augmentation de rendement<sup>320</sup>.

Cette idée selon laquelle le groupe de travail peut se trouver fortement influencé par les interventions externes et notamment par la simple attention qu'une autorité, ici la direction, porte sur celui-ci.

Nous partions de l'idée qu'il faut considérer l'organisation du travail comme un système composé des différents éléments que lui donne sa cohérence. Simplement, un tel système ne fonctionne pas de la même manière qu'une machine. Les éléments sont pour l'essentiel de nature humaine. Le bouleversement, la transformation, la modification à l'intérieur d'un groupe ne vont pas sans affecter le reste des membres<sup>321</sup>. Ainsi le type d'autorité peut agir sur les relations à l'intérieur des groupes<sup>322</sup>.

Pour tenter de trouver quelques indicateurs, nous avons estimé intéressant d'interroger les médecins généralistes sur les doutes par rapport à leur activité que leurs patients pouvaient exprimer lors de la consultation. À travers cette question, nous proposons aux médecins de classer par ordre d'importance les doutes. Le tableau ci-dessous présente l'ensemble de réponses des médecins généralistes avec leurs classements. La première colonne regroupe les réponses classées en premier rang, et ainsi de suite.

---

<sup>319</sup> Située à Hawthorne, un faubourg de Chicago.

<sup>320</sup> Pierre Desmarez, *La sociologie industrielle aux Etats-Unis*, Paris, Ed. Armand Colin (Coll. « U »), 1986, p. 34.

<sup>321</sup> C. Lauveay-Bouilllet établit que chez un patient qui consulte pour un trouble anxieux, 85% des médecins déclarent poser toujours la question de la souffrance au travail comme étiologie possible, 15% de temps en temps et 0% jamais ; chez un patient fragilisé (deuil, maladie,...), 74% des médecins déclarent chercher toujours à connaître le retentissement de cette situation sur la vie professionnelle de son patient, 23% de temps en temps et 3% jamais ; chez un patient se plaignant de sa situation de travail, 82% des médecins déclarent poser toujours la question d'un retentissement physique ou psychologique, 13% de temps en temps, 4% jamais et 1% ne se prononcent pas. *op.cit.*, p. 88.

<sup>322</sup> Nous faisons là référence à l'ensemble des travaux effectués à partir d'une certaine psychologie sociale des groupes notamment à partir des travaux de K Lewin.

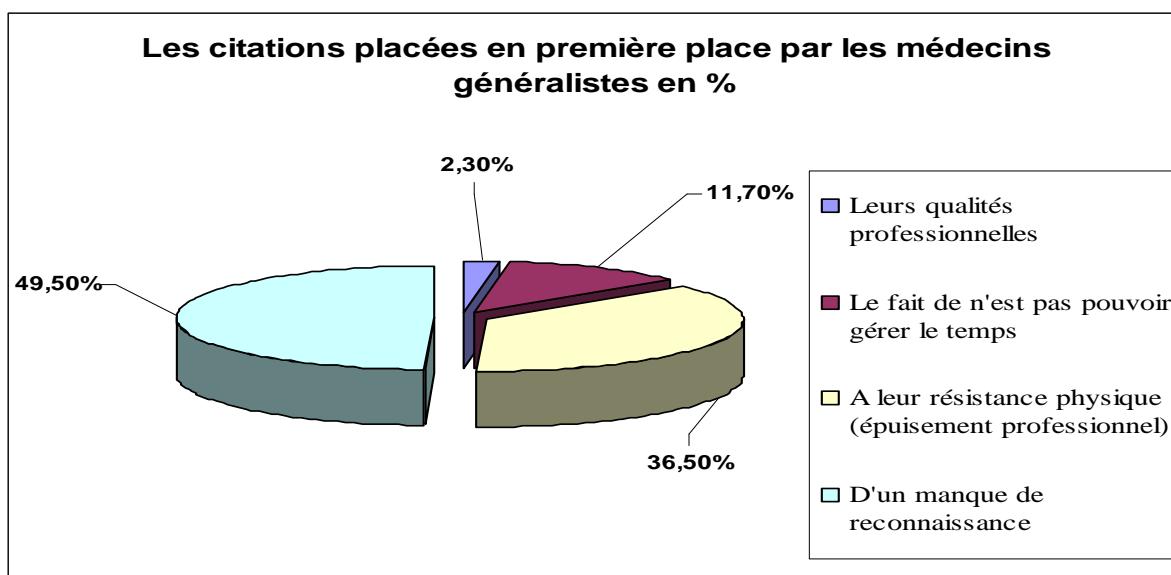
**Tableau N°15 : Ces patients salariés expriment-ils des doutes quant à ... (La question est à 5 réponses multiples ordonnées)**

Ces patients salariés expriment des doutes quant à...	Rep. % rang 1	Rep. % rang 2.	Rep. % rang 3.	Rep. % rang 4	Rep. % rang 5.	Total
Leurs qualités professionnelles	2,1%	9,7%	21,3 %	39,3 %	2, 3%	18,3 %
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	11,1 %	23,8 %	25,5 %	16,7 %	2,3%	21,4 %
Leur résistance physique (épuisement professionnel)	34,6 %	30,4 %	14,8 %	12,5 %	0,0%	26,2 %
Un manque de reconnaissance à leur égard	47,0 %	30,4 %	12,5 %	7,7%	0,8%	28,4 %
Autres		0,9%	3,7%	1,8%	15,3 %	4,9%
Non réponse	3,0%	4,8%	22,2 %	22,0 %	79,4 %	0,9%

A la lecture des résultats, un constat se détache sans ambiguïté, parfaitement significatif et riche d'enseignements pour notre investigation : « *Le manque de reconnaissance à leur égard* » s'impose comme la réponse la plus souvent rapportée par les médecins généralistes (au premier rang avec 47 %, et près de 50% si l'on exclu les non-réponses) alors que « *la résistance physique* » arrive en seconde position, suivie du fait de « *ne pas pouvoir gérer le temps* » et enfin, très loin derrière, les doutes sur les « *qualités professionnelles* » se contentent de prendre la quatrième place.

Si nous nous intéressons simplement et uniquement à la première colonne à partir de la représentation graphique ci-après en soustrayant les non-réponses à la question (score faible 3 %) nous obtenons une distribution intéressante.

**Graphique n°3**



Les médecins généralistes orientent notre démarche vers l'exploration des effets que le manque de reconnaissance envers les salariés peut avoir sur eux. La dimension physique est présente dans les réponses des médecins généralistes mais elle n'arrive pas en tête du classement réalisé. Pourquoi un tel classement ?

En exploitant la modalité « autres » proposée aux médecins généralistes, nous avons découvert quelques pistes d'explication de notre classement. En effet, certaines expressions employées par les médecins généralistes éclairent la classification : « *doutes sur leur valeur* », « *perte d'estime de soi* », « *C'est le mépris qui se traduit par le dénigrement de l'emploi, de son importance et finalement du travailleur qui est le moins supportable. Quand l'individu voit sa dignité remise en cause, quelque soit son poste et son salaire il craque. Un individu valorisé est capable de travailler beaucoup pour un salaire parfois peu en rapport avec ses efforts. Cependant il y a souvent une valorisation de façade pour faire admettre le plus longtemps possible des salaires peu élevés* ». La question de la reconnaissance fait émerger la dimension éthique de relations sociales. Les médecins généralistes ne restent pas indifférents aux paroles et aux situations exposées par leurs patients. Il semblerait qu'il y ait par la présence même des patients, une contrainte éthique qui impose aux médecins d'écouter et qui engage le médecin dans la relation. C'est la présence d'autrui qui va déterminer la reconnaissance<sup>323</sup>.

Comme nous le disions au départ de cette partie, la sociologie des organisations connaît bien, depuis les travaux d'E. Mayo, les effets du regard d'autrui sur soi. Plus précisément, les acteurs sociaux pour construire leurs identités sociales ont besoin que des semblables, familiers ou proches collaborateurs suffisamment significatifs, participent à cette construction. En suivant les réflexions et les analyses de G. H. Mead, nous pouvons avancer l'idée que les médecins généralistes nous exposent des situations aux cours desquelles les salariés ne retrouvent plus une reconnaissance de leur engagement professionnel voire personnel<sup>324</sup>. Les salariés ayant intérieurisé des rôles précis et reconnus comme tels par ses pairs, ne sont plus en mesure de faire face aux situations et aux exigences dans le cadre du travail. Les effets d'une telle situation sont multiples et peuvent se traduire par l'absence de support social à l'intérieur de l'entreprise et conduire les salariés vers des attitudes compensatrices très coûteuses en énergie. Mead considère que l'on ne peut comprendre le comportement d'un individu sans le situer dans un groupe social donné. L'individu n'est qu'un élément parmi d'autres dans ce processus essentiellement communicationnel : sans l'interindividuel pas de « Soi » ni de « conscience de Soi ». Par conséquent pas de société. La société ne peut exister que grâce à l'ensemble des relations interindividuelles. Il s'agit donc d'une dynamique d'actes communicatifs permettant l'élaboration du Soi. C'est pourquoi Mead voit dans ce processus social d'interaction et d'intérieurisation des rôles d'autrui le mécanisme essentiel de la construction du Soi, autrement dit : l'identité sociale. Pour reprendre l'expression d'Axel Honneth, la vie sociale et notamment sa dimension professionnelle dans le cadre de l'entreprise, se caractérise par une « *lutte permanente de la reconnaissance* »<sup>325</sup>.

---

<sup>323</sup> Nous avons le sentiment qu'ici les médecins généralistes retrouvent les réflexions sur le visage et la responsabilité d'E. Levinas.

<sup>324</sup> G.H. Mead, 1963, *L'esprit, le soi, et la société*, Paris, Ed. Puf, (Tra. J. Cazeneuve, E. Kaelin, G. Thibaut), Première édition, 1934.

<sup>325</sup> A. Honneth, La lutte pour la reconnaissance, *op. cit.*

Ces pistes de réflexion ont été mises en exergue dans les années 1990 grâce aux travaux de Karasek et Theorell<sup>326</sup>. Comme nous l'avons précédemment spécifié, le modèle de mesure du stress qui porte leurs noms comporte trois dimensions : latitude décisionnelle, soutien social au travail et demande psychologique. Les situations à risque d'augmentation du stress se caractérisent notamment par une croissance des demandes au travail avec une faible latitude décisionnelle combinée à un déficit de soutien social au travail. Ainsi, lorsque les salariés ne parviennent pas à compenser avec le groupe d'appartenance la forte demande, on observe un risque accru d'augmentation du stress<sup>327</sup>.

La reconnaissance sociale dont parlent les médecins généralistes caractérise des organisations du travail où les salariés, malgré un investissement personnel, ne retrouvent plus le support nécessaire pour faire face à leur mission de manière convenable. Dans certains cas, ils sont laissés « seuls » devant des situations où, de surcroît, la latitude décisionnelle est faible. Ainsi, les médecins observent de la perte d'estime de soi et une certaine dépréciation de leur personne chez ces salariés.

Nous pouvons nous poser une série de questions sur ces réponses. Est-ce que les médecins généralistes n'établissent pas un lien de causalité implicite ? En effet, en mettant en première place le manque de reconnaissance suivi de la résistance physique ne font-ils pas une différenciation entre les symptômes et les causes ? Le manque de reconnaissance aboutirait à l'épuisement physique et l'incapacité à gérer le temps qui seraient les résultantes de l'absence ou la faiblesse de la reconnaissance sociale ?

Nous constatons que les médecins généralistes ne soulignent pas les doutes que leurs patients seraient amenés à exprimer sur leurs propres qualités professionnelles. C'est bien l'écart entre un investissement fort de la part des salariés et une récompense faible qui se trouve ici souligné<sup>328</sup>. Plusieurs commentaires de leur part le confirment sans équivoque. Enfin, rappelons que ces praticiens sont censés rapporter ces récriminations dans l'ordre de priorité où leurs patients-salariés les évoquent et non d'établir leur propre classement ou diagnostic. Or, l'avis des salariés sur leur vécu constitue une indication majeure pour les besoins de l'enquête.

Grâce à ces résultats nous pouvons nous interroger sur le climat qui règne à l'intérieur de l'entreprise de chacun de ces salariés et, globalement, établir un rapport entre leur statut de patient et la fréquence de ces récriminations. Ainsi, avons-nous introduit une batterie de questions permettant de mesurer diverses informations relatives aux relations dans l'entreprise. Il en ressort que 87 % des généralistes sondés déclarent avoir constaté des cas de harcèlement, et qu'un nombre non négligeable de patients évoquent en cours de consultations les relations de travail qu'ils entretiennent avec leurs entourage professionnel, qu'il s'agisse de leur hiérarchie supérieure, de leur collègues ou des clients.

---

<sup>326</sup> Karasek A. et Theorell T, *op.cit.*

<sup>327</sup> Dans la troisième enquête européenne sur les conditions de travail en 2000, 28% des salariés européens déclarent que leur travail est source de stress.

<sup>328</sup> De ce point de vue, nous serions plus proches du modèle de Siegrist et al. 1986, sur la mesure du stress.

**Tableau N°16 : Les patients salariés parlent-ils de leurs relations avec...**

Parlent de leurs relations avec :	Nb. cit.	Fréq.
Leur hiérarchie supérieure	220	50,5 %
Les collègues, les subalternes	151	34,6 %
Les clients (usagers, élèves, etc.),	63	14,4 %
Non réponse	2	0,5 %
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>436</b>	<b>100 %</b>

Dans la mesure où ils en parlent, c'est effectivement comme on s'en doute en terme assez largement négatif. Ce caractère étant plus nettement marqué en ce qui concerne la hiérarchie supérieure (32,4% d'opinions négatives contre 2 % de positives), l'écart étant bien moindre en ce qui concerne les collègues (19,0% contre 11,2 %), et la pudeur – ou la rareté – étant de mise en ce qui concerne les subalternes (9,6% contre 2,5%). Quant aux clients, les malades laissent entrevoir avec eux une pression ou des confrontations parfois mal vécues (15,4 % contre 5,0 %).

L'une de ces questions aborde directement la nature du climat social tel qu'elle est perçue et relatée par le patient. À travers les témoignages que ces médecins généralistes nous transmettent de leur expérience professionnelle, la fréquence d'un climat jugé conflictuel par ces salariés en souffrance fournira, au regard de son seuil, une indication sur la vraisemblance de notre problématique management/santé. Le tableau ci-après nous représente la distribution à la question :

**Tableau N°17: Vos patients se plaignent-ils d'un climat conflictuel ou délétère ?<sup>329</sup>**

Se plaignent	Fréq.		Nb. cit.	Fréq.	Répartition
NON	1,7 %	dont :			
		Jamais	0	0,0 %	
		Rarement	4	1,7 %	
OUI	96,9 %	dont :			
		Occasionnellement	78	33,3 %	
		Assez souvent	137	58,5 %	63,5 %
		Très souvent	12	5,1 %	
Non réponse			3	1,3 %	
<b>TOTAL</b>			<b>234</b>	<b>100 %</b>	

Nous observons que ces praticiens libéraux sont 33,3 % à entendre occasionnellement des plaintes de leurs patients sur le climat conflictuel ou délétère au travail. 58,5 % de ces sondés déclarent qu'ils font assez souvent l'objet de telles confidences et enfin 5,1 % d'entre eux disent que c'est très souvent que leurs patients-salariés se plaignent d'un climat conflictuel et délétère dans l'entreprise. Soit un total de 96,9% à recueillir, peu ou prou, ce genre d'indication. A contrario, il est frappant de constater que très peu de médecins généralistes ont coché « rarement » ou « jamais », alors même qu'ils n'étaient qu'un nombre infime à avoir

<sup>329</sup> La question est à réponse unique sur une échelle. Les paramètres sont établis sur une notation de 1 (Jamais) à 5 (Très souvent). Les calculs sont effectués sans tenir compte des non-réponses. La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 407,59$ ,  $df = 5$ ,  $1-p = >99,99\%$ . Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

refuser de répondre à cette question. La question n'est donc pas sans objet. Plusieurs remarques peuvent être faites sur ces résultats et qui nous conduisent à être attentifs pour les phases ultérieures de notre étude :

La première remarque est de prendre les résultats tels qu'ils sortent et simplement constater que les médecins généralistes entendent des plaintes ;

La seconde remarque nous renvoie vers l'effet de la question. Le questionnaire portant sur les liens entre le travail et la santé, les médecins ont pu accentuer le constat des plaintes ;

La troisième remarque consiste à attirer l'attention sur la nature de la situation. En effet, il est moins habituel de trouver des personnes (patients) lors de consultation qui vont spontanément dire qu'ils sont heureux. L'espace privé, que représente le cabinet, favorise l'expression de maux. Ce lieu est défini socialement comme un espace à l'intérieur duquel nous pouvons nous livrer voire nous confesser. Le médecin attend de la part de ses patients qu'ils adoptent une conduite conforme à la situation : les gens viennent en consultation car ils ne vont pas bien. De même, les patients attendent du médecin qu'il écoute les plaintes ou les plaintes. Autrement dit, nous avons un effet amplificateur possible caché dans cette question.

En tenant compte de ces remarques, nous pouvons retenir l'existence de ces plaintes et observer que la position du médecin favorise le recueil de ces dernières plus facilement que dans le cadre d'une autre relation. Mais c'est sans doute cela qui importe aussi. Comme l'a spécifié le généraliste interviewé à Tarbes, l'omnipraticien se voit conduit de plus en plus à jouer le rôle de « *compatissant professionnel* ». Cela signifie tout au moins que le besoin d'une telle relation existe. Reste que le taux de patients-salariés qui viennent consulter pour une pathologie dont la cause – s'il ne s'agit pas d'un accident - leur est, a priori, inconnue ou leur apparaît essentiellement organique, physique, mécanique, voire virale tant l'apparition du mal s'est annoncée à travers des manifestations somatiques, et qui pourtant, n'hésitent pas dans le même temps à aborder le climat social dans leur entreprise, est remarquablement élevé. Qu'un lien implicite (même injustifié) soit établi, inconsciemment ou non, par eux-mêmes, entre leur consultation et l'atmosphère délétère qui caractérise leur milieu de travail, n'est pas le plus important. Ce que l'on retiendra, c'est qu'un salarié souffrant évoque dans presque tous les cas l'ambiance au travail qu'il juge mauvaise. Cette allusion ne saurait être gratuite. Il est peu probable que le patient évoque cet élément négatif si la réalité se trouvait être à l'opposé. Ce serait lui faire un procès d'intention en affabulations ou en incohérence absolue sur ses intérêts. Le malade n'a, en effet, pas intérêt à égarer le soignant. Or, si le cabinet du médecin est un lieu de confidence où l'on peut épancher sa souffrance, il est aussi considéré comme un lieu de vérité où doit régner la confiance réciproque. Son atmosphère est aussi celle, plus ou moins consciemment perçue et respectée, d'un sanctuaire de la science. Autant de facteurs qui n'incitent guère à induire en erreur le thérapeute. A priori, seule la volonté d'obtenir un arrêt maladie non justifié pourrait expliquer une déclaration mensongère de la part du patient. Et si tel était le cas, il n'en serait pas moins légitime de s'interroger sur les raisons d'un pourcentage aussi élevé.

## **2.4) QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LA CONSTRUCTION DES INDICATEURS DE SANTE ?**

L'objet de ce sondage-pilote était tout à la fois de tester la perception d'une relation entre conditions de travail et santé des salariés chez les omnipraticiens et de nous guider dans le repérage d'indicateurs santé pour retenir les plus pertinents par la suite.

Ce sondage a rempli sa fonction. S'il reste difficile de mesurer les conditions de travail ainsi que leurs effets sur la santé simplement à partir des informations que ce premier sondage nous a fourni, en revanche il nous offre la possibilité dès à présent de retenir quelques critères sûrs pour établir des indicateurs à partir desquels nous pousserons l'investigation auprès des médecins du travail et des institutions sanitaires dispensatrices de statistiques.

Le nombre d'arrêts de travail : il nous permet de mesurer la question de l'absentéisme et la question de la traumatologie non-déclarée.

La consommation de psychotropes ou produits psycho actifs : l'enquête ESTEV l'avait déjà montré (Cf. Buisset, Hiault, Laurent, et al., 2000, ainsi que la thèse de Caroline Lauveay-Bouilllet<sup>330</sup>). Cet indicateur est manié avec précaution notamment parce que le facteur âge intervient fortement.

La consommation de somnifères : elle nous indiquera le taux de troubles du sommeil qui s'avère corrélée au vécu du patient.

Les anti-inflammatoires : pour les TMS.

Les contractants : pour les lombalgies et les tendinites.

La consommation médicale globale : est un bon indicateur à la fois objectif de santé des salariés mais aussi du besoin de compensation « compatissante » et de mal être.

Les consultations psychiatriques : directement liées au taux élevé de maladies psychosomatiques et de progression des dépressions enregistrés par les généralistes, elles nous semblent un indicateur incontournable de la souffrance au travail.

Les séances de kinésithérapie : de celles-ci nous attendons des informations liées tant aux accidents, aux TMS qu'aux besoins de prise en charge psychologique s'étant répercutés sur des souffrances osseuses ou articulaires, type « mal de dos ».

Ce qui ressort de ce sondage effectué auprès d'un nombre raisonnablement consistant de généralistes, c'est la légitimité de la relation travail/santé qui apparaît désormais banalisée chez ces professionnels, du moins mieux acceptée qu'auparavant. Mais, si la prise en compte de ce paramètre entre désormais dans une approche environnementale de la santé et laisse entrevoir des diagnostics qui incluent la compréhension des déterminants sociaux de la santé, le fatalisme persiste, en revanche, quant aux facultés d'intervention limitées qui sont les leurs.

---

<sup>330</sup> Caroline Lauveay-Bouilllet observe en ce qui concerne la classe médicamenteuse estimée la plus utile par les médecins généralistes dans ces situations, que « *les anxiolytiques sont les plus cités (56%), suivis par les antidépresseurs (31%), et les somnifères (8%)* », cf. sa Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, « *La souffrance au travail ; dépistage et prise en charge en médecine générale, etc.* », op. cit., p. 102.

Une certaine résignation prévaut qui s'illustre dans cette conformité aux frontières consenties sur des répartitions de rôles socialement attribuées et qui entretient le déficit d'articulation avec d'autres acteurs concernés comme la médecine du travail.

C'est d'ailleurs aux mêmes conclusions qu'aboutit Caroline Lauveay-Bouilllet dans sa récente thèse de médecine générale. « *Notre étude a permis de montrer que la problématique de la souffrance au travail touche l'ensemble des médecins généralistes des Hauts-de-Seine et ce, de façon plus accrue depuis ces cinq dernières années*<sup>331</sup>.

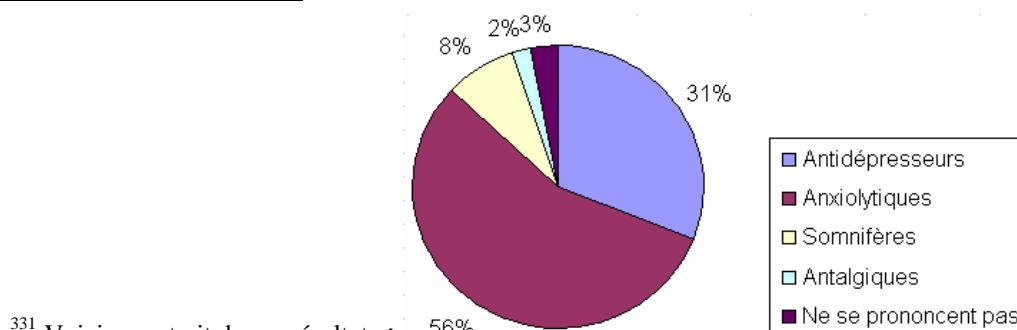
*Les médecins estiment être sollicités en priorité pour la prise en charge d'un retentissement psychologique ou physique (dans une moindre mesure) d'une difficulté de vécu professionnel, secondairement pour la rédaction d'un arrêt de travail.*

*Ils prennent en charge ces retentissements pathologiques essentiellement par l'écoute, les traitements médicamenteux anxiolytiques, et l'utilisation des arrêts de travail, qu'ils n'hésitent pas à prescrire s'ils estiment que le retentissement pathologique le justifie. »*

*(...) « Cependant, nous pensons que des formations claires et très spécifiques seraient certainement efficaces pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge de la souffrance au travail, pour plusieurs raisons :*

- *l'absence de formation spécifique sur le sujet au cours des études médicales ou dans les programmes de FMC, tant en ce qui concerne la souffrance au travail et son retentissement pathologique, que relative au fonctionnement des entreprises ;*
- *la persistance apparente de la confusion entre définition juridique du harcèlement moral et définition médicale (qui reste encore à élaborer) ;*
- *l'impression qui ressort de notre enquête que les médecins généralistes abordent encore essentiellement leurs patients sur le « versant psychiatrique » ;*
- *le peu de liens, de connaissances et les préjugés persistants sur le médecin du travail.*

C. Lauveay-Bouille souligne au terme de cette recherche la nécessité pour les médecins généralistes, « premier recours », de « savoir prendre en charge ces patients qui « importent » cette souffrance dans le cabinet de consultation, de la façon la plus juste possible ». Ce qui la conduit à toute une série d'interrogations : « *Selon quelles références précises pourrons-nous prendre en charge nos patients ? Selon quelles connaissances allons-nous nous positionner afin de trouver le ton juste et ne pas « victimiser » à outrance nos patients ? Selon quels critères pourrons-nous évaluer nos pratiques ?* » Toutes ces questions, observe-t-elle, se posent désormais dans le milieu médical ; et de constater que c'est depuis octobre 2003 que



<sup>331</sup> Voici un extrait de ses résultats :

Ces Classes médicamenteuses que les médecins pensent être les plus utiles dans les situations de souffrance au travail montrent que notre société est en train de « médicaliser » un problème social. Or, ce problème n'est pas purement technique, ni médical au sens classique. Politiquement, il pose la question de la responsabilité de la cause du mal dont le coût de « réparation » serait vraisemblablement évitable alors qu'on le fait supporter à l'ensemble de la collectivité. Nous touchons là, la dimension sociale et, par conséquent politique, de la prévention.

MGform (branche formation pilotée et animée par Patricia Mercier<sup>332</sup> du syndicat MG France) propose aux médecins généralistes, dans le cadre de leur FMC, un séminaire intitulé : « *le médecin généraliste face à la souffrance morale au travail* ». L'idée que la démarche en santé publique doit dépasser les frontières des professions poursuit donc son chemin et incite les médecins généralistes à être armés pour ce genre de problématique, ce qui pose en définitive, pour l'avenir, la question des cursus de formation.

\*  
\* \*

---

<sup>332</sup> Mercier Patricia. « Le médecin généraliste face à la souffrance morale au travail », *Séminaire MGform*, octobre 2003.

## **II<sup>EME</sup> PARTIE :**

### **APPROCHE COMPARATIVE**

#### **LA RELATION TRAVAIL/SANTE SELON LE TYPE DE MANAGEMENT DES ENTREPRISES SELECTIONNEES :**

- L'EXPERIENCE DES MEDECINS DU TRAVAIL**
- LES STATISTIQUES SANITAIRES**

## **COMPARAISON DES DEUX VOLETS DE L'ECHANTILLON « JANUS »**

### **I. LE SONDAGE AUPRES DES MEDECINS DU TRAVAIL : UNE PREMIERE DEMARCHE COMPARATIVE**

En 1984, Bernard Cassou sortait un ouvrage sur la santé au travail pour attirer l'attention sur l'état de santé des salariés et souligner l'évolution des conditions de travail en France. La place qu'il donna dans cette étude au regard des médecins du travail était importante, suffisamment pour qu'ils s'expriment sans restriction et que les constats de cette recherche servent de base de travail pour une amélioration de la situation. Presque dix ans après, les éditions Syros ont publié un ouvrage intitulé *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*<sup>333</sup>, pour témoigner d'une pratique mais également d'une expertise cumulée par ce corps professionnel. Il ressortait un bilan accablant de la modernisation des conditions de travail et de l'évolution du processus de précarisation de l'organisation du travail. Les médecins du travail ne prenaient pas la place des salariés mais ils montraient en témoignant que l'activité médicale dans le secteur de la santé au travail ne se limitait pas à un simple diagnostic physiologique mais englobait une série d'autres aspects sans lesquels il serait impossible de comprendre la réalité du monde du travail aujourd'hui et surtout l'état de santé des salariés.

En nous inspirant de ces démarches ainsi que des enquêtes ayant déjà fait leurs preuves (Cf. SUMER), nous avons estimé intéressant de compléter les informations obtenues à travers l'exploitation de l'enquête précédente auprès des médecins généralistes par une enquête auprès des médecins du travail. Toutefois, à la différence de leurs confrères généralistes, les médecins du travail choisis pour être interrogés possédaient la particularité d'être responsables du suivi médical des salariés des entreprises de nos deux échantillons (A et B). Nous voulions par là connaître leur avis sur ces entreprises et sur un certain nombre de points qui mêlent des informations sur l'état de santé de ces salariés, sur la gestion du personnel, sur des thèmes de la sphère privée mais également qui concernent le rapport que le médecin du travail entretient avec ces entreprises.

L'enquête ne visait pas, stricto sensu, à mesurer l'état de santé réel des salariés de l'échantillon pour les comparer, mais à obtenir un portrait de leurs entreprises à partir d'un point de vue singulier, à savoir celui des médecins du travail. Pour présenter nos principaux résultats, nous allons dans un premier temps exposer les caractéristiques principales de la population des médecins du travail ayant participé à l'enquête. Dans un second temps, nous allons développer leur vision des différents états sanitaires et des incidences de l'intensification de l'organisation du travail, depuis la poursuite des pathologies classiques à l'émergence de nouvelles formes pathogènes, qu'ils s'agissent des TMS ou des pathologies psychopathogènes de type stress, dépression. L'objectif de cette partie étant, bien sûr, l'analyse comparative des incidences santé d'un contexte relationnel selon le type de

---

<sup>333</sup> Collectif, *Souffrances et précarité au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Ed. Syros, 1994, 356 p.

management, nous n'oublierons pas de recueillir le point de vue des médecins du travail sur les effets des diverses gestions du personnel et sur l'impact du climat social sur la santé.

## I. - DESCRIPTION DE LA POPULATION ENQUETEE

Les médecins du travail ayant participé à notre enquête sont au nombre de 74. Ces derniers couvrent 92 entreprises représentant environ 27 000 salariés. La situation de ces médecins est très variable mais un certains nombre de caractéristiques générales peuvent être dégagés de leur situation.

### **1.1) DES MEDECINS DU TRAVAIL EXPERIMENTES**

Les médecins du travail que nous avons interrogés exercent le métier pour 40,2 % d'entre-deux depuis plus de 20 ans. 22,8 % depuis au moins 15 ans. Nous avons affaire à une population qui a connu les différentes évolutions législatives de ces dernières années mais également qui a pu voir évoluer les entreprises de notre échantillon. Toutefois, la pratique de la médecine du travail ne se limite pas au suivi d'une seule entreprise. Les médecins du travail de notre échantillon à 97,8 % ont plusieurs entreprises sous leur responsabilité. Cette information est importante car elle décrit une profession et une pratique de la médecine du travail qui n'est pas la même pour tout le monde. Ainsi 23, 9 % des médecins du travail suivent l'activité de 120 à 180 entreprises, 18, 5 % suivent entre 60 à 120 entreprises et 15 % entre 180 à 240 entreprises. Ces premiers éléments nous permettent de dépeindre une population des médecins du travail avec une réalité des conditions d'exercice de leur mission posant quelques contraintes au suivi des salariés. En effet, nous avons reçu à de multiples reprises des commentaires de leur part sur le sujet. Préciser le nombre d'entreprises, cela voulait dire prendre conscience de l'ampleur de la tâche à accomplir au regard de la fonction du médecin du travail. Certes, beaucoup de ces entreprises sont de petite taille mais cela implique pour le médecin interrogé de positionner l'entreprise pour laquelle il va répondre. Notre appel téléphonique au moment de la passation du questionnaire permettait, en effet, de citer le nom de l'entreprise pour que le médecin du travail sache clairement sur quelle entreprise il allait répondre.

Les médecins du travail sont majoritairement des femmes. Celles-ci représentent 57,6 % des médecins interrogés. La tranche d'âge la plus représentée les situe entre les 45 et 60 ans. Il s'agit par conséquent d'une population expérimentée, pouvant se prévaloir d'une carrière déjà affirmée.

Pour les besoins de notre enquête nous avons cependant souhaité savoir si ces médecins connaissaient depuis longtemps la ou les entreprises pour lesquelles ils étaient interrogés. Aussi, leur avons-nous posé la question suivante : « *Depuis combien de temps intervenez-vous dans (l') ou (les) entreprises suivante(s) ?* »

**Tableau N°18 : L'ancienneté dans le suivi de l'entreprise**

Ancienneté dans l'entreprise	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 2 ans	8	8,7 %
De 2 à 5 ans	38	41,3 %
De 5 à 10 ans	21	22,8 %
Plus de 10 ans	25	27,2 %
Total observations	92	100 %

Pour la plupart, ces médecins du travail fréquentent et assurent le suivi des salariés de l'entreprise depuis au moins 2 ans. Pour 22,8 % d'entre eux la durée de leur présence dans l'entreprise dépasse sensiblement ce seuil pour se situer entre 5 et 10 ans alors que pour 27,2 % ce suivi remonte à 10 ans. Nous avons donc affaire à des professionnels qui non seulement exercent ce métier depuis plusieurs années mais qui possèdent également une certaine familiarité avec les entreprises de notre échantillon. Toutefois, il n'est pas interdit de penser que le fait de suivre l'entreprise depuis plusieurs années ne se traduise pas forcément par une appréciation similaire du temps dont ils disposent pour effectuer leur activité. A cette interrogation les médecins ont été conviés à répondre en deux étapes. Tout d'abord, par une appréciation d'ordre général sur le temps moyen dont ils disposent d'habitude sur l'ensemble de leurs entreprises : « *En pratique, le temps dont vous disposez pour effectuer votre activité en milieu de travail est-il ? En général :* »

**Tableau N°19 : Habituellement, le temps dont ils disposent pour effectuer leur activité en milieu de travail est :**

Temps mis à disposition	Nb. cit.	Fréq.	
Très suffisant	3	3,3 %	43,5 %
Plutôt suffisant	37	40,2 %	
Plutôt pas suffisant	41	44,6 %	54,4 %
Pas du tout suffisant	9	9,8 %	
Non réponse	2	2,2 %	
TOTAL observations	92	100 %	

Les médecins du travail ayant participé à notre enquête ne paraissent pas satisfaits du temps dont ils disposent en général pour le suivi des entreprises. En effet, pour 44,6 % d'entre eux ce temps n'est « *plutôt pas suffisant* ». A l'inverse, 40,2 % considèrent que le temps dont ils disposent est en général suffisant. Toutefois, si nous additionnons les médecins du travail diversement insatisfaits, d'une part, et les médecins du travail satisfaits, d'autre part, nous obtenons une information témoignant d'un possible mal-être de la profession : une majorité indiscutable des médecins du travail estiment insuffisant (54,4 %) le temps dont ils disposent d'ordinaire pour assurer le suivi des entreprises tandis que les médecins du travail qui jugent ce temps suffisant ne sont que 43,5 %. Deuxième étape de la réponse, permettant de préciser cette question, nous leur avons également demandé si, dans l'entreprise de l'échantillon, le temps dont ils disposaient leur paraissait suffisant : « *En pratique, le temps dont vous disposez pour effectuer votre activité en milieu de travail est-il ? Dans l'entreprise(s) concernée(s) ?* ».

**Tableau N°20 : S'agissant des entreprises de l'échantillon, le temps dont ils disposent pour effectuer leur activité en milieu de travail est :**

Temps mis à disposition	Nb. cit.	Fréq.	
Très suffisant	7	7,6%	60.9 %
Plutôt suffisant	49	53,3%	
Plutôt pas suffisant	26	28,3%	39.2 %
Pas du tout suffisant	10	10,9%	
TOTAL observations	92	100%	

Si globalement les médecins du travail n'étaient pas satisfaits du temps dont ils disposent pour leur activité en milieu de travail, à l'inverse, lorsqu'ils se prononcent pour les entreprises de notre échantillon, ils sont plutôt satisfaits à 60,9% alors que seulement 39,2 % se déclarent insatisfaits.

Ces éléments nous dépeignent une population de médecins du travail dénonçant une situation d'exercice ne leur permettant pas de mener à bien leur activité. Toutefois, par rapport à nos entreprises il semblerait que ces médecins du travail jugent les conditions, qui leur sont faites en termes de temps pour l'exercice de leur mission, correctes. Nous pouvons estimer que les avis qui seront présentés ultérieurement ne résultent pas d'une situation dégradée des médecins du travail mais au contraire d'une situation où la relation avec les entreprises s'inscrit dans la durée nous permettant d'avoir des avis fondés sur une pratique. Nous pouvons penser que les médecins du travail probablement les plus irrités ou mécontents sont ceux qui ont à leur charge trop de salariés ou d'entreprises. Autrement dit, est-ce que les réponses sont liées au nombre d'entreprise dont ils ont la responsabilité ?

Lorsque nous avons effectué les croisements nécessaires pour répondre à cette question, il apparaît que parmi les médecins du travail, ceux qui sont en charge de « 240 entreprises et plus » sont plus nombreux à être insatisfaits. A l'inverse, ceux qui suivent un nombre bien inférieur d'entreprises (moins de 120) sont plus satisfaits. Cependant, il faut relativiser ces résultats car les médecins mécontents figurent juste derrière, à quelques points.

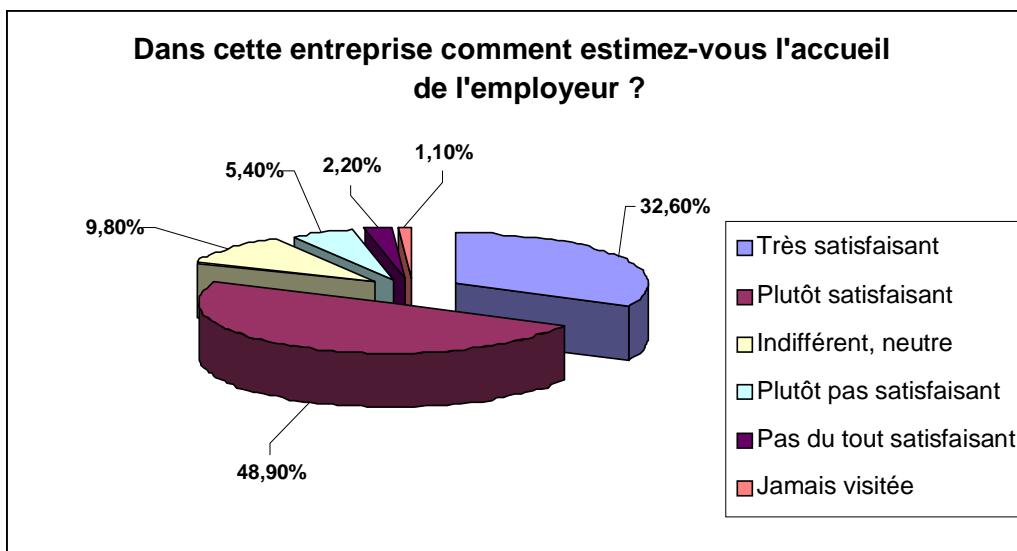
## **1.2) LES MEDECINS DU TRAVAIL TELS QU'ILS S'ESTIMENT PERCUS : UNE INTERVENTION APPRECIEE MAIS DES AVIS DEDAIGNES**

### **A) UNE PRATIQUE AUTONOME ET POSITIVE DE LEUR FONCTION**

Les médecins du travail enquêtés pouvaient également s'exprimer sur l'accueil que l'employeur ou les salariés pouvaient réservé à leur activité. Outre le fait de mesurer la perception de leur métier, ce type de question nous permettait également de pouvoir la corrélérer au type de management de l'entreprise. En regardant les réponses fournies par les médecins du travail, il semblerait que la perception de leur activité n'est pas mauvaise notamment concernant les entreprises de notre échantillon. Le graphique ci-dessous représente les réponses des médecins du travail à la question : « *Dans cette entreprise comment qualifiez-vous l'accueil de l'employeur ou de son représentant à votre égard ?* »

Il ressort que la plupart de médecins du travail sont satisfaits de la manière dont les employeurs les reçoivent pour effectuer leur travail.

**Graphique n°4**



Les médecins du travail sont 48,9 % à considérer que l'employeur leur réserve un accueil satisfaisant et 32,6 % déclarent avoir une réception très satisfaisante. Ainsi il apparaît que par rapport à notre échantillon de base, le classement de nos entreprises dans l'une ou l'autre rubrique (patriarcale ou participative) n'a pas d'influence significative sur le jugement des médecins du travail ou en tout cas sur la perception que ces derniers peuvent avoir de la manière dont l'entreprise les laisse travailler<sup>334</sup>. Les médecins du travail ne semblent pas différencier les entreprises à partir des critères que nous avons fixés au départ et comme nous le disions précédemment, les médecins ayant participé à l'enquête n'étaient pas avertis de notre classement.

Cependant lorsque nous effectuons le croisement avec notre variable principale, il résulte le tableau ci-après.

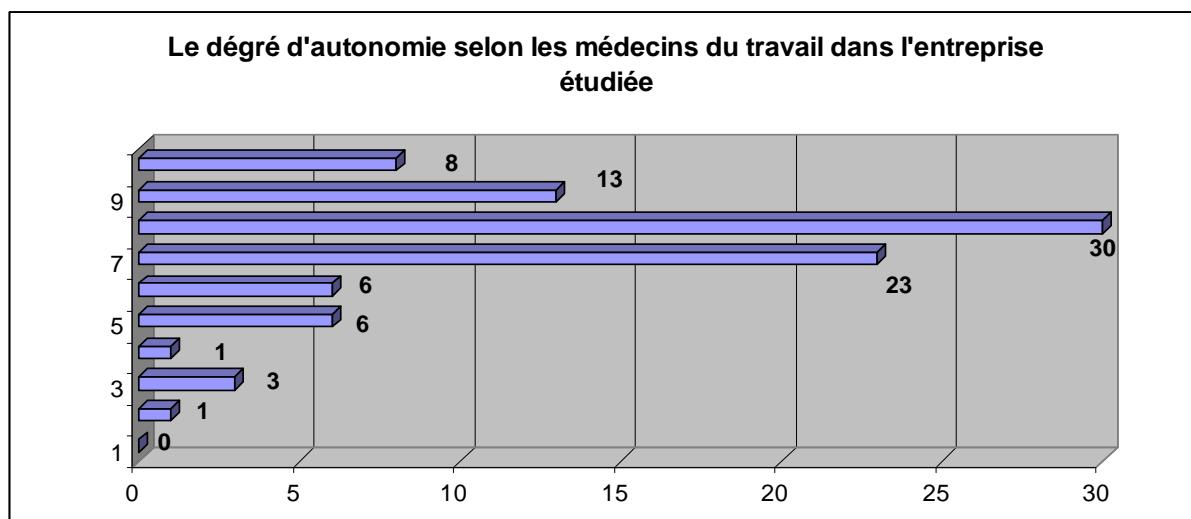
**Tableau N°21: « Dans cette entreprise comment qualifiez-vous l'accueil de l'employeur ou de son représentant à votre égard ? Selon le type d'entreprise ».**

Accueil employeur / Type d'entreprise	Patriarcale (autoritaire)	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue social)	Managériale (dialogue social)
Très satisfaisant	28,0% (14)	76 %	38,1% (16)	88,1 %
Plutôt satisfaisant	48,0% (24)		50,0% (21)	
Indifférent, neutre	10,0% (5)		9,5 % (4)	
Plutôt pas satisfaisant	8,0% (4)		2,4% (1)	
Pas du tout satisfaisant	4,0% (2)	14 %	0,0% (0)	2,4 %
Jamais visitée	2,0% (1)		0,0% (0)	
TOTAL	100% (50)		100% (42)	

<sup>334</sup> La dépendance n'est pas significative. chi2 = 3,73, ddl = 4, 1-p = 55,59%.

Il apparaît une différence en termes de pourcentage importante si l'on regroupe les items « très » et « plutôt satisfaisant » : 12 points d'écart. Cette information est significative ; elle nous conforte dans l'idée que notre échantillon dit « Janus » présente bien une distinction entre ses deux faces alors même que tout a été fait pour qu'elles soient similaires hormis la gestion des ressources humaines.

Néanmoins, dans leur pratique quotidienne les médecins ne semblent pas considérer que leur action soit mise en cause en termes d'intervention. La différence entre les deux groupes s'estompe dès lors qu'on leur demande s'ils estiment bénéficier de toute l'autonomie nécessaire dans l'exercice de leur métier. Ainsi, leur avons-nous demandé d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 le degré d'autonomie dont ils disposent au sein de l'entreprise étudiée. Il résulte des réponses que, seulement, une faible partie d'entre eux (moins de 10 %) considère insatisfaisant ce degré d'autonomie (c'est-à-dire moins de 5 sur l'échelle de 10). Et parmi ces mécontents, quatre points d'écart à peine séparent les deux groupes, les plus insatisfaits relevant, ici encore, du groupe des entreprises autoritaires. Pour les autres médecins du travail, ils déclarent avoir un degré d'autonomie dans l'entreprise étudiée se situant en haut de l'échelle à partir de 7 comme le représente le **graphique n°5**, ci-dessous.



Une première conclusion qui ressort de notre profil des médecins du travail nous invite à retenir quelques éléments. Il s'agit de spécialistes exerçant le métier depuis plusieurs années dans le secteur étudié. Cet élément est important pour notre travail car nous craignons tomber sur des professionnels avec un fort taux de rotation ou ayant une expérience courte des entreprises concernées. Bien au contraire, nous avons affaire à des médecins du travail qui possèdent une mémoire informelle assez considérable de l'histoire de ces entreprises. Pour les entreprises faisant l'objet de notre enquête, ils ne semblent pas porter un jugement négatif sur la manière dont l'employeur les accueille, pas plus qu'ils ne considèrent remis en cause le degré d'autonomie dont ils jouissent. Nous avons affaire à une population de médecins du travail nous permettant de penser que les informations fournies ne vont pas être influencées par une perception mauvaise de leur activité.

## **B) MAIS AVEC UN POINT NOIR : LES AVIS NE SONT PAS SUIVIS**

Est-ce que l'activité des médecins du travail peut se mesurer uniquement à partir du degré d'autonomie et de la perception qu'ils peuvent avoir de l'accueil que les entreprises leur réservent ? La réponse, naturellement, est négative. En réalité, l'activité des médecins du travail postule des conditions d'exercice qui vont plus loin que la simple autonomie, au sujet notamment des actions qu'ils sont appelés à mener à l'intérieur de l'entreprise. S'ils effectuent le suivi des salariés d'une entreprise, ils sont également conduits à réaliser ces visites en milieu de travail pour acquérir une idée plus claire des conditions de travail, de la nature et de la réalité de l'activité.

Durant ces visites, les médecins du travail peuvent émettre un certain nombre d'avis sur les conditions de travail des salariés. Ces avis peuvent concerner différents aspects des conditions de travail tels que les horaires, les postes de travail, les cadences, les matières premières dont les produits chimiques, les matériels, les dispositifs de protection, etc. Pour chaque intervention, le médecin attend au minimum une réaction de la part des employeurs ou des directions des entreprises. Cependant, il arrive que ces avis ne soient pas pris en compte voire complètement ignorés. C'est le point noir de leurs témoignages sur la perception du métier. Cerner les situations face auxquelles les médecins du travail ressentent de l'impuissance et de la frustration a été obtenu à partir des réponses formulées à la question suivante : « *Dans votre vie professionnelle, quelles sont, du point de vue de votre fonction, les situations face auxquelles vous éprouvez de l'impuissance et de la colère ?* ».

Pratiquement tous les médecins du travail ont répondu à cette question, attestant ainsi de sa pertinence comme de la réalité du malaise. Il est, à cet égard, intéressant de constater à travers leurs propos que certaines remarques soulignent l'attitude de l'employeur face aux salariés ou le mode de gestion de la main-d'œuvre. En effet, nous nous attendions à trouver des observations critiques plus en rapport avec les fonctions directes du rôle du médecin du travail, par exemple : l'aménagement du poste de travail et l'inaptitude. Ces remarques ressortent du discours des médecins du travail mais souvent s'accompagnent de quelques précisions concernant le contexte dans lequel leurs actions s'inscrivent. Il apparaît ainsi que « *Employeur qui décide quand il en a envie* » peut faire évoluer considérablement un avis donné par les médecins du travail et souligne par-là l'omniprésence de son rôle face aux questions liées à la santé au travail. Cette attitude se trouve également cristallisée à travers les conduites que les médecins du travail peuvent observer dans les entreprises : « *harcèlement, non reconnaissance du travail des salariés, difficultés d'adaptation du poste de travail* ». La non-reconnaissance des salariés couplée à l'existence d'un harcèlement empêche toute étude d'aménagement du poste de travail. Les médecins du travail jouent ainsi un rôle de détection et de lanceur d'alerte (Chateauraynaud, 1999) au sein de l'entreprise mais ils semblent se heurter aux « *conflits relationnels employeur-employés, à la non reconnaissance par l'employeur de la difficulté des tâches* ». Ce refus d'admettre la difficulté des tâches aboutit à une sous-estimation des plaintes émises par les salariés ; attitude qui, selon les enquêtés, conduit à remettre en cause de manière parfois systématique la parole des ces mêmes salariés. De cette façon, la vision qui se dégage de l'entreprise et notamment des rapports sociaux à l'intérieur de celle-ci nous ébauche une organisation où les positions de chaque acteur sont asymétriques, notamment entre employeur et salarié concernant les questions liées à l'état de santé.

Certains médecins vont jusqu'à dire qu'il existe un « *management par la peur* » reconnaissable à divers critères : « *surcharge de travail, inégalités homme/femme,*

*harcèlement moral, impuissance à résoudre les TMS* », ainsi qu'à des politiques spécifiques de statuts ou d'horaires : « *annualisés, irréguliers, parcellisés dans la journée, travail précaire, temps partiels non choisis* ». Une telle description rappelle le modèle de la firme flexible de J. Atkinson (1984). Dans ces firmes, l'aplatissement des structures hiérarchiques et l'effacement des frontières entre métiers rendent les salariés plus adaptables aux exigences de la production (flexibilité fonctionnelle). Si nous ajoutons la multiplication des statuts d'emplois voire de la sous-traitance (flexibilité numérique), nous obtenons l'impossibilité de constituer des groupes de travail stables. Conjointement, l'individualisation de la rémunération et la variabilité des horaires de travail se traduisent par une flexibilité des salaires. Enfin, l'organisation devant être capable de répondre rapidement aux exigences du marché elle se voit contrainte d'éliminer ou de réduire toute rigidité interne (flexibilité productive ou technique)<sup>335</sup>. Comme le souligne le médecin du travail, le « *management par la peur* », la « *surcharge de travail* », les « *horaires annualisés* », correspondent à ce type de firme qui instaure un mode de relations sociales dont les conséquences sur l'état de santé des salariés sont patentées. Rien, pourtant, ne justifie sur un plan économique ces dérives comme le rappelle un des médecins du travail ayant participé à l'enquête, qui déplore « *ne pas arriver à faire comprendre à l'employeur que la vie de l'entreprise dépend de la santé du personnel* ». Dans certaines circonstances, « *quand les personnes se font mal, et quand il n'y a pas de changement possible* », le travail peut apparaître comme un lieu dans lequel des nouvelles formes d'oppression vont s'exercer sur les salariés. Pour des auteurs tel que Thomas Perilleux, ces nouvelles formes de travail fonctionnent comme de véritables épreuves pour les salariés en touchant directement la réalisation de soi et les collectifs de travail. En effet, selon cet auteur, c'est la cohérence de soi qui se trouve touchée et remise en cause car l'individu transforme son autonomie en « *débrouillardise* » de soi<sup>336</sup>.

Un regroupement de l'ensemble des réponses formulées par les médecins du travail est présenté ci-dessous :

**Tableau N°22 : L'impuissance des médecins du travail**

Impuissance face	Nb. cit.	Fréq.
Souffrance, absence de reconnaissance et harcèlement	22	13,8%
L'employeur ne tient pas compte des conseils du médecin du travail	40	25,0%
Législation abondante pas respectée	4	2,5%
L'organisation du travail freine	8	5,0%
Maintien dans l'emploi et aménagement du poste	22	13,8%
Prévention des cancérogènes	2	1,3%
L'employeur conteste ou met en doute la situation du salarié	17	10,6%
TMS	4	2,5%
Le médecin du travail a un rôle trop limité ou pas assez de soutien	31	19,4%
Non réponse	10	6,3%
<b>TOTAL citations</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Nous pouvons constater plusieurs choses à partir du regroupement des réponses données par les médecins du travail. La première concerne la confirmation de l'existence d'une souffrance et d'un manque de reconnaissance voir du harcèlement au sein des entreprises. Les médecins

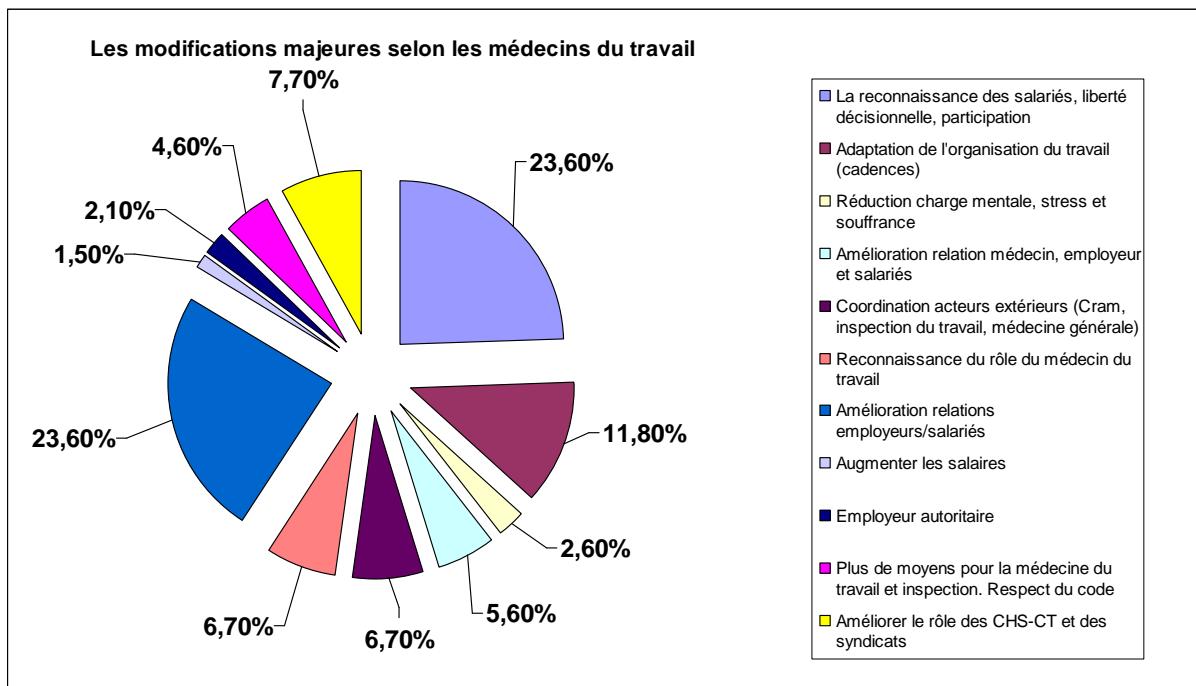
<sup>335</sup> Atkinson J., “Manpower strategies for flexible organisation”, *Personnel management*, august, 1985, pp.28-31.

<sup>336</sup> *Op. cit*, 2001.

du travail avouent une certaine impuissance face à ces phénomènes qu'ils peuvent cerner mais pour la résolution desquels ils n'ont pas de prise. Cette remarque nous paraît d'autant plus significative que les citations des médecins du travail sont à 25 % orientées vers la non prise en compte des avis du médecin du travail. En effet, bon nombre de médecins du travail ont souligné leur irritation face à l'inaction de certains employeurs malgré des avis sur la situation des salariés. Ces médecins du travail considèrent aussi que le rôle qui leur est dévolu est trop limité ou qu'il n'est pas assez soutenu dans sa pratique quotidienne 19,4 %<sup>337</sup>. Ce rôle considéré comme trop limité est d'autant plus souligné que les médecins du travail attirent l'attention sur la situation de remise en cause systématique à laquelle se livrent certains employeurs pour contester le point de vue des salariés (10, 6 %)<sup>338</sup>.

Pour compléter cette première question, nous avons demandé aux médecins du travail de nous indiquer également quelles seraient les améliorations majeures qu'il faudrait apporter pour modifier les situations rencontrées au cours de l'exercice professionnel.

#### **Le graphique n°6, ci-dessous, représente les réponses ouvertes regroupées.**



Deux réponses majeures ressortent à égalité dans la liste de citations faites par les médecins du travail et, fait significatif, toutes deux apportent un éclairage prometteur tendant à justifier

<sup>337</sup> Par ailleurs, une question délicate reste à évoquer, celle de la prise de contact des médecins généralistes avec le médecin du travail pour un patient qu'ils ont perçu en souffrance au travail. Très peu de généralistes s'aventurent dans cette démarche. C. Lauveay-Bouilllet a montré que 17 % seulement des généralistes contacte toujours le médecin du travail concerné, 51 % de temps en temps et 32 % jamais, 2005, *op. cit.*, p.91.

<sup>338</sup> Un croisement de ces réponses regroupées avec la variable type d'entreprise (autoritaire ou participative) ne fait pas ressortir des différences notoires avec le test de chi2. En revanche, après redressement de l'échantillon et l'usage d'un test Manova, il semblerait qu'il y ait une différence significative entre les types d'entreprise. Ce sont notamment les items sur « L'employeur conteste ou met en doute la situation du salarié » et « Souffrance, absence de reconnaissance et harcèlement » qui seraient les plus affectés. Il reste que le test au stade où nous nous trouvons, ne nous permet pas de dire dans quel sens cela a un effet.

la problématique de cette enquête. D'une part, les améliorations relatives à « *la reconnaissance des salariés, la liberté décisionnelle, la participation* » et d'autre part, une « *amélioration des relations employeurs/salariés* » avec 23, 6 % respectivement. Pour la première modalité, les médecins du travail semblent souligner l'intérêt qu'il y aurait à développer la participation notamment aux décisions de l'entreprise : « *Lieux de parole pour les salariés, moins de dépersonnalisation, Ecoute et réponse entre employeur et employé* » ou « *Faire participer plus les salariés aux décisions de l'entreprise* » nous déclarent les médecins du travail. Cette participation faciliterait une certaine reconnaissance des salariés permettant par là une modification des relations sociales. Il est intéressant de constater là aussi que, comme pour les médecins généralistes, les médecins du travail attirent l'attention sur certains éléments du modèle tripartite de Karasek (sans l'évoquer) dans lequel nous retrouvons la reconnaissance sociale et l'autonomie décisionnelle comme éléments consubstantiels du bien-être au travail. Ainsi, l'une des voies de progrès de ce bien-être est la transformation de ces paramètres dont on sait qu'ils impliquent aussi bien le statut de l'individu que ses relations interindividuelles propres à l'exercice de son métier.

Avec 11, 8 % de citations, les médecins du travail considèrent que les modifications à apporter à l'organisation du travail, en termes, notamment, de réduction des cadences, est un élément central dans la progression de la santé au travail : « *baisse des cadences et moins de pression par rapport à la productivité* », « *changer les cadences* ».

L'autre élément que les médecins du travail soulignent concerne davantage leur environnement institutionnel, notamment les partenariats à renforcer avec les diverses organismes de santé publique. Aucune action solide d'amélioration des conditions de travail ne peut être envisagée, à leurs yeux, sans qu'il y ait une réelle coopération et une intervention cohérente entre les services et professionnels de la prévention (6,7%). Cette affirmation va de pair avec les déclarations de certains médecins concernant une reconnaissance mieux affirmée du rôle du médecin du travail tant du côté des salariés et employeurs que du côté des partenaires traditionnels tels que les inspecteurs du travail (6,7%). Dans un ordre d'idées voisin et dans des proportions similaires, ils estiment utile d'améliorer le rôle des CHS-CT et des syndicats (7,7 %), avis qui rejoint par certains aspects et vient renforcer les deux préoccupations majeures, relatives à l'accroissement de participation et à l'amélioration des relations employeurs/employés.

### ***1.3) LE CAS DES DOMAINES DIFFICILES A CORRIGER : L'ORGANISATIONNEL ET L'ERGONOMIQUE***

Pour approfondir ces premiers éléments de réponses, nous avons aussi souhaité savoir quels étaient les domaines dans lesquels les médecins du travail avaient les plus grandes difficultés à corriger les facteurs pathogènes : le domaine ergonomique et l'environnement matériel, d'une part ; le domaine relationnel et organisationnel, d'autre part.

Premier constat, le niveau de difficulté selon les champs s'annonce très disparate. C'est dans un rapport de un à quatre que s'établit la répartition (80% contre 20%) pour désigner le domaine organisationnel et relationnel comme étant celui qui oppose le plus haut degré de résistance aux réformes souhaitables. A contrario, un tel constat laisse entendre que c'est dans cette direction que la marge de progression pour des réformes serait la plus importante. Deuxième constat, il s'avère qu'autour de cet avis général, l'écart d'appréciation est de 6

points entre les médecins des deux échantillons, leurs confrères en charge des entreprises autoritaires étant logiquement plus nombreux à considérer plus difficile l'obtention de correctifs dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

S'agissant du domaine ergonomique, la question de l'adaptation des postes de travail s'est imposée à nous de manière quasi naturelle pour différentes raisons. Tout d'abord la question de l'adaptation des postes est intimement liée à la question de l'inaptitude. Or, celle-ci a fait l'objet des plus vives controverses ces dernières années notamment autour de la question de l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 9 octobre 2002. Le dit arrêt contraint le médecin du travail à effectuer des certificats d'aptitude comportant une dimension sélective forte à l'opposé de l'éthique médicale. En effet, un décret du gouvernement du 1er février 2001 prévoyait que les médecins du travail devaient se prononcer sur l'exposition d'un travailleur aux agents mutagènes, cancérogènes et toxiques « *que si le médecin du travail atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux* ». Un tel argument a provoqué, à l'époque, une levée de boucliers de la plupart des organisations professionnelles réunissant les médecins du travail. Au-delà de la controverse qu'a suscité un tel arrêt en instaurant de fait une sélection qui, malgré les enseignements tirés de la tragédie de l'amiante, met les médecins du travail dans une position très délicate, on perçoit combien la question de l'inaptitude marque les frontières de l'activité des médecins du travail.

En effet, derrière des décisions aussi banales que les restrictions d'aptitudes se cachent les controverses autour des postes de travail et la connaissance que les médecins du travail peuvent avoir de ceux-ci. Le feu vert donné pour occuper un poste suppose de la part du médecin une connaissance précise du poste (espace, outils, dimensions, situations ergonomiques, etc.). Or, dans les avis d'aptitude, le médecin peut se voir opposer une autre vision de la réalité. Comme le souligne Nicolas Dodier « *comment peut-on dire que S est apte à Y, si l'on dit en même temps qu'il ne peut pas faire Y ? Le médecin du travail a inscrit par exemple sur la fiche d'un agent technique chaudronnier : inapte définitif pour charges lourdes de plus de 20 kilos, et éviter les efforts dorsolumbaires. Il reçoit un coup de téléphone du chef de service, lui disant que ce n'est pas possible de considérer comme chaudronnier quelqu'un qui a toutes ces restrictions, il faut lui trouver un poste au bureau !* »<sup>339</sup>. Les discordes qui peuvent émerger autour de la question de l'aptitude au poste révèlent le niveau d'expérience et de bagage technique dont les médecins doivent faire preuve pour répondre aux exigences du terrain. C'est la raison pour laquelle probablement, les résultats à la question concernant les changements à apporter dans le domaine ergonomique n'ont pas provoqué une distinction forte entre les deux échantillons. La physionomie des réponses y est quasi similaire. Vraisemblablement, les médecins y rencontrent les mêmes types de difficultés ou de résistances à corriger certains aspects techniques ou ergonomiques. Seule toutefois, l'attention portée au respect des salariés se distingue, au profit des entreprises « participatives », des contraintes purement techniques liées au processus de production à travers la question portant sur la salubrité et l'hygiène des locaux. Mais l'écart de huit points qu'on y observe est vite compensé si l'on agrège cette question avec celle relative à l'ambiance physique ou chimique des ateliers. On peut donc conclure à une absence de différence.

---

<sup>339</sup> Nicolas Dodier, 1993, *Op. Cit.* p. 216.

**Tableau N°23 : Dans le domaine ergonomique et technique, quels sont parmi les 6 secteurs suivants ceux où des changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ?**

Les résistances/Type d'entreprise	Autoritaire, gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Aménagement du poste de travail	52,0 % (26)	52,4 % (22)	52,2 % (48)
Adaptation des outils et machines	60,0 % (30)	57,1 % (24)	58,7 % (54)
Ambiance physique ou chimique	28,0 % (14)	38,1 % (16)	32,6 % (30)
Salubrité des locaux, hygiène	8,0 % (4)	0,0 % (0)	4,3 % (4)
Eclairage, bruits, poussières	22,0 % (11)	21,4 % (9)	21,7 % (20)
Postures, vibrations, déplacements	42,0 % (21)	40,5 % (17)	41,3 % (38)
Autres	14,0 % (7)	19,0 % (8)	16,3 % (15)
NSP	6,0 % (3)	0,0 % (0)	3,3 % (3)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (116)</b>	<b>100 % (96)</b>	<b>100% (212)</b>

Il n'en va pas de même pour le domaine englobant les ressources humaines et l'aménagement organisationnel. En effet, on l'a vu en tête de chapitre, il ressort que ce sont ces deux secteurs qui, aux yeux des médecins du travail, constituent le domaine où les changements nécessaires se heurteraient aux obstacles les plus forts. Est-ce par lucidité objective ou par nécessité relative ? A moins que ce ne soit une question d'absence, en l'état actuel, d'autorité légitime ? Tout se passe comme si les médecins du travail rencontraient moins de problèmes dans le domaine ergonomique et technique car ceux-ci englobent des réalités où leur jugement peut, de leur point de vue, plus facilement s'imposer à condition d'avoir une bonne connaissance de la réalité du travail. Alors que dans le domaine organisationnel et relationnel les principaux éléments leur échappent. Les horaires, la division des tâches, le choix du process, les coordinations entre les groupes, le choix des matières premières, voire les interactions entre les membres d'un même groupe, les politiques de main d'œuvre, etc. constituent autant de domaines où le médecin du travail n'intervient que tard voire pas du tout. Et que dire des facteurs psychologiques liés au statut même de salarié dont on sait qu'il est un statut de subordination en rien assimilable à celui de travailleur associé ? La conséquence étant l'exclusion de l'individu de toute insertion dans la finalité de l'entreprise à laquelle il contribue par son travail, le privant même – ce qui est paradoxal d'un point de vue économique - d'une reconnaissance de sa parole et de son expérience sur l'optimisation de son propre travail. De cette subordination plus politique que technique qui renvoie à la question centrale de l'aliénation, qu'elle soit matérielle ou morale, les médecins généralistes rencontrent les séquelles psychologiques et leurs traductions somatiques. Mais que peuvent-ils contre en tant que professionnels ? A fortiori lorsqu'il s'agit d'un médecin du travail dont l'expérience du terrain a accru la lucidité sur ces mécanismes et leurs enjeux. Nous l'avons évoqué plus haut, il s'agit d'une réalité dont tout médecin du travail est conscient des incidences sur l'état de santé des salariés mais sur lesquels ils ressentent une certaine impuissance. Ces domaines apparaissent comme « naturellement » réservés aux employeurs ou aux grandes directions des entreprises. Or, justement les travaux effectués en sociologie, sciences de gestion et psychologie sociale tendent à montrer que le domaine organisationnel et relationnel peut déterminer ou orienter nombre des facteurs des conditions de travail.

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble de réponses obtenues à la question posée autour du domaine organisationnel et relationnel.

**Tableau N°24 : Dans le domaine organisationnel et relationnel, quels sont parmi les 6 secteurs suivants des ressources humaines ceux où les changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ?**

RH résistances / Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Aménagement des horaires	60,0 % (30)	50,0 % (21)	55,4 % (51)
Organisation du travail	62,0 % (31)	61,9 % (26)	62,0 % (57)
Liberté décisionnelle	54,0 % (27)	61,9 % (26)	57,6 % (53)
Relations interpersonnelles	30,0 % (15)	31,0 % (13)	30,4 % (28)
Isolation social ou physique	6,0 % (3)	4,8 % (2)	5,4 % (5)
Reconnaissance des mérites	50,0 % (25)	40,5 % (17)	45,7 % (42)
Autres	4,0 % (2)	7,1 % (3)	5,4 % (5)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (133)</b>	<b>100% (108)</b>	<b>100 % (241)</b>

Contrairement à ce que nous espérions, le classement des entreprises n'a pas fortement différencié les médecins du travail à l'exception de certaines rubriques que nous allons commenter. Premier constat la rubrique « aménagement des horaires de travail ». Celle-ci montre une différence notable entre les médecins du travail des entreprises patriarcales et participatives. Ce résultat peut s'expliquer par la surreprésentation des entreprises du secteur agroalimentaire du côté patriarcale (11) par rapport aux entreprises du même secteur du côté participative (6). Ce secteur se caractérise par une organisation du travail de type taylorien (parcellisation des tâches, cadences, horaires en 3×8, etc.). Par ailleurs, ce résultat concorde avec les remarques effectuées par les médecins du travail sur la non prise en compte par les employeurs ou directions des incidences des horaires sur l'état de santé des salariés que nous avons souligné plus haut.

L'autre rubrique qui mérite d'être soulignée est la « reconnaissance des mérites ». Celle-ci représente 45,7 % des citations des médecins du travail concernant les résistances à des corrections. Les médecins du travail semblent souligner de manière plus forte ici l'importance d'identifier et d'admettre l'engagement des salariés. Certes un tel item peut se prêter à interprétation. Parle-t-on des mérites liés aux salaires ? Parle-t-on de reconnaissance promotionnelle ? Mais il nous paraît crucial, ici, de souligner que quelle que soit la piste retenue, nous sommes en présence d'un constat que cristallise le dysfonctionnement du système de récompense et gratification propre à n'importe quelle organisation. En effet, toute organisation se dote d'un système lui permettant de récompenser l'implication de ses membres. Celui-ci peut être extrêmement formalisé sous forme de primes, bons, intérêssement, etc., comme il peut prendre des formes plus en rapport avec les fonctions des salariés (on va permettre à un salarié de modifier sa fonction ou de l'enrichir sans toucher au salaire). Il peut également donner lieu à des reconnaissances d'ordre symbolique telles qu'une évocation, par le responsable du service, des bons résultats d'un salarié devant toute l'équipe. De cette manière ce système de récompense et gratification recherche une meilleure adhésion des salariés aux objectifs de l'organisation. Si nous reisons cette rubrique avec les informations obtenues dans les autres questions, nous pouvons penser que les médecins du travail veulent attirer l'attention sur la défaillance de ce système dans les organisations

notamment patriarcales. Les salariés s'impliquent dans le travail mais ne trouvent aucune gratification, récompense voire reconnaissance de leur implication<sup>340</sup>.

Enfin la « liberté décisionnelle » apparaît très certainement la plus intéressante à commenter dans cette partie de notre rapport. Alors que nous avons un nombre de citations presque identiques (27 patriarcales et 26 participatives) et après redressement de l'échantillon, nous obtenons un résultat significatif toujours légèrement supérieur pour les entreprises « participatives ». Pourquoi la liberté décisionnelle est-elle signalée comme un élément où les résistances sont les plus importantes ? En toute logique nous aurions pu attendre que dans les entreprises plutôt patriarcales nous soyons face à une situation de signalement fort de la part des médecins du travail sur l'autonomie des salariés. Mais l'autonomie n'est pas une variable simple comme nous le soulignons en introduction. Se voir attribuer une trop grande prise de responsabilité peut ne pas être bénéfique et à l'inverse une absence totale peut provoquer une baisse d'intérêt pour le travail. La liberté décisionnelle est une dimension qui est employée dans les entreprises actuelles comme variable d'ajustement voire de domination (Courpasson, 2000). Par ailleurs, un tel item interroge notre rapport au cœur de sa dynamique puisque la participation peut laisser supposer que les salariés auraient une liberté décisionnelle plus en harmonie avec les ressources dont ils disposent et la reconnaissance dont ils font l'objet. Or, si nous nous fions à ce premier résultat, il semblerait que les médecins du travail ont une autre perception et reprochent à certaines entreprises de freiner ou perturber, dans le domaine de la liberté décisionnelle, les salariés. Autrement dit, pour la poursuite de notre travail d'enquête, il convient d'être très attentif à la signification que revêt cette rubrique et spécialement s'interroger sur les variables qui peuvent être derrière cet item.

En effet, la liberté décisionnelle émane du modèle de Karasek et Theorell qui est un modèle plutôt d'inspiration interactionniste dans la mesure où il met en rapport les ressources de l'individu et le contexte de l'interaction. Pour cette dernière, ils retiennent les aspects les plus structurels de l'interaction tels que le contrôle et l'accomplissement de soi (Cf. soutien social ou reconnaissance). Si le modèle est fort pertinent et s'il a été employé dans plusieurs études montrant par là sa capacité heuristique, il rend néanmoins mal compte de l'adaptation dont les salariés peuvent être capables<sup>341</sup>. Ainsi le degré de participation est une variable qui ne suppose pas forcément une latitude décisionnelle importante.

---

<sup>340</sup> Toutefois, le système de gratification peut avoir aussi des effets pervers dans le domaine des conditions de travail. Ainsi par exemple un système de primes comme l'instauration d'une prime pour baisse d'accident du travail peut aboutir au contraire à une sous-déclaration. En effet, les salariés, pour éviter de perdre la prime, préfèrent ne pas déclarer que perdre la prime en fin d'année. Voir Tom Dwyer, 1991, *Op. Cit.* Et voir la revue *Santé et travail* N° spécial « Déclarer tous les accidents du travail » n°15 mai/juin, 1996. Dans ce numéro, plusieurs affaires et exemples sont décrits sur les effets pervers d'un système de gratification de baisse des accidents du travail.

<sup>341</sup> Le modèle possède quelques limites notamment concernant l'aspect plus dynamique des relations sociales. En effet, l'organisation est décrite comme un élément figé et peu évolutif. C'est la raison pour laquelle, le modèle est très intéressant pour des organisations du travail rigides mais il a du mal à rendre compte des phénomènes dans un contexte en mouvement. Par ailleurs, certains chercheurs ont montré que l'on pouvait observer des situations dans lesquelles, les acteurs sociaux sont soumis à des fortes contraintes (demandes) avec peu de latitude décisionnelle, cadence forte et pourtant un niveau de stress bas voire inexistant. Cf. Bourgeois E. et Verellen C. « Le stress chez les cambistes : de l'identification des facteurs d'influence à l'ébauche d'un modèle prédictif et préventif du stress au travail », *Psychologie du Travail et des Organisations*, 2, 1-2, 1996, p.149-162. Enfin le modèle de Karasek et Theorell englobe deux notions différentes dans sa construction : celle du contrôle et celle de l'accomplissement de soi. Le contrôle d'une activité ne va pas obligatoirement avec l'accomplissement de soi. On peut se sentir totalement accompli sans qu'il y ait un total contrôle du processus décisionnel par exemple.

La dimension que nous souhaitions mesurer ici se réfère davantage à l'implication politique des salariés dans la marche de l'entreprise.

## **II. - UN CONSTAT GENERAL : L'INTENSIFICATION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL**

La question de l'intensification du travail traverse d'une certaine manière les réponses des médecins du travail. Pour situer les propos des médecins du travail et les réponses aux questions récoltées à travers notre questionnaire, nous allons dans un premier temps, exposer les connaissances acquises à travers la littérature essentiellement francophone sur le sujet pour introduire plus facilement les résultats de notre enquête sur ce sujet.

### ***2.1) QUELLE CONNAISSANCE DES INCIDENCES DES NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION DU TRAVAIL ?***

Pour le cas français, nous disposons pour l'essentiel des travaux effectués par la DARES mais également quelques études internationales sur la même question. Nous présenterons d'abord les travaux de la DARES qui sont les plus nombreux. Il s'agit, à chaque fois, d'études réalisées pour tenter de comprendre la réalité des nouvelles formes d'organisation du travail.

Ces travaux ont pour caractéristique de prendre la démarche qualité comme un indicateur parmi d'autres. L'idée à retenir ici est qu'il ne suffit pas d'introduire la démarche qualité si cette dernière n'a pas été accompagnée d'une réelle modification de l'organisation du travail. Autrement dit, l'introduction de la démarche qualité en soi n'a pas d'incidence si elle n'a pas donné lieu à des transformations dans la division du travail. Pour rendre compte de ces différentes recherches, nous allons procéder de la manière suivante : nous exposerons les résultats des études qui montrent le parallèle que l'on peut faire entre l'activité économique, le turn-over et les conditions de travail. Ce premier groupe d'études montre que la croissance de l'activité économique a des réelles incidences en termes de gestion de la main d'œuvre et des accidents du travail. Le deuxième groupe d'études va se concentrer plutôt sur les formes d'organisation du travail productrices d'accidents du travail et, plus spécifiquement, comment une organisation du travail, mettant en place une politique fondée sur l'initiative, peut aboutir à des effets contraires. Cela nous permettra de mieux cerner les conditions de travail des métiers en contact avec le public. Enfin, nous aborderons quelques réflexions sur les difficultés à évaluer les conditions de travail à travers l'analyse des formes d'organisation du travail.

## A) CONTEXTE ECONOMIQUE ET CONDITIONS DE TRAVAIL : UNE RELATION ÉTABLIE

Si la DARES a pu montrer depuis plusieurs années le lien qui existe entre contexte économique et recrudescence des accidents du travail dans un autre secteur, la médecine du travail constate également que l'introduction des nouvelles normes d'organisation du travail peut se traduire par une augmentation des accidents du travail<sup>342</sup>. En effet, le lien entre augmentation de l'activité économique et accroissement des accidents a été pressenti depuis plusieurs années mais ce n'est que récemment qu'il a été formellement établi par des analyses plus fines et multifactorielles.

Ainsi Denis Duclos, en 1984, dans son ouvrage *La santé et le travail*<sup>343</sup>, en commentant les données sur les accidents du travail, fait part de questions que l'on peut se poser sur la baisse des accidents du travail lorsque l'on observe l'évolution depuis les années 1950. La baisse des accidents peut être certes attribuée à l'amélioration technique du poste de travail (prévention intégrée) mais également à l'évolution des connaissances scientifiques, aux politiques de prévention, etc. Parmi, ces différents facteurs, la baisse des accidents s'explique également par la réduction de l'activité économique que la France va connaître à partir des années 1970. Solins montre, à propos des fluctuations du nombre des accidents du travail entre 1950 et 1970, « *qu'il y avait similitude presque parfaite entre les taux de croissance des accidents du travail et les taux de croissance de la production industrielle et qu'il n'y avait pas de similitude entre la croissance du nombre de salariés et la croissance du nombre des accidents du travail* »<sup>344</sup>. En effet, lorsque la conjoncture est bonne, économiquement parlant, cela augmente les activités de sous-traitance, l'embauche d'intérimaires et la réorganisation du travail avec une rotation accrue du personnel. Or, précisément les entreprises procèdent pour l'essentiel à l'embauche sous formes des contrats à durée déterminée pour faire face à la demande. Les salariés occupant ce type de contrat connaissent un risque deux fois plus important qu'un salarié en CDI. Selon Marie-France Cristofari, « *les salariés à contrat temporaire (22 % des accidentés, 1992) sont trois fois plus accidentés que les salariés sous contrat à durée déterminée* »<sup>345</sup>. Cette idée d'une plus forte accidentalité des travailleurs intérimaires a été démontrée dans le cas français avec les travaux de M. François et D. Liévin depuis 1986<sup>346</sup>. Ces auteurs constatent une forte inadéquation entre la qualification des travailleurs et les postes occupés lors de l'accident du travail. Cet écart illustre le niveau de désorganisation que l'on peut observer dans un contexte de croissance économique forte durant lequel, l'enjeu majeur est d'accroître la compétitivité des entreprises. « *On peut supposer, nous dit l'auteur, qu'en effet, l'embauche de ces travailleurs intérimaires permet de limiter l'investissement dans des mesures d'amélioration souhaitables à certains postes. On comprend que dans cette optique, tout ce qui risque d'augmenter le coût de ce type de travail*

<sup>342</sup> Voir l'ouvrage *Souffrances et précarité au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Syros, 1994, 356 p. Consulter également l'ouvrage de l'association de Santé et médecine du travail, 1998, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, Syros, 400 p.

<sup>343</sup> Denis Duclos, *La santé et le travail*, Paris, La découverte, (Coll. « Repères »), 1984, 123 p.

<sup>344</sup> Cité par Philippe Capdevielle, « Évolution des accidents du travail et des maladies professionnelles : un point de vue statistique », In *L'évaluation des risques professionnels*, Strasbourg, PUS, 1995, p. 101. L'article cité est Bernard Solins, « Une exploitation nationale statistiques des accidents du travail », *Revue Économique*, Vol. XXVII, N° 3 mai, 1976, p. 433-482.

<sup>345</sup> Marie-France Cristofari, « Les accidents du travail. Indicateurs de précarisation de la santé au travail », in *Précarisation sociale, travail et santé* ; (Sous la Dir. B. Appay et A. Thébaud-Mony), Paris, Ed. Iresco, 1997, p. 54.

<sup>346</sup> M. Françoise et D. Liévin, « Approche des risques professionnels des travailleurs intérimaires », *ND, INRS*, 1986, pp. 305-317.

(accueil, formation à la sécurité, etc.) soit volontairement limité, ce qui expliquerait les défaillances de la prise en charge des intérimaires mais constituerait une sous-traitance des risques »<sup>347</sup>.

Ces caractéristiques (intérim, CDD, turn-over, etc.) correspondent à un contexte économique précis et à une forme d'organisation du travail davantage flexible. Magda Tomasi montre que pour un cycle de dix ans en France, le turn-over est en phase avec l'activité économique. Autrement dit, lors de la croissance du PIB on observe une diminution des « licenciements économiques et, au début du moins, à plus de recrutement sous CDD, qui peuvent donner lieu ensuite à davantage de fins de CDD »<sup>348</sup>. A l'inverse lors d'une période de ralentissement, les licenciements se multiplient. Mais cette augmentation du turn-over s'accompagne également d'une croissance du nombre des accidents du travail. Ainsi l'accroissement entre 1998 et 1999 du nombre des accidents du travail s'explique en partie par l'amélioration de la situation économique. Plus précisément, le nombre des heures travaillées accroît le risque d'occasion d'accident du travail<sup>349</sup>. En fait d'après les enquêtes du ministère du Travail (enquête Changements organisationnels et informatisation et conditions de travail) durant les phases de croissance se développent l'intensification du travail et les emplois précaires.

Il apparaît ainsi à travers la littérature francophone que, d'un point de vue macro-économique, les corrélations que l'on peut réaliser entre le contexte économique et l'amélioration ou la détérioration des conditions de travail semblent établies. Il reste à voir comment et pourquoi dans tel ou tel contexte économique les conditions de travail se détériorent.

Pour pouvoir expliquer et éclairer ce phénomène, les études se sont orientées vers l'analyse des différentes formes d'organisation du travail en partant de l'idée que la conjoncture économique exige des adaptations au sein des entreprises pour faire face à la concurrence et répondre à la demande. Ces ajustements se traduisent peu ou prou par des modifications de l'organisation du travail. De cette façon, les modes de managements, de coordination, l'autonomie, les normes des groupes de travail, etc., se trouvent affectées.

Par ailleurs, les études internationales montrent également une nette augmentation de l'intensification du travail. C'est notamment le cas des études réalisées en Grande Bretagne depuis la fin des années 1980 et au début des années 2000. Ainsi, F. Green<sup>350</sup> en 2001 faisait une enquête qui confirmait les tendances enregistrées les années précédentes. L'intensification du travail en Grande Bretagne est une réalité. Parmi les indicateurs utilisés par l'auteur, pour évaluer cette intensification du travail, il y a la notion de responsabilisation au niveau individuel et groupal. Ainsi, à partir d'une série de questions sur les sources de cette responsabilisation (les subalternes, les ordres, la dépendance des collègues, etc.), F. Green constate une nette progression entre 1986 et 1997<sup>351</sup>. Ces constats et résultats se retrouvent également dans les études suédoises effectuées durant les années 1990. Cette littérature résulte pour l'essentiel de la psychologie sociale. Outre les travaux de Karazek sur le stress et

<sup>347</sup> M. François, « Le travail temporaire en milieu industriel. Incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs », In *Travail humain*, N° 54, p. 39.

<sup>348</sup> Magda Tomasi, « Depuis 10 ans le turnover est en phase avec l'activité économique », *Premières synthèses*, Dares, N°38, 2003, p.4.

<sup>349</sup> Nous résumons ici les principales conclusions de l'article de Marie Bouvet et Nouara Yahou, « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique », *Premières synthèses*, Dares, N° 31.1, 2001, pp.1-7.

<sup>350</sup> F. Green, « It's been a hard day's night : the concentration and intensification of work in late twentieth century Britain », *British journal of industrial relations*, 1, 2001.

<sup>351</sup> Par exemple, pour *Clients or customers* : en 1986, le chiffre est de 37,2 et en 1997, il passe à 53,9. Pour *Supervisors or bosses* : les chiffres sont respectivement de 26,7 en 1986 et 41,0 en 1997. *Op. Cit.*

l'autonomie, des auteurs suédois tels que Allvin et al.<sup>352</sup> donnent une description proche de l'intensification du travail observée en Grande Bretagne et en France, en décrivant le travail moderne par une croissance de l'autonomie et de l'auto-détermination. Ces formes « modernes » d'activité auraient des conséquences sur la santé des travailleurs, et les recherches suédoises se sont concentrées sur les thématiques autour du stress en fonction de la différence de genre. Toutefois, comme dans le cas de la France, on constate une certaine incertitude dans les résultats obtenus. Ainsi Karlsson et Eriksson<sup>353</sup> effectuent une critique du modèle du travail moderne d'un point de vue empirique en conduisant une recherche comparative entre des entreprises considérées comme flexibles et des entreprises non flexibles. Parmi les résultats qu'ils obtiennent, un développement hétérogène du travail moderne entre les entreprises voire dans certains cas, peu de différences entre les entreprises « flexibles et non flexibles ». A travers ces résultats, nous voyons que les liens entre autonomie, contrôle, intensification du travail ne sont pas simples à établir et à élaborer. En revanche, il ressort de ces recherches internationales, un même constat : l'organisation du travail s'est modifiée dans la décennie 1990.

## **B) ORGANISATION DU TRAVAIL ET ACCIDENTS DU TRAVAIL : QUELLE RELATION PEUT ETRE ETABLIE ?**

Durant les années 1990 en France, on a assisté au développement des innovations organisationnelles. Selon Thomas Coutrot<sup>354</sup> la pression de la concurrence internationale a fait évoluer les méthodes de travail : création des groupes projets, normes ISO, équipes autonomes, groupes d'expression directe, suppression d'un niveau hiérarchique, etc., sont autant d'indices de l'adaptation des entreprises. En se basant sur l'enquête Reponse<sup>355</sup> du ministère du travail, l'auteur évalue et estime la proportion des entreprises ayant adopté des innovations organisationnelles. Ainsi en 1998, 35 % des entreprises ont adopté une production sur commande ou « juste à temps ». Aussi les innovations technologiques s'étendent-elles progressivement dans le secteur des services en suivant l'introduction de la micro-informatique dans les entreprises<sup>356</sup>. Toutefois, cette introduction est très variable en fonction du secteur, bâtiment et travaux publics sont en retard par rapport à l'ensemble et également le secteur de la santé et de l'éducation dans le privé concurrentiel. Lorsque l'on s'intéresse à l'usage professionnel de la micro-informatique, on se rend compte de la place particulière qu'elle occupe dans l'ajustement aux besoins de flexibilités et d'efficacité, voire dans leur émergence. « *L'informatique permet, en effet, de réaliser un compromis entre la logique industrielle et marchande. Elle apporte plus de précision, et surtout de prescriptions, là où il y en avait peu. Elle permet d'introduire plus de souplesse dans des processus formalisés, ceux de l'industrie ou des grandes bureaucraties tertiaires (banques assurances, sécurité sociale, services de l'État). Elle favorise et raccourcit le circuit entre les clients et l'amont* »<sup>357</sup> pour résumer la pensée des auteurs, elle modifie en profondeur l'organisation du travail. Si bien

<sup>352</sup> M. Allvin, G. Aronsson, et Al., 1998, *Gränslöts arbete aller arbets nya gränser. Arbeta och Hälsa*, 1998 :21, Stockholm : Arbetslivsinstitutet.

<sup>353</sup> J. Karlsson and B. Eriksson, *Flexibla arbetsplatser och arbetsvillkor. En empirisk prövning av en retorisk figur*. Arkiv förlag, 2000.

<sup>354</sup> Thomas Coutrot, « Innovations dans le travail : la pression de la concurrence internationale, l'atout des qualifications », Dares, *Premières synthèses*, N°09.2, 2000, pp. 1-11.

<sup>355</sup> Relations Professionnelles et Négociations d'Entreprise en 1998.

<sup>356</sup> Pour davantage des détails sur l'usage de l'informatique voir Michel Cézard et Lydie Vinck, 1998, «En 1998, plus d'un salarié sur deux utilise l'informatique dans son travail », *Premières synthèses*, Dares, N° 53.2, p. 1-9.

<sup>357</sup> Michel Cézard et Lydie Vinck, 1998, *Op. Cit.* p. 6.

que les relations de travail à l'intérieur des groupes évoluent en accroissant le caractère collectif du travail<sup>358</sup>. Nous verrons que parmi les premiers résultats que nous avons obtenus les normes groupales se trouvent visiblement touchées.

Malgré cela, les principales innovations concernent, pour l'essentiel, le secteur industriel. Th. Coutrot s'interroge sur l'impact réel que de telles innovations (normes ISO, groupes de qualité, équipes autonomes, etc.) peuvent avoir sur l'activité productive d'un établissement car l'enquête Réponse ne lui permettait pas d'en mesurer précisément les effets. Quoiqu'il en soit, et au-delà de ces différentes innovations, on assiste dans la plupart de secteurs, selon l'auteur, « à une poussée des pratiques de travail en groupe, qu'il s'agisse de groupe (ou cercles) dédiées à la mise en place et au suivi des procédures de qualité, ou de groupes de projet (ou groupes de travail), plus éphémères. Ces groupes sont plus répandus dans les grands établissements là où les procédures de coordination entre services sont les moins spontanées et nécessitent donc un certain formalisme »<sup>359</sup>. Une première réflexion peut être effectuée à ce stade. Certains établissements hospitaliers peuvent être considérés comme des grandes organisations « nécessitant un grand formalisme ». Nous verrons qu'à la lumière de nos premiers résultats, nous pouvons nous poser la question des effets de ces procédures dans un tel contexte organisationnel. Dans les années 1990, on constate dans les établissements français une mobilisation assez importante pour réorganiser le travail et développer des nouvelles méthodes de travail. La mise en place de ces méthodes passe fondamentalement par la négociation sociale. Néanmoins, la signature d'accords d'entreprise pour remanier les méthodes de travail ne semble pas favoriser le thème des conditions de travail et des classifications note Thomas Coutrot<sup>360</sup>.

Nous avons affaire à une forme particulière d'organisation du travail qui semble s'installer et se développer en France dans les années 1990.

Dans ce contexte, les résultats de l'enquête Conditions de travail 1998 aboutissent à montrer qu'il existe bien en matière d'accident un lien avec certaines formes d'organisation du travail. Ainsi la DARES constate que les accidents du travail sont plus fréquents dans les entreprises où le rythme de production est contraint par des machines et où il y a des délais à respecter. Par ailleurs, caractéristique des nouvelles formes d'organisation du travail, la polyvalence et le fait de respecter des normes de qualité chiffrée augmentent le risque de survenue des accidents du travail. Comme le souligne Sylvie Hamon-Cholet « plus généralement, c'est le cumul de contraintes qui accroît le risque d'accident du travail. Les salariés accidentés déclarent entre deux à trois contraintes contre une ou deux pour les salariés non-accidentés. Passer le seuil de deux contraintes augmente de façon significative le risque d'accident »<sup>361</sup>. De plus, l'autonomie, la polyvalence et la qualité sembleraient accroître le risque de survenance d'accidents<sup>362</sup>.

<sup>358</sup> Ce résultat a été souligné déjà par Michel Gollac, « Le capital est dans le réseau : la coopération dans l'usage de l'informatique », *Travail et emploi*, N° 68, 1996, pp. 3-96.

<sup>359</sup> Thomas Coutrot, *Op. Cit.*, p. 5.

<sup>360</sup> Pour caractériser les établissements innovants Thomas Coutrot emploie un indicateur synthétique qui regroupe 7 variables parmi lesquelles on retrouve : les groupes qualités, les équipes autonomes, groupes de projets, organisation juste à temps, norme ISO, etc. À chaque variable, un seuil 20 % de salariés participant à ces innovations est retenu. Thomas Coutrot, « Innovations et gestion de l'emploi », *Premières synthèses*, Dares, N° 12.1, 2000, pp. 1-9.

<sup>361</sup> Sylvie Hamon-Cholet, « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998 », *Premières synthèses*, Dares, n° 20.1, 2002, p. 7.

<sup>362</sup> L'auteur se réfère aux travaux de Philippe Askenazy et al. où il apparaît que l'usage des normes qualité augmente le risque d'accident de 28,2 % par rapport à une population ne présentant des caractéristiques

Pourquoi les normes de qualité ou la grande autonomie accroît sensiblement le risque d'accident ? D'après les travaux consultés, il semblerait que les normes qualité auraient pour effet d'accentuer l'attention des salariés sur le produit plutôt que sur l'environnement du travail<sup>363</sup>. En effet, le propre des normes de qualité est d'instaurer un système de conformité à des procédures préétablies que les salariés doivent respecter. Or, un tel système risque, effectivement, de détourner l'attention du salarié vers le produit plutôt que concentrer l'attention sur le processus et son environnement. Les nouvelles organisations du travail imposent une coordination du travail qui exige une autonomie (contrainte) et une forte initiative<sup>364</sup>. C'est notamment le cas des organisations en contact avec la clientèle parmi lesquelles, nous retrouvons les établissements de santé. De ce fait, si les facteurs classiques des contraintes industrielles (travail répétitif) persistent en 1998<sup>365</sup>, le tertiaire développe également ces formes de pressions mais dans le cadre de l'apparition d'une contrainte marchande<sup>366</sup>. Si bien que travailler au contact du public suppose une forte réactivité face à la demande<sup>367</sup>. Simultanément, les salariés qui travaillent en contact direct avec le public disposent d'une initiative plus importante pour l'aménagement du processus de travail car celui-ci n'impose pas une procédure stricte mais plutôt un objectif sans définir la manière de l'atteindre.

Nous voyons par l'intermédiaire des études effectuées dans le domaine des conditions de travail que les années 1990 et le début des années 2000 se caractérisent par une intensification des conditions de travail tant au plan national qu'international.

Comment les médecins du travail de notre échantillon perçoivent cette évolution dans nos entreprises ?

---

similaires mais n'employant pas des normes de qualité. On peut consulter également l'article de Véronique Daubas-Letourneux, Sylvie Hamon-Cholet, Daniel Loriot et Annie Thébaud-Mony, « La difficile (re)connaissance des accidents du travail », In *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, (Sous la direction de Jennifer Bué, Thomas Coutrot et Isabelle Puech), Toulouse, ed. Octares, 2005, p. 101-117.

<sup>363</sup> Voir par exemple, P. Askenazy, E. Caroli et V. Marcus, « Organizational innovations and working. Conditions : an empirical approach », *Recherches économiques de Louvain, Economic review*, Vol. 68, 2002, p. 1-2.

<sup>364</sup> Voir Jennifer Bué et Catherine Rougerie, « L'organisation du travail entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, Dares, n° 32.1, 1999, p. 1-8.

<sup>365</sup> Selon l'enquête conditions de travail 1998, le contact avec le public accroît le sentiment d'urgence notamment lorsque l'activité est interrompue par une demande extérieure. C'est le cas particulièrement dans les professions des établissements de santé (infirmières). Par ailleurs, dans le même secteur il apparaît une forte progression des pénibilités lourdes comme rester debout longtemps, le port des charges lourdes, et les déplacements longs et fréquents. Nicole Guignon et Sylvie Hamon-Cholet, « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *Premières synthèses*, Dares, n° 09.3, 2003, p.4.

<sup>366</sup> Pour la définition de ces deux types de contraintes voir Damien Cartron et Michel Gollac, « Intensité et conditions de travail », *quatre pages*, CEE, n° 58, 2003, p. 1-4.

<sup>367</sup> Selon la DARES les conditions de travail de ces salariés se caractérisent par : des horaires décalés, un rythme de travail constraint par la demande, une augmentation du sentiment d'urgence, etc. mais également par un effet paradoxal. Lorsque le contact avec le public est direct, la marge d'initiative est plus importante et favorise l'aménagement des modes opératoires. Nicole Guignon et Sylvie Hamon-Cholet, 2003, *op. cit.*

## **2.2) L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL SELON LES MEDECINS DU TRAVAIL**

Pour approcher l'idée qu'ils s'en font nous leur avons soumis une série de questions destinées à saisir les évolutions de l'activité de travail dans les entreprises de l'échantillon Première leçon : il apparaît de manière globale que les conditions de travail se sont plutôt dégradées en France, notamment depuis le milieu des années 1990. Nous indiquions dans l'introduction de notre rapport, la place centrale prise dans les différentes études réalisées du stress comme nouveau trait caractéristique des conditions de travail. Plus encore, une forte tendance se dégage pour inscrire la dimension psychique dans l'examen des conditions de travail. Le succès des problématiques liées à la souffrance au travail ou au stress se confirme tant sur le plan des avancées scientifiques que dans les médias, montrant l'intérêt grandissant porté à ce genre de travaux. Toutefois, l'usage qui en est fait parfois tend à individualiser les problèmes autour des phénomènes constatés et à occulter la réalité sociale. Ainsi lors d'un colloque organisé par les mutualités de santé pour informer et développer une « *culture de la prévention* », nous avons pu être témoin des actions que les mutuelles soutiennent auprès de ces adhérents pour lutter contre la souffrance au travail ou le stress. Tel était le cas des chauffeurs d'une grande agglomération française qui se plaignaient des violences et des agressions durant leurs services. En réponse à ces plaintes émises par les chauffeurs, la direction en coordination avec la mutuelle d'affiliation de son personnel, a proposé des séances de relaxation pour contrôler le stress. Manière de les aguerrir au sens étymologique mais non d'avancer la moindre tentative de résolution à la source du mal. Ainsi, le personnel fut-il sommé de participer à ce genre de séance dans l'objectif de mieux contrôler ses émotions face à des situations anxiogènes génératrices de stress et, pour la direction, incidemment, de réduire les réclamations. Voilà l'exemple par excellence où aucun élément n'a été avancé pour répondre à la récrimination première des chauffeurs : l'augmentation des agressions.

L'évolution des conditions de travail se caractérise aussi par ce mouvement d'individualisation des rapports sociaux où toute intervention ou problématique touchant le psychisme des salariés sera interprétée en termes individuels. Toutefois, cela montre une autre dimension et un processus de rationalisation en cours plus fin que les processus auxquels nous assistons auparavant. Pour saisir ces aspects à travers le regard des médecins du travail nous allons dans un premier temps présenter le ressenti global des médecins du travail, sur les problèmes de santé en général et dans les entreprises de notre échantillon en particulier. A partir de là nous allons nous intéresser aux plaintes formulées par les salariés telles que les médecins du travail la perçoivent pour terminer par la question de la santé comme moyen de médiation social.

### **A) LA PROGRESSION DES PROBLEMES DE SANTE : ENTRE CONFIRMATION ET EVOLUTION**

Nous avons voulu savoir si les médecins du travail constataient d'une manière générale une évolution significative des problèmes de santé liés à l'activité de travail au cours des 5 dernières années. Il ressort de cette question qu'à une écrasante majorité la réponse est positive. Plus précisément, 39 % d'entre eux estiment qu'il s'agit d'une « hausse significative » tandis que 40,2 % déclarent qu'il y a eu une « légère progression ». Ainsi, sont-ils presque 80 % de la profession parmi ceux que nous avons interrogés à considérer que les

problèmes de santé liés à l'activité de travail sont en progression ; rappelons qu'ils peuvent se prévaloir pour l'écrasante majorité d'entre eux d'une longue expérience dans le métier. Par ailleurs, comme l'illustre le tableau ci-dessous, une légère différence se dégage mais sans que celle-ci soit significative après redressement de l'échantillon entre les entreprises classées patriarcales et les entreprises de type participatives<sup>368</sup>. Respectivement, les médecins du travail ayant le suivi des entreprises patriarcales sont 44 % à estimer que la hausse a été significative contre 33,3 % pour les médecins du travail assurant le suivi des entreprises de type participative.

**Tableau N°25 : « D'une manière générale dans les cinq dernières années avez-vous constaté une évolution significative du nombre de problèmes de santé liés à l'activité de travail ? »**

Type d'entreprise Problèmes de santé	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Non réponse	2,0 % (1)	4,8 % (2)	3,3 % (3)
Hausse significative	44,0 % (22)	33,3 % (14)	39,1 % (36)
Légère progression	38,0 % (19)	42,9 % (18)	40,2 % (37)
Stabilité	12,0 % (6)	11,9 % (5)	12,0 % (11)
Légère diminution	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
Baisse significative	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
NSP	4,0 % (2)	7,1 % (3)	5,4 % (5)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

Pour compléter ce premier regard posé sur l'évolution des problèmes de santé liés à l'activité de travail, nous avons introduit une question permettant de savoir comment nos interlocuteurs situaient les entreprises pour lesquelles ils étaient interrogés. Étaient-elles conformes à la tendance générale ou, au contraire, s'en démarquaient-elles, et si oui comment ? Autrement dit, nous leur demandions de classer la situation de leur entreprise sur une échelle à trois graduations allant d'*« identique à la tendance »*, à *« plutôt moins »*, ou *« plutôt davantage »*, de problèmes de santé ; une quatrième éventualité étant prévue pour ceux qui ne voudraient pas se prononcer<sup>369</sup>. Il ressort de cette question une nette différence entre les deux catégories d'entreprises avec un CHI2 significatif à 97 % après redressement de l'échantillon.

**Tableau N°26 : « D'une manière particulière, comment l'entreprise concernée se situe-t-elle par rapport à la tendance générale ? »**

Type d'entreprise Problèmes de santé	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Non réponse	2,0 % (1)	4,8 % (2)	3,3 % (3)
Identique à la tendance	38,0 % (19)	57,1 % (24)	46,7 % (43)
Plutôt davantage de problèmes de santé	26,0 % (13)	4,8 % (2)	16,3 % (15)
Plutôt moins de problèmes de santé	22,0 % (11)	23,8 % (10)	22,8 % (21)
NSP	12,0 % (6)	9,5 % (4)	10,9 % (10)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

Avant redressement le chi2 est déjà à 93,37%.

<sup>368</sup> En effet, les tests de CHI<sup>2</sup> sont négatifs.

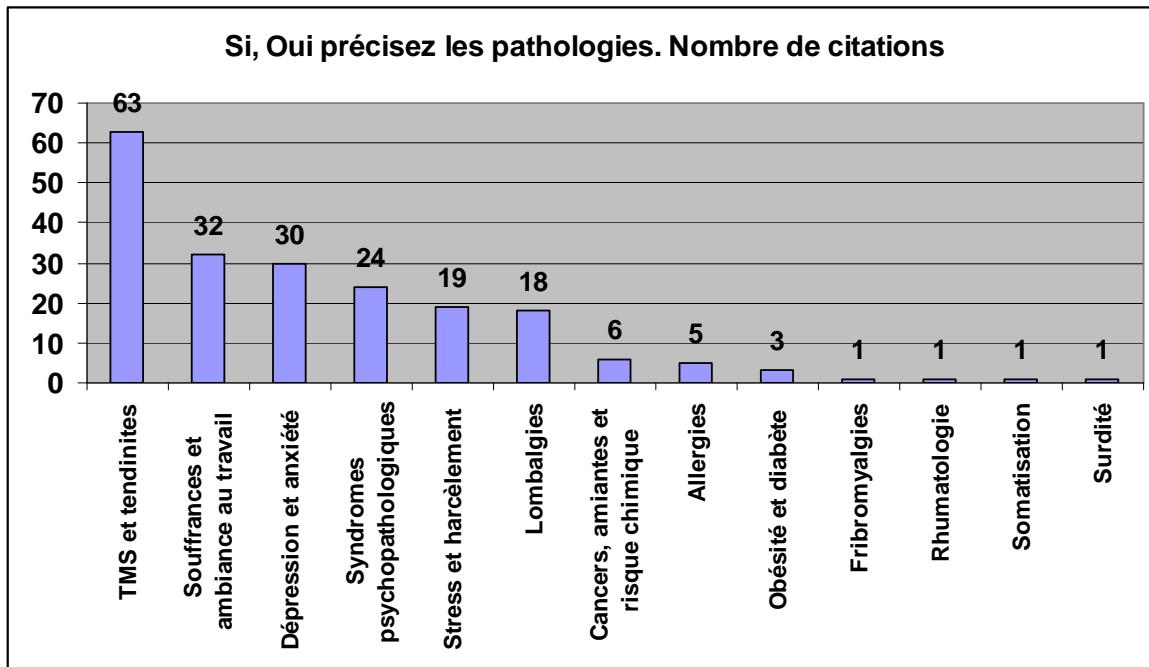
<sup>369</sup> La question était formulée de la manière suivante : « Et d'une manière particulière maintenant, comment les entreprises concernées se situent-elles par rapport à la tendance générale ? ».

Plus spécifiquement, les médecins du travail constatent à 49 % (toujours après redressement) une tendance similaire au mouvement général décrit plus haut. Cependant, ce résultat global se décline différemment en fonction du type d'entreprise (participatif / autoritaire). Pour les entreprises de type autoritaire à gestion patriarcale ce sont seulement 19,7 % des médecins du travail qui estiment la situation identique à la tendance générale tandis que le chiffre s'élève à 29,6 % pour les entreprises de type participatif. Dans quel sens s'opère alors la distinction ? Ce sont les médecins du travail ayant sous leur responsabilité les entreprises de type autoritaire qui se singularisent en signalant à 13,5 % « *plutôt davantage des problèmes de santé* » contre seulement 2,5 % des médecins du travail des entreprises participatives (les chiffres non redressés étant respectivement de 26,0% et 4,8 % révélant, ainsi, un écart significatif entre ces deux catégories). Tant en données brutes qu'en données redressées, le résultat est donc sans appel.

En résumé, si la hausse des pathologies liées au travail est abordée comme un phénomène global il semblerait selon les médecins du travail que la progression et l'évolution de ces problèmes de santé ne se développent pas de la même manière selon que l'on est dans une entreprise de type participatif ou de type patriarcal.

Dans ces conditions, comment perçoivent-ils d'abord la progression des pathologies ? Quantitativement, nous avons vu qu'ils estiment, à une écrasante majorité, que la situation actuelle est caractérisée par une progression des pathologies au travail ; qualitativement à présent qu'en est-il ? Quelles sont les pathologies citées ?

**Graphique N° 7 : Si 'Oui', précisez<sup>370</sup> :**



Les TMS et tendinites représentent 30,9 % des citations effectuées par les médecins du travail. Les souffrances résultant d'une mauvaise ambiance au travail suivent et représentent 15,7 % des citations alors que celles relatives aux dépressions et à l'anxiété s'élèvent à 14,7%. Enfin, 11,8 % des citations visent les syndromes psychopathologiques. Le premier constat qui

<sup>370</sup> Nombre de valeurs différentes : 13 TMS et tendinites' est le plus cité : 63 observations. Il y a 8 non-réponses.

s'impose concerne la présence parmi les pathologies les plus citées de plusieurs affections liées peu ou prou au psychisme (dépression, anxiété, psychopathologies, stress). Les autres atteintes telles que les cancers, les lombalgies, les allergies etc., arrivent loin derrière. Ce constat est assez intéressant dans la mesure où l'on sait que le nombre de cancers reconnus en France est en progression depuis le début des années 1994, passant d'un peu plus de 200 à plus de 1300 en 2002 et que les médias ne se privent pas de focaliser l'attention de l'opinion sur ces cancers notamment à travers le caractère spectaculaire de l'affaire de l'amiante. La place occupée par les TMS, en revanche, concorde avec les données générales en la matière qui traduit bien l'augmentation spectaculaire des TMS depuis 1992 en France, passant de 4000 cas par an à plus de 25 000 cas reconnus selon CNAMTS.

Enfin, le fait que les médecins du travail aient signalé en progression les pathologies concernant le psychisme est intéressant à plusieurs titres et précieux pour notre recherche. Tout d'abord, il s'agit de pathologies qui, dans le système français, ne relèvent pas d'un tableau administratif particulier permettant leur reconnaissance ; ensuite, il s'agit d'un ensemble de pathologies assez hétérogènes qui, néanmoins, attirent l'attention sur une réalité particulière puisque selon les études disponibles dont les principaux résultats ont longuement été exposés en introduction, ces problèmes de santé résultent non pas tant d'une intensification du travail que surtout d'une modification du contexte de travail influant sur la reconnaissance des salariés et leur latitude décisionnelle.

De plus, les nouvelles formes d'organisation du travail telles que le « lean production » (production juste à temps) et l'introduction des nouvelles formes de rationalisation des activités de service, vont jusqu'à codifier les activités de relations de service (l'introduction du client par exemple dans le processus de fabrication). Ces éléments se traduisent par une contrainte d'une autre nature et qui ne va pas s'exprimer obligatoirement sous la forme d'une lésion physique mais plutôt de l'ordre du psychisme ou de la somatisation.

Les médecins du travail constatent ainsi une progression des problèmes de santé liés à l'activité de travail mais notamment pour les aspects les moins reconnus par notre législation que sont le stress et la souffrance au travail. Il reste que des facteurs classiques tels que les TMS sont bien représentés et montrent que notre système productif français n'a pas abandonné les formes classiques de rationalisation du travail. Cela dit, selon les travaux du Dr. Yves Roquelaure du CHU d'Angers, 20% seulement des causes de TMS seraient imputables aux facteurs biomécaniques (postures, ergonomie, répétitivité des gestes, cycles courts, vibrations, etc.). Quid des 80% restant ? Outre les raisons d'ordre organisationnel, la CRAM des pays de Loire évoque les facteurs psychosociaux qui relèvent des ressources humaines (les modes de management, la gestion des compétences, l'ambiance au travail, etc.).

## **B) LES PLAINTES DE SALARIES : UN CRI ENTENDU**

Jean François Lae a publié en 1996 un ouvrage des plus féconds pour l'étude que nous menons. L'auteur s'y consacrait à un objet, celui de la « plainte » comme fondement de la construction d'une politique publique. Cependant, la plainte, pour reprendre la terminologie de Lae, ne sera traitée que progressivement<sup>371</sup> dans le cas des accidents du travail. Plus

---

<sup>371</sup> Jean-François LAE, *L'instance de la plainte, Une histoire politique et juridique de la souffrance*, Paris, Ed. Descartes & Cie, 1996, 252 p.

intéressant pour nous, cet auteur insiste beaucoup sur la manière dont une souffrance reçoit un traitement social et se transforme en politique sociale. A la lumière de nos résultats, nous apercevons une série d'éléments nous conduisant vers une analyse plus fine des plaintes des salariés. Dans cette perspective, Jean-François Lae voit dans l'étude de la plainte le mode primordial pour expliquer l'émergence du traitement social des malheurs. Pour cet auteur, derrière le plaignant, ici en l'occurrence les salariés à travers les médecins du travail, il y a la Plainte. Cette dernière se déroule en trois temps.

Le premier est le temps de « l'insupportable », c'est la situation « *qui aurait pu être évitée* », c'est celle qui touche le fond de notre dignité. Les salariés vont s'exprimer sur tel ou tel sujet devant les médecins du travail car il représente à leurs yeux le professionnel pouvant réaliser une intervention ou tout au moins qui peut reconnaître la plainte. Le médecin du travail peut représenter la possibilité pour les salariés de trouver quelqu'un sur lequel on peut compter. Nous sommes encore à une étape où le cri de la victime sera relayé par d'autres appuis. Pour employer la terminologie de LAE, l'enregistrement du cri s'effectue non sans difficulté. Le second temps est celui durant lequel on compare les événements endurés à « *l'échelle sociale* » pour discerner causes et remèdes, c'est le temps des « adhérences », là où les plaignants trouvent quelqu'un pour faire caisse de résonance à leur plainte. Le médecin du travail peut représenter ce moment ou cette possibilité. Par ailleurs, les lois successives dans le domaine des conditions de travail traduisent bien cet aspect.

Enfin, il reste un troisième temps dans l'évolution de la plainte, mais il ne sera pas analysé ici car notre questionnaire ne permettait pas d'aborder ni de cerner la dimension concernée. Ce troisième temps c'est la « consolidation » du « *réseau des auxiliaires qui longent les événements, organisent les relais dans les institutions politico-administratives, en assurent la stabilité et la justification* »<sup>372</sup>. Il s'agit, ici, de tous les groupes sociaux, des représentants à l'assemblée qui appuieront les victimes.

Pour avoir une idée de cette réalité, nous avons introduit une série de questions concernant les plaintes de salariés telles que les médecins du travail la perçoivent, à partir de deux séries de questions. La première permettait de savoir si les salariés se plaignent auprès des médecins du travail d'un climat négatif dans leur entreprise (encore une fois, sans que le médecin sache dans quelle catégorie est classée l'entreprise pour laquelle il est interrogé). La seconde question permettait d'établir si cette plainte se décline différemment selon le type de management.

**Tableau N° 27 : Vos salariés se plaignent-ils d'un climat conflictuel ou délétère dans leur entreprise ?**

Type d'entreprise Plainte climat conflictuel	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Jamais	14,0 % (7)	14,3 % (6)	14,1 % (13)
Rarement	18,0 % (9)	35,7 % (15)	26,1 % (24)
Occasionnellement	32,0 % (16)	26,2 % (11)	29,3 % (27)
Assez souvent	22,0 % (11)	21,4 % (9)	21,7 % (20)
Très souvent	14,0 % (7)	2,4 % (1)	8,7 % (8)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

<sup>372</sup> Jean-François LAE, *Idem*, p 9.

Il ressort de la première question que les médecins du travail sont dépositaires occasionnellement à 29,3 % des plaintes des salariés, ils sont 21,7 % à considérer que ces plaintes sont exprimées assez souvent et 8,7 % déclarent en avoir très souvent. Les médecins du travail, durant leur activité professionnelle, ont l'occasion d'écouter les plaintes des salariés. Il apparaît ainsi que ce phénomène existe et fait partie de leur activité. La même demande de rôle de compatissant professionnel observée précédemment chez les médecins généralistes se confirme mais on peut, cette fois, tester la fréquence ou l'intensité selon la nature de la direction de l'entreprise. Les différences entre nos deux échantillons bien que minimes sont néanmoins significatives.

En effet, quasi identiques pour les items « *assez souvent* » et « *jamais* », les résultats divergent de manière assez importante pour les items « *très souvent et rarement* »<sup>373</sup>. Alors que dans les entreprises plus ouvertes au dialogue social la répartition entre la présence ou l'absence de plaintes se fait à 50/50 (« *jamais* » et « *rarement* » d'une part contre « *occasionnellement* » et les deux alternatives - *assez* et *très* - de « *souvent* » d'autre part), dans les entreprises autoritaires la rareté des plaintes, ou leur absence, tombe à 32 % tandis leur présence monte à 68 %, soit 18 points d'écart avec leurs alter ego dites « *participatives* ». Il semblerait donc que les plaintes soient plus régulières dans les entreprises à management patriarchal ou autoritaire. Et s'il l'on s'en tient à l'item « *très souvent* » avec 14 % dans un environnement de directions autoritaires contre 2,4% pour les directions participatives, la tendance qui se dégage accrédite l'idée selon laquelle la souffrance au travail est davantage ressentie – ou le besoin de l'exprimer plus fort - dans le premier environnement.

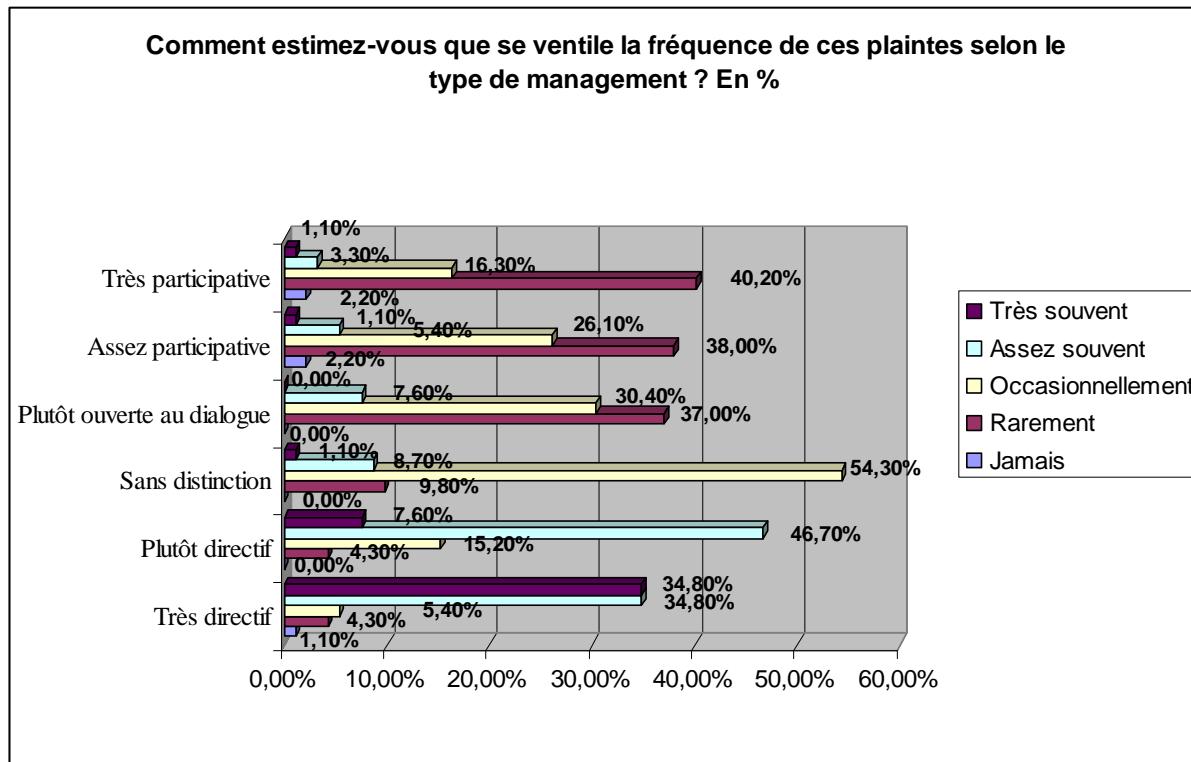
En conséquence, nous pouvons nous interroger sur les « *vertus* » que les entreprises de type autoritaire ou patriarchal peuvent avoir pour favoriser ces plaintes. Est-ce le mode de management qui conduit les salariés à exprimer (Cf. Hirschman, voice) leur mécontentement auprès d'un professionnel ? Ou est-ce le mode d'organisation du travail adopté dans l'entreprise ? En effet, lorsque nous avons regardé de plus près ceux des médecins du travail qui avaient retenu l'item « *très souvent* », nous constatons qu'ils exercent dans le secteur de l'agro-alimentaire et dans celui des entreprises du caoutchouc et du plastique. Or, ces entreprises se caractérisent par une organisation du travail du type taylorien, spécialement pour les entreprises de l'agro-alimentaire, où les cadences, les rythmes de travail, etc. sont imposés par une machine et où les normes de productivité sont également fortes. C'est la raison pour laquelle, notre résultat mérite d'être développé et complété à l'aune d'autres enquêtes.

Pour parfaire cette approche, nous avons, ensuite, attiré l'attention des médecins du travail sur la question de la nature des directions, en leur demandant de ventiler les flux de plaintes dont ils sont les confidents en fonction du type de management régnant dans l'ensemble des entreprises auprès desquelles ils sont intervenus au cours de leur carrière. Ce qui revenait, cette fois, à faire appel à leur opinion, à interroger leur expérience sur le sujet. La répartition des réponses fait alors apparaître un accroissement des écarts tout à fait édifiant, illustré par le graphique ci-dessous :

---

<sup>373</sup> Toutefois, nous sommes assez prudents sur ces résultats car les effectifs concernés sont assez faibles (8 médecins dans un cas et 24 dans l'autre).

**Graphique N°8 - Comment estimatez-vous que se ventile la fréquence de ces plaintes selon le type de management ?**



Il se confirme selon ces témoignages que les plaintes de salariés sont plus nombreuses dans les entreprises où le mode de management est plutôt directif (46,7 % de « assez souvent » et 7,6 % de « très souvent », soit un total de 54,3 % et de 69,5 % en ajoutant « occasionnellement »). Le contraste s'accroît là où le management est très directif puisque ces mêmes items y atteignent le total de 73,9 %. Comparé au score de 19,7 % qui émerge pour les trois mêmes items dans les entreprises très participatives et même celui de 32,7 % alloué aux assez participatives il est permis d'en déduire que l'écart entre les catégories opposées d'entreprise n'a rien d'anodin. Les médecins du travail estiment bel et bien que les entreprises de management directif donnent lieu à une expression de plaintes plus forte. A l'inverse, les managements qualifiés de participatifs se traduisent par un choix notoirement plus fréquent de l'item « rarement » puisque les médecins du travail le portent à 40,2 % dans les entreprises très participatives et à 38 % dans les assez participatives. Les salariés ne se plaigndraient pas ou peu dans ce type d'entreprise (la moyenne de rareté ou d'absence de plainte dans les entreprises opposées chute à 5 %).

Est-ce à dire que le management participatif l'emporte haut la main sur le management directif ? Nous ne pouvons pas conclure de manière catégorique sur cette question en raison de quelques réalités qui peuvent interférer dans le résultat et qui sont en lien avec la nature même de ce mode de management.

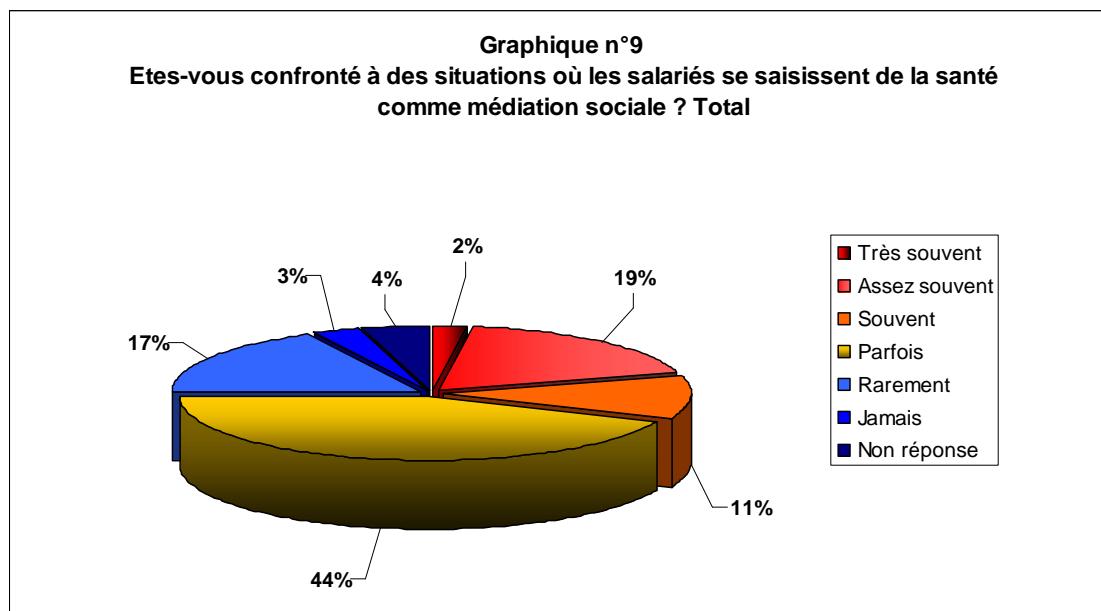
En effet, dans les entreprises où un management autoritaire gouverne les relations entre les salariés et les rapports entre la direction et les salariés, on peut imaginer assez aisément les difficultés que les subordonnés peuvent rencontrer pour s'exprimer et participer à la vie de l'entreprise. La possibilité d'avoir un interlocuteur extérieur, tel que le médecin du travail, lui donne l'opportunité de pouvoir transmettre certaines idées. La question de la médiation

sociale, ici entendue comme une possibilité de régulation, ne joue pas ou peu sur les questions liées à l'activité de travail. Pour reprendre la terminologie de Jean Daniel Reynaud, la régulation conjointe<sup>374</sup> n'aurait que peu de prise sur les questions liées aux conditions de travail et encore moins sur la question de la participation. Dans cette optique et de manière logique, nous devrions trouver du côté des entreprises au management participatif une possibilité plus forte de s'exprimer et de participer à la marche de celle-ci. Si tel est le cas, une partie des plaintes que les médecins du travail seraient susceptibles de récolter disparaîtrait car les salariés ont la possibilité de réguler plus facilement ces problématiques en interne. La régulation conjointe fonctionnerait sans écueil et permettrait une négociation à un équilibre plus juste entre les parties en présence. Autrement dit, si nous avons moins de plaintes du côté des entreprises à management participatif, ce fait ne traduit pas obligatoirement l'idée suivant laquelle il n'y aurait point de plaintes dans ces entreprises, mais que celles-ci sont gérées d'une autre manière. Nous voyons-là l'importance de compléter notre travail par des indicateurs santé, par exemple en termes de consommation, pour arrêter une analyse.

Aussi, il convient de souligner le résultat de l'item « occasionnellement » qui montre qu'une part non négligeable de médecins du travail (54,3 %) considère que les salariés expriment ces plaintes quel que soit le mode de management.

Voilà pourquoi il nous a semblé intéressant de poursuivre notre examen de la perception des plaintes de salariés par les médecins du travail, en analysant dans quelle mesure ces plaintes se convertissent au travers du biais de la santé. Autrement dit, dans quelle mesure la santé est saisie comme instrument de médiation sociale pour exprimer un mal être non directement médical. Cette question a donné lieu durant la passation à quelques explications de la part de notre enquêtrice pour bien préciser le sens de notre requête et éviter les quiproquos.

Il en est résulté les trois graphiques que nous allons commenter ci-après. Dans un premier temps, nous donnerons les résultats globaux de notre enquête et dans un second temps nous allons communiquer les résultats en comparant à partir de deux échantillons des entreprises.

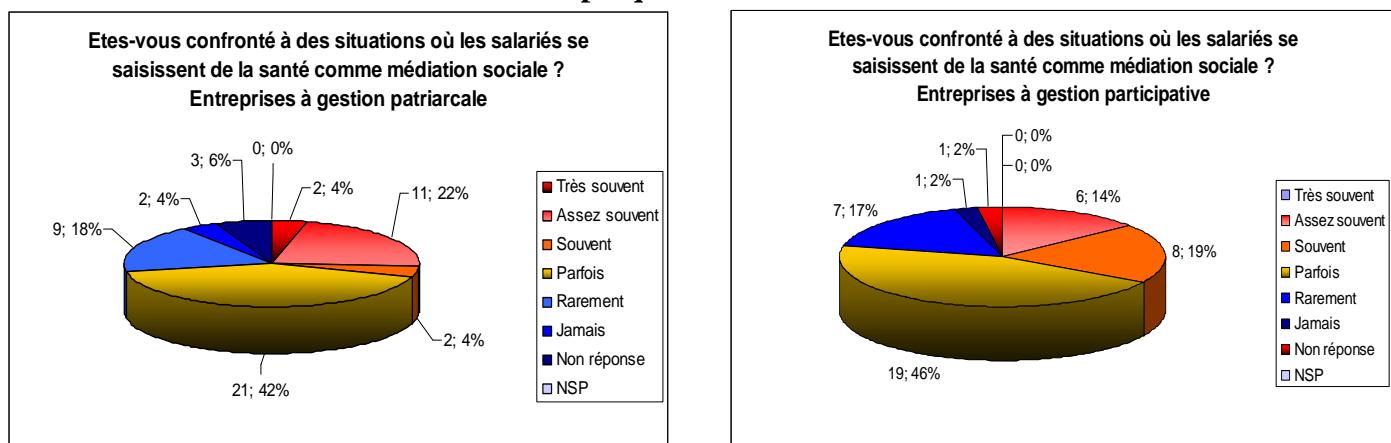


<sup>374</sup> Jean-Daniel Reynaud, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Ed. Armand Colin, 1997, 348 p.

De manière générale les médecins du travail ont rencontré à de multiples reprises cette situation où les salariés vont se saisir de la santé comme médiateur pour exprimer un problème. Ils sont 44 % à s'être « *parfois* » trouvés dans cette situation, et 11 % à la connaître « *souvent* », 19 % « *assez souvent* » et 2 % « *très souvent* ». Ainsi donc, les médecins du travail sont-ils amenés durant leur exercice à déceler les différences entre la part de la plainte relative à des fondements biologiques et celle que les salariés utilisent pour exprimer autre chose.

Lorsqu'on regarde ces réponses en fonction du type d'entreprise, on voit apparaître quelques différences entre les deux graphiques présentés ci-dessous.

**Graphiques n° 10 et 11**



Les médecins du travail considèrent que les entreprises à gestion patriarcale ou autoritaire amènent leurs salariés à user de la santé comme médiation sociale dans les proportions suivantes : 21,4 % « *parfois* », 2,4 % « *souvent* », 11,2 % « *assez souvent* » et 2,4 % « *très souvent* », soit un total de 37,4 %. La comparaison avec les réponses obtenues à la même question mais cette fois-ci pour les entreprises à gestion participative laisse apparaître de légères différences. Ainsi, les médecins du travail ont été confrontés dans ces dernières à des situations similaires : « *parfois* » à hauteur de 19,4 %, « *souvent* » à 8,1 %. En revanche, si aucun n'y a rencontré cette situation « *très souvent* », 6,4 % d'entre eux déclarent l'avoir vécu « *assez souvent* », soit un total de 33,9 %. Bien que les résultats soient plutôt en faveur de la gestion participative en termes de tendance vers une moindre instrumentalisation de la santé à des fins de médiation sociale<sup>375</sup>, on peut néanmoins avancer qu'aucune des deux catégories n'a le monopole du phénomène. Les deux graphiques sont en nette régression par rapport au graphique global qui montrait plutôt des résultats où dans leur grande majorité les salariés se saisissent de la santé comme médiateur social. Comment expliquer un tel décalage dans les réponses ?

Nos interlocuteurs signalent dans la première question une réalité de leur activité professionnelle en générale. Ils constatent - ou ils ont le sentiment - que les salariés se saisissent régulièrement de la santé comme un instrument de médiation social. En revanche, lorsque nous leur demandions, si pour une entreprise précise, ils connaissent cette même situation les réponses varient et tendent à s'estomper. Tout se passe comme si les médecins du

<sup>375</sup> Les résultats avec l'échantillon redressé ne donnent pas de différence concluante entre les deux types d'entreprises.

travail se sentaient plus libres pour répondre en général que sur des cas particuliers nommément désignés. Là, ils se ressaisissent et nuancent leur première réponse. Serait-ce un effet de leur statut lié aux entreprises et, par-là même, une forme instinctive de prudence élémentaire, sinon d'autocensure ? A moins qu'il ne s'agisse d'une réserve plus compréhensible par rapport à la complexité et au caractère délicat des implications que recèlent de telles situations ?

### **III. - LA POURSUITE DES PATHOLOGIES CLASSIQUES ET L'EMERGENCE DES NOUVELLES FORMES PATHOGENES ?**

Les enquêtes effectuées par les services du ministère du Travail en France s'efforcent de donner le regard le plus proche de la réalité de l'évolution des conditions de travail tout en tentant de cerner l'apparition des nouveaux risques. Notre questionnaire ne comportait pas de questions aussi précises que l'enquête SUMER ou l'enquête « *conditions de travail* » de la DARES nous permettant de cerner la réalité des conditions de travail dans les entreprises notamment à partir de l'examen des fiches ou des dossiers des salariés.

En revanche, nous avons inséré quelques questions nous permettant de savoir si par rapport aux médecins généralistes d'autres pathologies ressortaient. En effet, nous avons vu avec les médecins généralistes que la part des maladies psychiques ou liées à la souffrance est amplement mentionnée. Les médecins du travail, au début de cette partie, se sont montrés également assez explicites sur cette évolution et ont également mentionné la place prépondérante de TMS ou des maladies liées au psychisme. Il existe donc une congruence entre les résultats obtenus entre les médecins généralistes et les médecins du travail en ce domaine. Pour détailler les résultats obtenus à travers notre questionnaire concernant quelques questions liées à la santé des salariés des entreprises concernées par notre étude, nous allons dans un premier temps, présenter rapidement les différents types de pathologies que les médecins du travail constatent pour ensuite nous attarder plus longuement sur les formes pathogènes signalées par les médecins du travail de manière plus précise.

#### **3.1) PATHOLOGIES ET DEPENDANCES OBSERVEES PAR LA MEDECINE DU TRAVAIL**

##### **A) DEBUSQUER DES INDICES DE SYNDROMES REACTIONNELS A COMPOSANTES PSYCHOSOMATIQUES**

Nous avons posé une question aux médecins du travail à partir d'une liste de pathologies à composantes psychosomatiques ou comportementales avérées nous paraissant intéressantes à explorer pour notre travail d'enquête. La question se présentait sous la formulation suivante : « *Observez-vous plus souvent qu'il y a une dizaine d'années, des pathologies de type* » :

**Tableau N°28 : L'évolution des pathologies depuis une dizaine d'années**

Types de pathologies	Nb. cit.	Fréq.
Perte de cheveux	1	0,3 %
Acné	3	1,0 %
Crise d'urticaire	3	1,0 %
Eczéma	37	12,6 %
Psoriasis	20	6,8 %
Troubles digestifs	40	13,7 %
Maladie inflammatoire de l'intestin	18	6,1 %
Asthme	31	10,6 %
Surcharge pondérale	60	20,5 %
Migraine	23	7,8 %
Règles douloureuses	2	0,7 %
Autres	51	17,4 %
Non réponse	4	1,4 %
<b>TOTAL citations</b>	<b>293</b>	<b>100 %</b>

La surcharge pondérale et les troubles digestifs regroupent le plus important nombre de citations parmi les réponses récoltées. L'eczéma apparaît avec 12,6 % mais il représente 24,3 % des médecins du travail exerçant dans le secteur de l'agro-alimentaire. Cette même branche regroupe, à elle seule, plus de 20 % de ceux qui ont déclaré avoir constaté une évolution de la surcharge pondérale chez les salariés. C'est toujours l'agro-alimentaire qui se distingue en englobant plus de 15 % des médecins du travail qui ont signalé un accroissement des troubles digestifs. Les autres branches se répartissent de manière plus diffuse entre les différentes pathologies citées, à l'exception de l'industrie du textile et l'habillement où l'on trouve 15 % des médecins du travail citant les eczémas et 16 % l'asthme parmi les pathologies en évolution croissante.

Le croisement avec la variable « *type d'entreprise* » n'a pas donné de réponses suffisamment significatives pour permettre de différencier les modes de management.

## **B) LES CONSOMMATIONS DE TABAC, D'ALCOOL ET DE SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES**

Autres indicateurs, apparentés cette fois au registre des dépendances psycho-compensatrices, auxquels l'enquête a porté attention : la consommation de tabac, alcool et psychotropes. L'investigation sur de tels indicateurs soulevait le problème de l'accès à l'information dont disposent les médecins. Malgré son caractère aléatoire, 5 % des médecins du travail seulement ont préféré ne pas répondre à nos questions en avançant leur « *méconnaissance de la situation* ». D'autres ont attiré notre attention sur la formulation des questions qui ne permettait pas de saisir de manière assez fine la réalité. En effet, la consommation d'alcool pour un chauffeur d'engins ou pour un conducteur de poids lourd, pour ne prendre que ces deux exemples, pose un problème spécifique. Il est évident qu'un médecin du travail qui découvre une telle consommation se voit confronté à un cas de conscience : doit-il avertir ? Doit-il intervenir de telle sorte que le salarié arrête son activité en raison de la dangerosité

qu'il représente au risque de le voir perdre son emploi, ou bien doit-il exclusivement s'occuper à lui faire résorber sa consommation ? Bien sûr, conscients de ces enjeux, les salariés concernés sont-ils sincères dans leurs déclarations ? En tout cas, plusieurs médecins du travail ont souligné qu'il est probable que pour certaines consommations (alcool notamment) la réalité leur échappe.

Les questions étaient libellées de telle manière que les médecins du travail devaient positionner sur une échelle de 1 à 10 la consommation de tabac, d'alcool ou de psychotropes de l'entreprise de notre échantillon. Nous avons procédé de deux manières pour exploiter les résultats. La première a consisté à réaliser un tableau de moyennes générales pour les trois produits. A partir de là nous pouvions comparer les réponses en fonction du type d'entreprise plus facilement qu'en conservant l'échelle<sup>376</sup>. Il apparaît ainsi que les entreprises de type autoritaire affichent en moyenne une consommation plus élevée que les entreprises de type participative (6,12 contre 5,81 la moyenne générale est de 5,98). Concernant les psychotropes, nous retrouvons le même type d'écart mais dans des proportions moindres, 5,73 pour les entreprises de type autoritaire, 4,81 pour les entreprises de type participatifs pour une moyenne générale de 5,31. Enfin pour l'alcool nous n'observons pas de différence en termes de moyenne.

Il est toutefois possible de lire l'échelle de la consommation de tabac en la ramenant à trois cas de figure : conforme à la moyenne, au-dessus de la moyenne, et au-dessous de la moyenne. S'agissant des entreprises dites participatives, les consommations observées seraient inférieures à la moyenne à hauteur de 43,6 % et conformes à celle-ci dans 35,9 % des cas (total de 79,5 %). Si bien que seul 20,5 % d'entre elles afficheraient des consommations supérieures à la moyenne, sans que ce degré de consommation n'excède toutefois l'échelon 7. A l'inverse, dans les entreprises que nous avons classées comme autoritaires, le chiffre des consommations supérieures à la moyenne rapporté par les médecins du travail s'élève à 35,4 % tout en atteignant le 9ème échelon ; quinze points d'écart par conséquent.

L'examen de tableaux descriptifs concernant chaque consommation fait ressortir quelques éléments intéressants mais avec un faible effectif. Ainsi pour le tabac, il apparaît que le nombre de médecins du travail des entreprises de type autoritaire ayant coché dans l'échelle des niveaux supérieurs à 5 sont plus nombreux que les médecins du travail des entreprises de type participatif (16,4 % contre 10,4 %). Pour les psychotropes, les écarts ne sont pas aussi importants car nous tombons dans des proportions de 14,6 % pour les médecins du travail des entreprises de type autoritaire contre 12,1 % pour les médecins du travail des entreprises de type participatif. Enfin la consommation d'alcool ou la toxicomanie n'apporte pas de différences significatives. Seulement deux médecins du travail signalent la découverte de quelques cas de consommation des produits illégaux dans certaines entreprises.

### **C) LES SUICIDES : UN PHENOMENE MAL INTERCEPTE PAR LA MEDECINE DU TRAVAIL**

Pour terminer, nous sommes intéressés à la connaissance éventuelle que les médecins du travail pouvaient avoir des suicides survenus au cours des cinq dernières années dans la population des entreprises de notre échantillon. Une grande majorité d'entre eux (68,2 %) a

---

<sup>376</sup> En effet, dans certaines cases le nombre de réponses étant trop bas, il était difficile de faire des comparaisons.

répondu par la négative. Ils ont été 11,9 % à avouer ignorer si de tels cas se sont - ou non - produits et, pour le reste, 19,9 % ont néanmoins signalé l'existence de cas de suicide portés à leur connaissance. Il n'y pas de différence entre les deux types d'échantillons d'entreprises.

### **3.2) LES PATHOLOGIES PSYCHOPATHOGENES, STRESS, DEPRESSION ET AUTRES TROUBLES**

#### **A) LA SITUATION DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL**

La situation n'est pas la même lorsque nous nous intéressons aux problèmes de santé liés à la souffrance au travail ou au stress. Pour en mesurer les différentes composantes à partir du constat que les médecins du travail effectuent, nous avons soumis à ces derniers une série de questions permettant de regrouper leurs réponses pour mieux appréhender le phénomène tel qu'ils l'observent.

Dans cette optique, nos médecins ont été conviés de classer les réponses selon l'ordre d'importance qu'ils souhaitaient leur attribuer dans la liste que nous leur présentions. Il en ressort que les « *troubles du sommeil* » arrivent au premier rang de ce classement avec 44,6 %, suivis de « *l'anxiété* » avec 39,1 % en tête du second rang, puis viennent en troisième position les « *dépressions* » avec 55,4 % des réponses et, enfin, le burn out qui ferme la marche, assez isolé en tête du quatrième rang. En revanche, si l'on s'en tient au classement général, c'est-à-dire au nombre total de citations recueillies par chaque item sur l'ensemble des quatre rangs, deux items se tiennent au coude à coude : l'anxiété arrive en tête avec un point de plus que les troubles du sommeil.

**Tableau N°29 : Parmi ces salariés, avez-vous constaté, par ordre de priorité...**

Pathologies constatées	nb. cit. rang : 1	Fréq.	nb. cit. rang : 2	Fréq.	nb. cit. rang : 3	Fréq.	Nb. cit. rang : 4	Fréq.	Nb. cit. (somme)	Fréq.
Dépression	4	4,3 %	11	12,0 %	51	55,4%	3	3,3%	69 (2,77)	75,0 %
Anxiété	37	40,2 %	36	39,1 %	6	6,5%	0	0,0%	79 (1,61)	85,9 %
Burn out	1	1,1 %	3	3,3 %	5	5,4%	35	38,0%	44 (3,68)	47,8 %
Troubles du sommeil	41	44,6 %	27	29,3 %	8	8,7%	2	2,2%	78 (1,63)	84,8 %
Aucune	8	8,7 %	0	0,0 %	0	0,0%	0	0,0%	8 (1,00)	8,7 %
<b>TOTAL observations</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>						

Ces classements se déclinent différemment selon le type de branche industrielle. Par exemple, « *les troubles du sommeil* » sont plus présents dans le secteur de l'agro-alimentaire et dans l'industrie de l'habillement et du textile. « *L'anxiété* » est, aussi, davantage signalée pour les

salariés de ces deux mêmes secteurs mais elle apparaît également forte chez ceux du secteur des industries du bois et du carton. La « *dépression* », quant à elle, classée au troisième rang par l'ensemble des médecins du travail, concerne pour l'essentiel les mêmes branches signalées ci-dessus. Les autres branches (services, commerce de gros, bâtiment, transports, finances conseils, etc.), ressortent et se démarquent dans le classement tel le transport qui arrive en tête pour « *l'anxiété* », mais les effectifs étant très faibles (un ou deux médecins signalant de telles situations) nous n'avons pas estimé nécessaire d'approfondir davantage.

Les médecins du travail constatent une variabilité des formes pathogènes. A la différence des praticiens généralistes qui classaient en tête la dépression et l'anxiété, leurs confrères en entreprises observent plutôt des conséquences sur les aspects les moins visibles a priori de la sphère du travail, c'est-à-dire les dimensions les plus subjectives mais avec des conséquences importantes si l'on tient compte des répercussions éventuelles des troubles du sommeil pour un salarié dans un secteur comme l'agro-alimentaire.

Le mode de management intervient-il à ce niveau ? En d'autres termes, la ventilation des pathologies en est-elle affectée ? D'après notre première exploitation la réponse serait négative. Le classement n'est pas affecté par le type d'entreprise. Les différences sont mêmes infimes telles qu'elles se présentent pour les troubles du sommeil avec un point d'écart seulement, la dépression avec un point également, ou encore le burn out un point toujours.

S'il n'apparaît pas d'énorme différence entre les types d'entreprise quant à la nature des formes pathogènes de souffrance au travail, en revanche nous avons exploré plus en détail l'aspect quantitatif de leurs présences. Nous avons donc demandé à nos interlocuteurs de nous préciser la fréquence de ces formes de souffrance au travail dans l'entreprise de l'échantillon dont ils ont la responsabilité. Le résultat est exposé dans le tableau suivant

**Tableau N°30 : Les cas de psychopathologies ou de souffrance au travail sont-ils fréquents dans cette entreprise de l'échantillon ?**

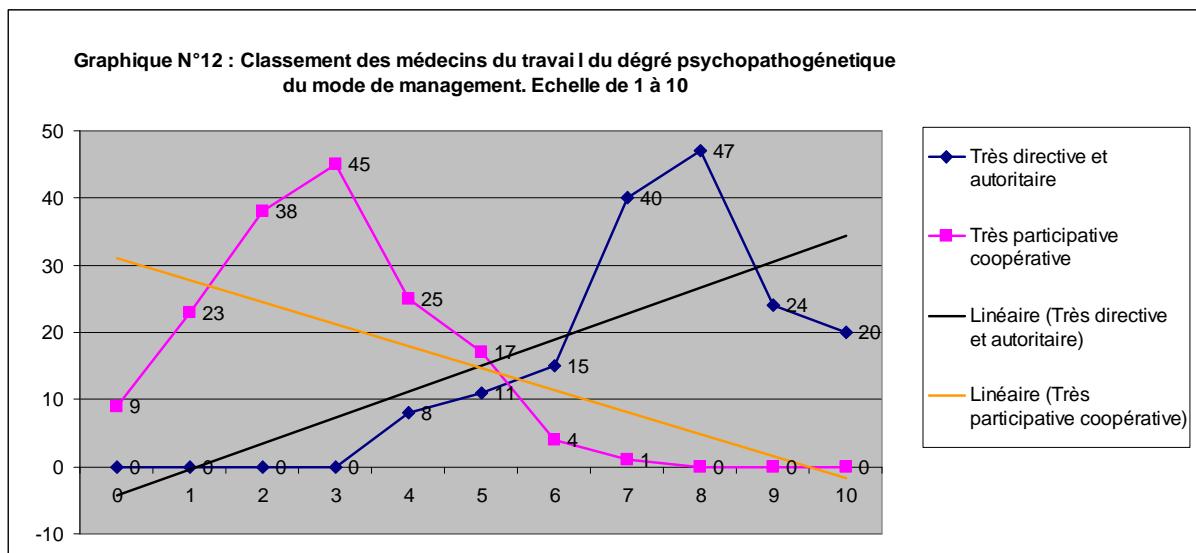
Fréquence Stress/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale		Participative Gestion managériale	
Fréquents, dont :				
Très fréquents	36 %	10 %	31 %	2,4 %
Plutôt fréquents		26 %		28,6 %
Occasionnels, dont :				
Peu fréquents	60 %	34 %	69 %	40,5 %
Plutôt rares		20 %		19,0 %
Très rares		6 %		9,5 %
Autres	2 %		0 %	
Non réponse	2 %		0 %	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Sa lecture montre une fréquence plus importante du côté des entreprises de type autoritaire ou patriarcale que du côté des entreprises à gestion participative avec un cumul de 36 % pour les réponses signalant une fréquence manifeste (« très » et « plutôt »). Alors que pour les entreprises de type participatif ce même cumul atteint seulement 31 %. La distinction est plus

nette si l'on s'en tient au seuil des plus hautes fréquences puisqu'il est de 10 % d'un côté contre 2,4 % de l'autre. La même tendance se cristallise à l'inverse dans les déclarations des basses fréquences où les options cumulées font apparaître une différence de 9 points entre les deux catégories d'entreprises. Nous pouvons retenir que le stress, tel que les médecins du travail le perçoivent, est présent dans les deux types d'entreprise. Mais, cette présence se déclinerait avec une fréquence plus basse pour les entreprises recourant à un management de type participatif.

### **B) LE NIVEAU PSYCHOPATHOGENIQUE ET LES MODES DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

Pour approfondir ces premiers résultats, nous avons recherché à connaître quelle était la classification « psychopathogénique » que les médecins du travail attribueraient à deux modes de gestion différents. D'une part le mode de gestion dit autoritaire et d'autre part le mode de gestion dit participatif. Au préalable, nous avions pris soin de leur demander s'ils avaient rencontré au cours de leur carrière professionnelle des différences flagrantes dans les gesticulations du personnel. Leur expérience du terrain ne laisse aucun doute : à l'unanimité (98,8 %) les médecins du travail ont répondu avoir été confrontés à des univers variés et contrastés, voire opposés, dans la manière de gérer les hommes au sein de l'entreprise. Ils sont donc convaincus de la variété des modes de direction et de gestion des ressources humaines. Restait à savoir s'ils établissaient une différence quant aux incidences éventuelles de ces modes sur la santé. Nous leur avons tout d'abord demandé de se prononcer sur la question suivante : « *si vous exercez dans plusieurs entreprises, pouvez-vous établir un lien entre les psychopathologies et la gestion du personnel ?* » Une échelle comportant un gradient<sup>377</sup> de 1 à 10, pour positionner leur avis, leur était présentée. A la première question 65 % des médecins du travail ont répondu OUI. Le regroupement des réponses aboutit au graphique, ci-dessous :



NB/ Les deux courbes représentent, au sein de chacune des deux familles de management, le nombre de citations pour chacun des degrés de l'échelle de prédisposition psychopathogénique (le degré le plus faible étant 0, et 10 le plus fort). Résultat éloquent : le degré le plus cité du côté participatif est le 3 et, du côté autoritaire, le 8.

<sup>377</sup> Le libellé de la question était le suivant : Q 62. – Si Oui, à quel niveau psychopathogène situez-vous, sur une échelle de 0 à 10, les types de gestion du personnel suivants ?

La ligne bleue représente les réponses effectives de 65 % des médecins du travail et concernent les entreprises à management autoritaire. On observe un pic à partir de 7 pour atteindre 47 citations à l'échelle 8, puis les citations baissent tout en demeurant élevé pour 9 et 10. La droite noire représente le trend, c'est à dire la tendance linéaire calculée en fonction des résultats cumulés par les réponses relatives au mode de management directif. C'est l'orientation générale. On constate aisément que les réponses données par les médecins du travail suivent et dépassent à deux moments, la tendance.

La situation est totalement inversée lorsque l'on observe les réponses récoltées des médecins du travail concernant les entreprises à management participatif. En effet, la courbe rose trace plutôt une tendance dans le sens inverse et ayant des pics à partir de 4 pour baisser à partir 2. Quant à la tendance donnée par la droite orange, elle suggère une moindre prédisposition psychopathogénétique à mesure que le management s'ouvre au dialogue participatif. En tout le cas la situation apparaît diamétralement opposé à l'antérieure.

Nous avons des médecins du travail conscients de liens éventuels qu'une question laisse présager entre un certain mode de gestion des entreprises et un degré de psychopathologie. Peut-on établir un lien entre telle forme d'organisation du travail, telle forme de gestion du personnel et des conditions de travail ?

Notre enquête prolonge, nous le disions, les enquêtes réalisées par d'autres organismes, elle permet déjà de noter l'importance accordée par des professionnels à la dimension managériale.

Une telle perspective est de plus en plus recherchée notamment sur le plan international où l'on observe la réalisation plus fréquente d'enquêtes de type comparatif sur les modèles d'organisation du travail. Ainsi, Lorenz et Valeyre s'interrogent-ils sur le développement d'un modèle de forme d'organisation du travail dans le cadre de la globalisation qui viendrait infliger un nouveau one best way en Europe<sup>378</sup>. Le modèle de la lean production viendrait s'imposer et dépasserait celui du fordisme et du taylorisme. Cette thèse de la convergence d'un seul modèle selon les auteurs, ne résiste pas à l'analyse des faits. En s'appuyant sur une exploitation secondaire de l'enquête conditions de travail effectuée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, les auteurs arrivent à discerner quatre modèles d'organisation du travail chacun se différenciant par des modes de gestion des ressources humaines (formation continue, systèmes de rémunération, représentation des salariés).

La première forme d'organisation est nommée par Lorenz et Valeyre « *apprenante* », la seconde sont les organisations « *lean production* », la troisième forme concerne les organisations « *tayloriennes* » et enfin la dernière forme regroupe les organisations à « *structure simple* ». Outre le classement effectué par les chercheurs et les différences qui se dégagent d'un contexte national à un autre, il est intéressant de noter dans leur étude les différences en termes de caractéristiques de l'organisation du travail et de la gestion de ressources humaines.

---

<sup>378</sup> Deux travaux sont mobilisés ici : Edward Lorenz et Antoine Valeyre, « Modèles européens d'organisation du travail », In *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, sous dir. De J. bué, T. Coutrot et I. Puech, Toulouse, Octares, 2005, p.125-137. Et Lorenz E. et Valeyre A., *Formes d'organisation du travail : comparaisons européennes*, Rapport à la DARES, Noisy-le-Grand, CEE, Décembre 2003. Voir aussi l'article de Lorenz E., « Policies for participation : lesson from France and Germany », *The german Journal of Industrial relations*, 2,1, 1995, p.46-63.

Pour l'organisation du travail, les auteurs constatent que les organisations apprenantes se caractérisent par une forte autonomie dans les méthodes de travail, une autonomie dans le rythme de travail, une facilité à résoudre les problèmes imprévus, un auto-contrôle de la qualité alors que les organisations de lean production se caractérisent par des normes de qualité précises, la rotation des tâches, des contraintes de normes de productions quantificatives précises, le travail en équipe.

Pour la gestion des ressources humaines il apparaît quelques éléments qui nous semblent intéressant de noter ici. Si nous prenons dans leur travail simplement deux critères de distinction des organisations à travers la gestion des ressources humaines à savoir la formation continue et les discussions sur les conditions de travail, l'exploitation des données statistiques fait apparaître une nette différence entre les organisations selon qu'elles sont de type « *apprenante* » ou de type lean production, taylorienne ou à structure simple. Pour la première elle se caractérise par les parts les plus faibles de salariés n'ayant pas eu de formation continue alors que la lean production, l'organisation taylorienne et à structure simple possèdent, dans l'ordre, les taux les plus élevés de salariés n'ayant pas suivi de formation continue. Concernant les discussions sur les conditions de travail, nous retrouvons les mêmes résultats et dans le même sens. Les discussions sont plus nombreuses dans les organisations apprenantes que dans les organisations tayloriennes par exemple. Enfin, il est intéressant de noter que l'actionnariat salarié et les performances globales de l'équipe sont plus présents dans les organisations apprenantes que dans les autres organisations.

Ces auteurs montrent à travers leurs travaux que les incidences du mode d'organisation du travail sur le mode de gestion des ressources humaines peuvent se répercuter sur les conditions de travail. Mieux encore, à tel modèle de gestion de la ressource humaine correspond telles conditions de travail.

Les observations que les médecins du travail effectuent concernant le niveau psychopathogénique ne fait qu'aborder dans le sens d'un lien entre mode de gestion et mode d'organisation du travail. Notre terminologie oppose les modes de management participatifs (apprenants) et les modes de management autoritaires ou patriarcaux (lean production et taylorien). Les résultats de l'enquête Lorenz et Valeyre et nos résultats nous conduisent à espérer des informations utiles sur les incidences de l'état de santé des salariés dans le cadre des entreprises ayant un actionnariat précis.

Est-ce que les réponses émises par les médecins du travail se déclinent différemment si l'on tient compte des catégories professionnelles ? Pour tester le poids de cette variable, nous avons proposé à nos interlocuteurs d'évaluer l'incidence de la catégorie professionnelle, du climat social, des deux, ou de citer un autre facteur. « *Si vous deviez choisir, diriez-vous que les constats de la psychopathologie ou de souffrance au travail, vous apparaissent davantage fonction de la CSP ou fonction du climat social régnant dans l'entreprise ?* ».

Les réponses proposées offrant donc quatre cas de figure, les résultats obtenus dégagent une nette prédilection des médecins du travail pour le « climat social » dans l'entreprise (65,2 %) pour expliquer les constats de psychopathologie. Alors que 27 % estiment que les deux variables interagissent pour expliquer un tel phénomène, seulement 2 % des médecins du travail se déterminent uniquement à partir de la catégorie professionnelle. Cette répartition sans ambiguïté de la part de professionnel de la santé en entreprise est extrêmement instructive car elle nous permet de mettre en évidence la dimension relationnelle du phénomène que nous examinons. Il ne s'agit pas de balayer l'importance de la variable

catégorie socioprofessionnelle qui, évidemment, nous permet de mesurer un tel phénomène. L'idée de climat social attire l'attention sur les rapports sociaux et les modes de régulation de ces derniers au sein de l'entreprise. La question de la souffrance au travail comme nous l'avons exposé plus haut, ne peut se comprendre qu'à l'intérieur d'un contexte précis et par rapport à une réalité spécifique. Le cadre, l'ouvrier, l'employé ne prennent du sens que dans l'interaction avec autrui. Celui-ci peut être son homologue –collègue d'équipe- comme peut être son subordonné ou son supérieur. Le climat social se joue dans ces interstices. Par conséquent, la question de la souffrance ne résulte pas d'un attribut particulier attaché à un individu mais d'une interdépendance. Enfin, lorsque nous avons tenté de voir si entre les deux échantillons d'entreprises, il y avait une distinction, il apparaît que le critère management ne sépare pas les réponses des médecins du travail, les parts étant presque identiques entre les deux groupes.

Reste à s'interroger sur la manière dont les médecins du travail perçoivent la position des différentes catégories socioprofessionnelles par rapport au type de management et par rapport aux prédispositions aux situations psycho pathogéniques. A partir du classement qu'ils ont effectué, nous avons regroupé les résultats en établissant leur représentation graphique sous forme de carte factorielle.

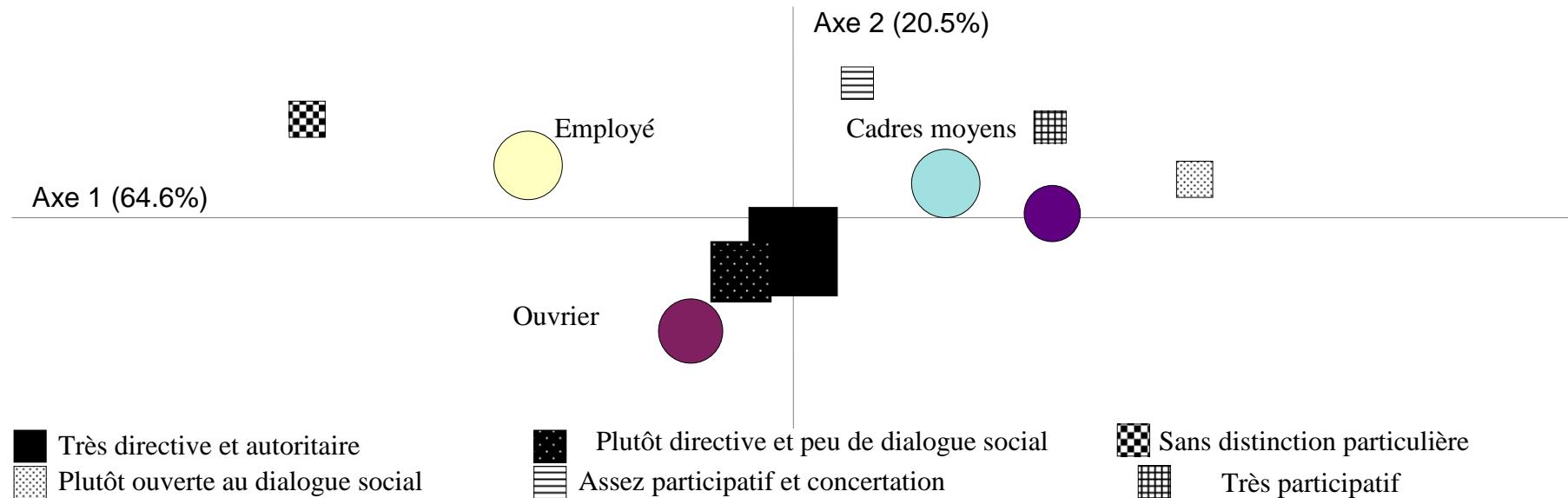
Celle-ci fait apparaître cette fois, toujours selon l'avis des médecins du travail, l'existence d'un lien entre type de management et catégorie socioprofessionnelle la plus exposée. Ainsi, l'ouvrier est-il plus exposé dans les entreprises de type autoritaire, qu'il jouxte précisément sur la carte, alors que le cadre supérieur, situé à proximité des entreprises participatives, est donc moins exposé aux problèmes psychopathologiques. L'axe N° 1 oppose également les employés aux cadres supérieurs. Ces derniers étant plus proches des entreprises plus ouvertes au dialogue social alors que les employés seraient plus proches des entreprises sans réelle différence en termes de management. L'axe N° 2 oppose les cadres moyens aux ouvriers. Les premiers étant plus proches des entreprises très participatives et plutôt participatives alors que les seconds sont plus proches des entreprises autoritaires.

\*

(Cf. Graphique n°13 page suivante)

\*

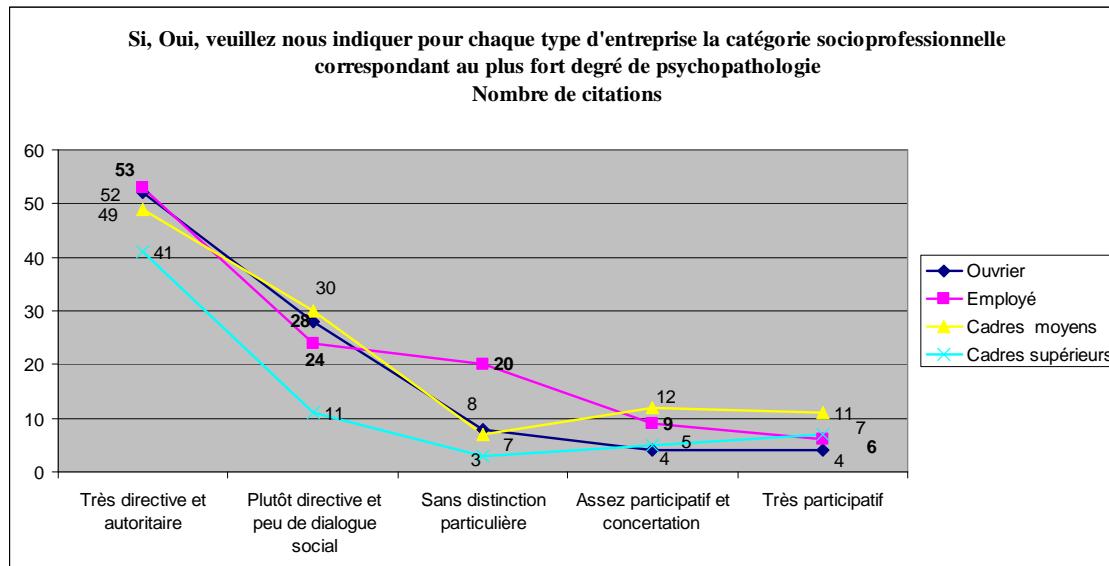
**Représentation AFC des réponses des médecins du travail Si OUI, veuillez indiquer pour chaque type d'entreprise la catégorie socioprofessionnelle correspondant au plus fort degré de psychopathologie**



Naturellement, une telle projection ne fait que présenter la perception qu'ont les médecins du travail de l'impact santé des différents types de management sur les catégories socioprofessionnelles. En effet, nous pouvons nous interroger sur la part d'autonomie dont ces catégories disposent dans des univers de travail aussi opposés. Le fait d'occuper une fonction hiérarchique ne se traduit pas obligatoirement par une autonomie plus grande dans l'organisation comme les travaux des M. Crozier et E. Friedberg nous le montrent (M. Crozier, 1964, M. Crozier et E. Friedberg, 1977 et E. Friedberg, 1993). D'un point de vue strictement structurelle, les cadres sont mieux placés que les ouvriers pour résister aux contraintes mais celles-ci dépendent également des configurations locales à l'intérieur de l'entreprise. D'où l'intérêt particulier pour notre travail de saisir les formes concrètes de la participation à l'intérieur des organisations.

Un autre graphique sur le même sujet permet de faire ressortir une représentation plus parlante du résultat. En effet, grâce à ce graphique, nous constatons que les médecins du travail estiment que le degré de risques psychopathologiques est plus fort pour toutes les catégories socioprofessionnelles à mesure qu'on s'éloigne de la gestion participative et tout particulièrement dans les entreprises dites autoritaires. Autre remarque, l'influence du mode de management serait proportionnellement plus forte chez les ouvriers que chez toute autre catégorie. Ce sont eux qui auraient le plus à gagner à l'instauration d'une gestion participative. En effet, la courbe s'inverse progressivement au fur et à mesure que nous allons vers les entreprises de type participatif. Les médecins du travail semblent donc donner une signification toute différente à ces deux modes et ils classent de manière graduée, selon les catégories socioprofessionnelles, les répercussions sur le plan psychologique des différents types de management. Rappelons toutefois qu'il ne s'agit que d'une corrélation établie par les médecins du travail en fonction de leurs expériences et non de l'observation scientifiquement vérifiée d'un lien de cause à effet.

**Graphique n°14**

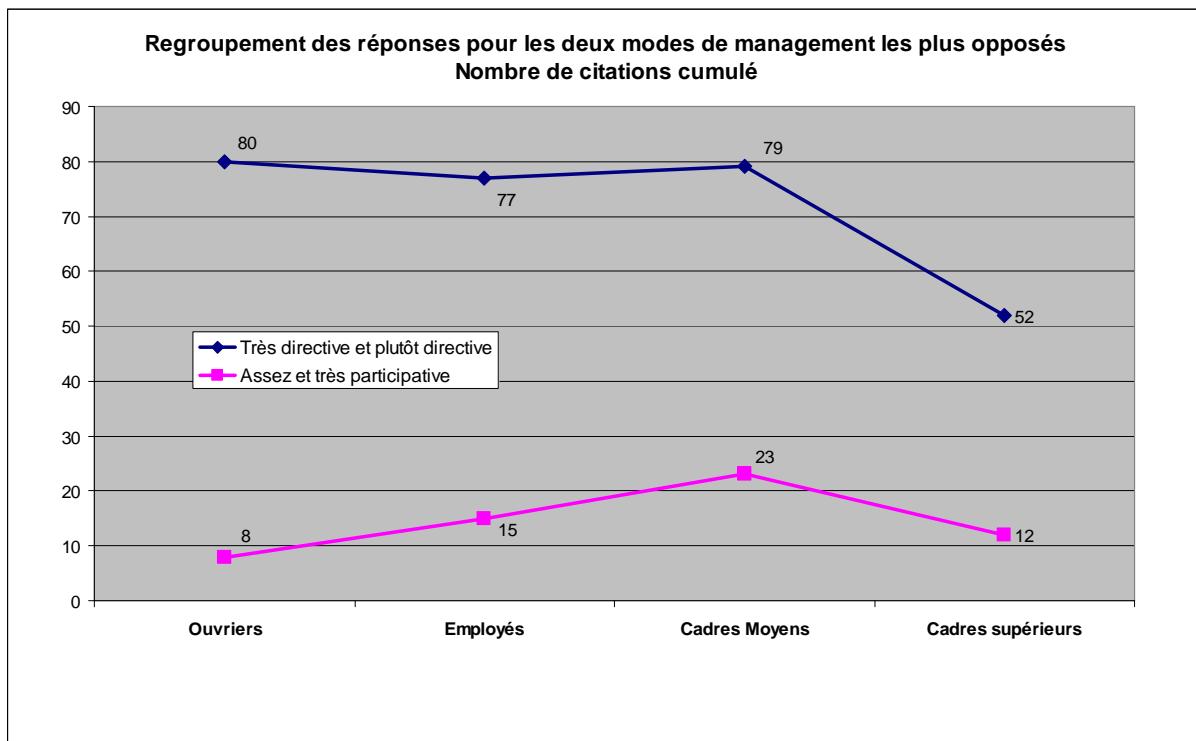


Est-ce pour autant dénué de tout intérêt ou de toute crédibilité ? De notre point de vue, dans l'optique où nous nous sommes placés, il nous paraît inopportun de refuser ou de sous-estimer une telle vision malgré sa composante subjective. Le caractère autoritaire et participatif nous permet d'examiner la manière dont certains acteurs en position d'observateur averti et permanent, ici les médecins du travail, vont interpréter la réalité sociale de l'entreprise. Ces

derniers intègrent dans leurs jugements sur l'état de santé des salariés la variable managériale. Alors que nous avons vu antérieurement que les médecins du travail étaient peu enclins à se prononcer lorsque nous employions l'expression de « *gestion du personnel* ». Tout se passe comme si l'expression *gestion du personnel* était réservée à une réalité sociale restreinte et circonscrite tandis que le type d'entreprise serait plus large ou neutre.

Pour donner une autre vision, plus claire encore, du premier graphique, nous avons regroupé les deux pôles de la question. D'une part, les entreprises « *autoritaires* » et « *plutôt autoritaires* » et de l'autre les entreprises « *assez participatives* » et « *très participatives* ». Il en résulte la représentation ci-dessous.

**Graphique n°15**



Si dans le graphique précédent, nous constatons que pour les entreprises de type autoritaire l'ensemble des catégories socioprofessionnelles pouvait souffrir, le regroupement des deux items extrêmes donne une vision différente. Il est assez singulier de vérifier, ici aussi, que ce sont les catégories socioprofessionnelles les plus basses qui souffriraient dans les systèmes autoritaires (ouvriers et employés) alors que dans les entreprises de type participatif ce sont surtout les cadres moyens qui sont touchés.

Pour cette dernière catégorie surtout, nous pouvons nous poser la question de la place des hiérarchies intermédiaires dans une organisation qui prône la participation directe ou, en tout cas, une certaine autonomie des salariés. En effet, certains travaux, tels que ceux de Stéphane Bellini et d'Anne Labit<sup>379</sup> montrent la difficulté des agents de maîtrise à se positionner au travers des attentes et des règles de l'entreprise et de leur représentation de leur métier ou

<sup>379</sup> Bellini, Stéphane, Labit Anne, *Des petits chefs aux managers de proximité*, Paris, L'Harmattan, (Coll. « logiques sociales »), 2005, 210 p.

fonction. Cette difficulté tend à paraître à différents niveaux de compréhension du travail, au niveau de la prescription, de l'interprétation au regard des possibles et leurs modes d'action. Le malaise de plus en plus croissant de ces catégories intermédiaires résulte de plusieurs facteurs. Le premier est d'ordre juridique. En France, les conventions collectives sont très ambiguës pour définir la place de ces salariés. Deuxièmement, souvent ces cadres moyens sont issus du corps des ouvriers ou des employés en fonction des entreprises. Cette nouvelle position, entre les exécutants et la direction de proximité, les place dans une situation difficile où managers et cadres supérieurs vont reprocher aux cadres moyens de ne pas faire du management alors que dans le même temps leurs propres subordonnés vont critiquer leurs ordres sans fondement technique. Enfin, l'évolution des organisations du travail se traduit par un aplatissement des échelons hiérarchiques qui rend leur position plus difficile à tenir.

Si nous revenons à la situation des ouvriers et employés dans les entreprises autoritaires, l'examen des réponses laisse entendre que les médecins du travail considèrent la gestion autoritaire comme étant plus significativement pathogène. Que nos interlocuteurs appartiennent à l'échantillon des entreprises au management autoritaire ou à celui des participatives ne change rien au constat : ils sont majoritaires dans les deux groupes à opter pour l'effet plus préjudiciable du management autoritaire. Est-ce à dire qu'un tel résultat confirme les informations développées concernant l'autonomie et la liberté décisionnelle ? Notre enquête ne permet pas de trancher de manière catégorique. Elle pose en revanche, la question de la perception que les médecins du travail peuvent avoir de la position des salariés au sein des entreprises et plus particulièrement du degré de résistance aux impositions externes. Nous évoquons la possibilité d'instaurer une régulation conjointe dans certaines entreprises qui permettrait d'atténuer les effets d'un contrôle plus important voire draconien des conduites des salariés. Un tel scénario suppose que les parties puissent négocier et aient la capacité d'élaborer une telle stratégie. Par ailleurs, nous pouvons probablement nous interroger sur la représentation plus favorable que les médecins du travail peuvent se faire de certaines catégories. En effet, tout se passe comme si les catégories supérieures étaient automatiquement moins sujettes aux contraintes de l'activité productive ou qu'elles y échappent. Aussi, cette vision peut résulter de l'expérience elle-même des médecins du travail dans la mesure où elle découlerait des seules situations observées. Autrement dit, est-ce que les médecins du travail ne seraient pas conduits à formuler un tel avis uniquement que parce qu'ils auscultent pour l'essentiel des ouvriers et des employés ? En effet, lorsque l'on scrute les résultats et les réponses émises par les médecins du travail, on observe une surreprésentation des médecins exerçant dans la branche agro-alimentaire, l'industrie du textile et l'habillement<sup>380</sup>. Une autre question à poser concerne la structure interne des entreprises. Est-ce que les entreprises participatives ne seraient pas davantage composées des cadres ? En principe, une telle remarque n'est pas pertinente dans la mesure où notre échantillon a prévu ce genre de biais en prenant soin d'être composé à parts égales d'entreprises de la même branche avec des effectifs similaires.

Doit-on penser que les ouvriers souffrent plus que les cadres dans les entreprises au management autoritaire ? Cette question ouvre une piste de travail intéressante car elle permet d'aborder les limites de notre approche. Si la participation salariale peut atténuer certains effets sur l'état de santé est-ce que ces effets se déclinent différemment en fonction de la position que la personne occupe au sein de l'entreprise ? Les études effectuées sur les conditions de travail montrent assez clairement l'intervention de cette variable dans

---

<sup>380</sup> A titre de rappel, ces deux branches représentent, dans notre enquête auprès des médecins du travail, d'une part, 18 % et, d'autre part, 13 %. Notre échantillon d'entreprise était équilibré mais les réponses effectives obtenues sont en léger décalage.

l'atténuation des répercussions sur la santé des salariés<sup>381</sup>. Ainsi les efforts physiques au travail s'ils s'accroissent, ils ne touchent pas de la même manière tous les salariés, les ouvriers et le personnel de soins des hôpitaux sont plus touchés que les employés de bureaux ou que les cadres.

### **3.3) - LA GESTION DU PERSONNEL : LE POINT DE VUE DES MEDECINS DU TRAVAIL**

Le point de vue que les médecins du travail pouvaient avoir sur la gestion du personnel des entreprises concernées et le lien avec la santé au travail n'allait pas de soi. Nous nous sommes heurtés à un problème d'interprétation – voire de compréhension - de notre questionnaire. En effet, lorsque nous employions l'expression « *gestion du personnel* », les médecins du travail semblaient bien moins concernés ou réceptifs que lorsque nous employions l'expression de « *gestions des ressources humaines* » ou de « *climat social* ». Autant ils ont paru à l'aise pour évoquer les effets du climat social sur la santé, autant le lien au type de gestion du personnel n'a éveillé que très malaisément et imparfaitement leur attention. Ainsi le nombre de réponses a été variable : pour la première option nous avons eu seulement 40 % des médecins du travail à s'exprimer sur ce lien et 60 % à ne pas répondre, alors que pour la question concernant les résistances les plus importantes dans le domaine de « *ressources humaines* » et « *relationnel* », les médecins du travail ont tous répondu sans exception. Il en va de même pour les questions concernant le climat social dans l'entreprise comme nous venons de le voir.

Les médecins du travail semblent ne pas trouver l'expression « *gestion du personnel* » trop significative à leurs yeux ? A moins que le lien leur paraisse si évident que répondre à une telle question relèverait du pléonasme ? Ou serait-ce, au contraire, que l'articulation entre les deux facteurs ne leur apparaîtrait pas spontanée et mériterait d'être approfondie ?

Nous n'avions mis à leur disposition que peu de questions concernant la « *gestion du personnel* », en revanche, nous avons inclus une série des questions nous permettant de nous donner une idée de la gestion du personnel. La première concerne le nombre des contrats à durée déterminée. Nous souhaitions savoir si les médecins du travail percevaient, depuis leur position, un usage plus ou moins important en matière de CDD selon les entreprises. Il apparaît que nos interlocuteurs ne différencient pas les deux échantillons en termes de nombre de CDD. Seul, l'item « *faible nombre* » distingue cependant les entreprises de type participatif en rassemblant de leur côté un pourcentage plus important, avec 13,5 % contre 10,5 % pour les entreprises autoritaires. Le reste des items ne font pas ressortir de différences significatives entre les deux échantillons.

Un autre critère que l'on aurait pu mobiliser pour différencier ces entreprises concerne les changements de direction à la tête de l'entreprise et l'appréciation portée sur ces derniers.

---

<sup>381</sup> Voir par exemple les premières synthèses de la DARES, notamment M. Cézard et S. Hamon-Cholet, « Efforts et risques au travail », *Premières synthèses*, n° 16.1., 1999. Aussi voir de J. Bué et C. Rougerie, « L'organisation du travail : entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, n°32.1. 1999.

Il apparaît selon le témoignage des médecins du travail que ce critère ne restitue pas non plus de nette différence entre les deux groupes. Ainsi, 42 % des médecins déclarent qu'il n'y a pas eu de changements de direction d'entreprise, 17 % déclarent que ce changement a eu lieu depuis moins d'un an, 6,8 % depuis deux ans et 24 % depuis plus de deux ans. Entre les catégories d'entreprises, nous n'avons pas de réelles différences sauf pour les changements datant de moins d'un an où les entreprises de type participatif se distinguent.

Quant aux réponses concernant l'appréciation portée sur ces changements (pouvant aller de la satisfaction à l'insatisfaction en passant par l'absence d'appréciation), leur exploitation ne peut guère être envisagée : 40,7 % des médecins du travail n'ont pas répondu à la question et 18 % d'entre eux ont opté pour l'item « autre » en signalant surtout une « *inquiétude face à l'avenir* » de la part des salariés. S'agissant des autres items de satisfaction ou d'insatisfaction, aucun ne permet de distinguer les deux échantillons des entreprises.

Assez curieusement pourtant, lorsque l'on demande aux médecins du travail de nous qualifier le type de management présent dans l'entreprise dont ils ont la responsabilité, nous obtenons des différences importantes et significatives entre les deux échantillons d'entreprises. En effet, il apparaît que les médecins interrogés pour les entreprises de type autoritaire sont plus nombreux à considérer que la gestion du personnel peut être définie comme « *très directive* » à 11,4 % contre seulement 1 % des médecins d'une entreprise participative. De même, les médecins du travail des entreprises autoritaires sont 8,6 % à considérer que le qualificatif de la gestion du personnel qui s'applique le mieux c'est « *assez participatif* » contre 12,4 % des médecins du travail des entreprises participatives. Pour les autres items, les différences ne sont pas significatives.

Nous voyons à travers ces résultats, soit que les médecins du travail n'identifient pas assez nettement leur entreprise, soit que la constitution de notre échantillon avec l'inspection du travail et les centrales syndicales n'ait pas été aussi contrastée qu'il eut été souhaitable, soit un mélange des deux. En guise de réconfort, on notera que l'écart logique est néanmoins suffisamment significatif pour valider la distinction. Il se peut, en définitive, que cette piste ait été mal exposée de notre part aux médecins du travail et que les simples critères de changement de direction ou de nombre de CDD n'aient pas suffi à faire ressortir une différence.

### **3.4) LES DOUTES DES SALARIES : L'EPREUVE FOCALE DE LA RECONNAISSANCE**

Le lieu du travail constitue un élément central de la construction de l'identité sociale des acteurs sociaux. En permettant à ceux-ci de construire de nouveaux liens affectifs fondés sur d'autres registres que ceux que l'on peut observer en d'autres lieux, le travail participe ainsi à la construction du lien social. Seulement, ce dernier a été considérablement modifié ou affecté ces dernières années à en croire les enquêtes et les travaux de certains sociologues<sup>382</sup>. Dans un contexte de régression du mouvement ouvrier, d'effondrement de ses mythes mobilisateurs et de ses pratiques solidaires, qui semble assurer le triomphe du libéralisme anglo-saxon, jusque dans les orientations institutionnelles européennes, on assisterait à une nouvelle forme de lien

<sup>382</sup> Sur ce sujet voir l'article de C. Thuderoz, « Du lien social dans l'entreprise. Travail et individualisme coopératif », *Revue française de sociologie*, XXXVI, 1995, pp. 325-354.

social qui mettrait en avant un rapport privilégiant l'individualisation au détriment du collectif.

Un tel questionnement trouve écho dans les travaux que nous avons exposés dans les parties précédentes concernant les médecins généralistes et leur point de vue sur la reconnaissance sociale et les doutes exprimées par leurs patients. En effet, nous avons vu que les médecins généralistes faisaient état d'un doute généralisé chez leurs patients notamment concernant la reconnaissance sociale au travail. Il semblerait ainsi que le lien social change de nature ou de forme et que la proximité avec autrui ne suffit plus à donner du sens à l'activité. Ainsi l'interdépendance et l'interconnaissance nécessaires au développement des relations sociales à l'intérieur d'une entreprise se trouvent transformés. Or, comme nous le rappelle le philosophe E. Levinas, la proximité avec autrui ne provient pas uniquement de la connaissance que l'on peut avoir mais de sa simple présence. Autrement dit, lorsqu'il y a autrui à nos côtés, nous sommes engagés et responsables<sup>383</sup>. Dans le cadre des entreprises, cela se traduit par une acceptation de l'idée que les acteurs sociaux ne sont pas seulement engagés pour partager un objectif commun dans l'organisation du travail mais également l'engagement nécessite une certaine réciprocité dans les rapports sociaux. Selon A. Honneth, cette réciprocité est à la base de la reconnaissance sociale dans notre société. Plus précisément, la reconnaissance passe par un déplacement de l'approche et vise à laisser de côté les approches ontologiques de la reconnaissance qui considèrent que celle-ci est attachée à un individu. Pour Honneth, il faut s'intéresser à l'intersubjectivité qu'implique la reconnaissance. Cette dernière est un processus qui suppose la conscience d'autrui notamment pour une activité telle que celle du travail. Autrement dit, une réciprocité entre soi et autrui. Dans ce sens, les travaux effectués par C. Dejours, S. Paugam, T. Karasek et M. Gollac et C. Baudelot convergent pour nous montrer et alimenter l'idée que les salariés font l'expérience du « mépris social ». Le mépris social étant cette forme de dénégation de l'autre dans son existence sociale<sup>384</sup>. L'individu recherche dans son activité professionnelle une communauté lui permettant de trouver une identité sociale et une signification à ses conduites. L'intensification du travail et certaines formes de management freinent ou rendent difficile tout semblant de reconnaissance sociale. Selon A. Honneth il existe trois formes de reconnaissance sociale : l'amour, le droit et la solidarité. La première forme désigne les rapports primaires de l'individu et peut caractériser une communauté précise et restreinte d'individus. Les liens affectifs occupent ici une place centrale et sont illustrés pour l'essentiel par la famille. La seconde forme de reconnaissance sociale, le droit, implique « tout d'abord que la relation dans laquelle l'alter et l'ego se respectent réciproquement comme des sujets de droit parce qu'ils ont l'un comme l'autre connaissance des normes sociales qui président, dans leur communauté, à la répartition légitime des droits et des devoirs »<sup>385</sup>. Enfin la troisième forme, la solidarité, caractérise l'honneur social ou l'estime social. « La solidarité, explique Honneth, désigne en première analyse une sorte de relation d'interaction dans laquelle les sujets s'intéressent à l'itinéraire personnel de leurs vis-à-vis, parce qu'ils ont établi entre eux des liens d'estime symétriques »<sup>386</sup>.

Dans le cas qui nous intéresse, ce sont les deux dernières formes de reconnaissance sociale qui se trouvent affectées en priorité, quoique le témoignage du généraliste de Tarbes ait pu attirer notre attention sur la première pour les cas de délocalisation. Pour la reconnaissance sociale de droit, nous observons dans bien des situations l'impossibilité pour les salariés de

<sup>383</sup> Voir E. Levinas, *Ethique et infini*, Paris, Livre de poche, (Coll. « Essai »), 1984, 120 p.

<sup>384</sup> Sur le sujet lire l'ouvrage d'Axel Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, op.cit., p. 163.

<sup>385</sup> *Op. Cit.* p.133.

<sup>386</sup> *Idem.* P. 156.

faire respecter les normes communes, et la répartition légitime des droits et des devoirs. Les différentes formes de violence au travail, les licenciements abusifs, le non-respect des normes de sécurité, etc., sont autant d'éléments qui se conjuguent dans le déni de reconnaissance. Mais la reconnaissance sociale se trouve aussi questionnée du côté de l'idée de la solidarité. En effet, dans certaines entreprises, nous allons observer un mépris social s'installer se traduisant par l'omission ou la minorisation de la prise en compte de l'itinéraire personnel des salariés. L'estime réciproque que les interactions sociales devraient instaurer ne parvient pas à subsister car les modes d'organisation ne tiennent pas compte des réalités personnelles. La mise en pré-retraite constitue une forme de mépris social pour certains salariés. Elle occulte leur parcours en ne tenant nullement compte des acquis qu'ils représentent. Une véritable reconnaissance consisterait, ici, à les faire fructifier, notamment par les apports ou transmissions des savoirs que de tels salariés pourraient effectuer.

Pour mesurer et évaluer ce phénomène, nous avons demandé aux médecins du travail de se prononcer en deux temps. Tout d'abord, en témoignant d'un regard général et global sur une question aussi prégnante. Ensuite, en spécifiant les mêmes remarques à partir des entreprises de l'échantillon. Les résultats sont suffisamment intéressants pour mériter un commentaire.

**Tableau N°31 : Vos salariés expriment-ils des doutes quant à... En général (classement par ordre d'importance) :**

Doutes en général	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.	Nb. cit.	Fréq.
	rang : 1		rang : 2		rang : 3		rang : 4	
Non réponse	4	4,3 %	0	0,0 %	3	3,3%	15	16,3 %
Leurs qualités professionnelles	2	2,2 %	10	10,9 %	10	10,9 %	45	48,9 %
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	25	27,2 %	32	34,8 %	24	26,1 %	6	6,5%
Leur résistance physique (épuisement professionnel)	8	8,7 %	19	20,7 %	41	44,6 %	13	14,1 %
Un manque de reconnaissance à leur égard	50	54,3 %	25	27,2 %	9	9,8%	4	4,3%
Autres	3	3,3 %	2	2,2 %	1	1,1%	2	2,2%
TOTAL observations.	92	100 %	92	100 %	92	100 %	92	100 %

Premièrement, les médecins du travail tout comme les médecins généralistes, cela mérite d'être souligné, classent au premier rang « *un manque de reconnaissance à leur égard* » comme étant le principal doute exprimé par les salariés avec 54,3 %. Au second rang, arrive « *le fait de ne pas pouvoir gérer le temps* » avec 34,8 % qui nous renvoie vers le phénomène d'intensification et vers la latitude décisionnelle des salariés. Ces derniers ne disposant pas des moyens nécessaires pour faire évoluer ce critère. En troisième rang nous trouvons « *leur résistance physique –épuisement professionnel* » avec 44,6 %, des médecins du travail l'ayant classé en troisième position. Cette inversion de rang de classement entre ces deux dernières réponses par rapport aux médecins généralistes peut s'expliquer par la différence de contexte et de rôle. En face d'un médecin du travail attaché à son entreprise, le salarié peut hésiter et être tenté de minimiser les doutes sur ses capacités physiques afin de ne pas hypothéquer sa

place dans l'entreprise, d'où cette sous-déclaration plausible. En ce sens, la question des rythmes de travail et de la gestion du temps l'inquiète moins car elle prête moins à conséquence, la responsabilité étant au moins partagée avec la direction. A l'inverse, face à un généraliste, l'enjeu n'est plus le même et il sera davantage porté à s'inquiéter sur sa condition physique pour obtenir de lui un diagnostic de son état global et, ainsi, savoir où il en est. Enfin, tout comme dans le cas des généralistes, le dernier rang est occupé par « *leurs qualités professionnelles* » avec 48,9 % des choix exprimés selon les médecins du travail.

Il est intéressant de noter à la lecture de ce tableau que pour les médecins du travail les doutes que les salariés expriment ne concernent pas leurs connaissances professionnelles ou leurs qualifications et compétences. Il s'agit de souligner pour l'essentiel que ce lien social dans l'entreprise est touché, tel que nous l'avons décrit ci-dessus.

Une première lecture du croisement avec notre variable type d'entreprise –autoritaire et participative- de ces réponses (cumulées) avec notre échantillon redressé ne fait pas ressortir des différences notables entre les deux groupes des médecins du travail. En revanche, lorsque l'on demande aux médecins du travail de s'exprimer plus particulièrement sur l'entreprise de l'échantillon, on observe des écarts significatifs pour les items suivants :

**Tableau N°32 : Vos salariés expriment-ils des doutes quant à (selon l'entreprise)...**

Doutes selon l'entreprise	Nb. cit. (rang 1)	Fréq.	Nb. cit. (rang 2)	Fréq.	Nb. cit. (rang 3)	Fréq.	Nb. cit. (rang 4)	Fréq.
Non réponse	2	2,2%	9	9,8%	7	7,6%	15	16,3%
Leurs qualités professionnelles	3	3,3%	3	3,3%	15	16,3%	38	41,3%
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	25	27,2%	35	38,0%	14	15,2%	7	7,6%
Leur résistance physique (épuisement professionnel)	21	22,8%	19	20,7%	27	29,3%	8	8,7%
Un manque de reconnaissance à leur égard	35	38,0%	24	26,1%	14	15,2%	4	4,3%
Autres	4	4,3%	0	0,0%	4	4,3%	2	2,2%
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>		<b>92</b>		<b>92</b>		<b>92</b>	

Les proportions sont un peu différentes mais les tendances se confirment. Au premier rang, arrive « *un manque de reconnaissance à leur égard* » avec 38 % des médecins du travail ayant placé en tête cette récrimination de leurs patients. Parmi ces 38 % des médecins du travail, 59 % sont des médecins du travail des entreprises de l'échantillon autoritaire. Si l'on précise davantage et que l'on regarde uniquement les réponses des médecins du travail des entreprises autoritaires, on retrouve 48 % des médecins du travail qui classent en premier rang « *Un manque de reconnaissance à leur égard* » contre 26,2% pour les médecins du travail des entreprises participatives. Pour ces derniers, c'est « *le fait de ne pas pouvoir gérer le temps* » qu'arrive en tête avec 31 % des réponses.

Les deux groupes observent donc des différences importantes et classent en tête le manque de reconnaissance mais celle-ci se décline différemment lorsque l'on regarde uniquement les réponses de chaque groupe de médecins du travail. Il semblerait que le mode de management

jouerait un rôle de médiateur ou de modulateur que reste à préciser. En effet, lorsque nous cumulons les réponses données par les médecins du travail sans tenir compte de leur classement par rang, nous observons une différence très nette entre les types d'entreprise. Le tableau ci-après illustre le résultat du regroupement.

**Tableau N°33 : Les doutes dans l'entreprise de l'échantillon en fonction du mode de management**

Type d'entreprise Doutes (selon entreprise)	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Leurs qualités professionnelles	74,0 % (37)	57,1 % (24)	66,3 % (61)
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	92,0 % (46)	83,3 % (35)	88,0 % (81)
Leur résistance physique (épuisement professionnel)	90,0 % (45)	73,8 % (31)	82,6 % (76)
Un manque de reconnaissance à leur égard	92,0 % (46)	76,2 % (32)	84,8 % (78)
Autres	12,0 % (6)	14,3 % (6)	13,0 % (12)
NSP	0,0 % (0)	4,8 % (2)	2,2 % (2)
Non réponse	0,0 % (0)	4,8 % (2)	163,0 % (2)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (180)</b>	<b>100 % (132)</b>	<b>100 % (312)</b>

Ce qui ressort de ce tableau c'est tout d'abord la confirmation du besoin massif de reconnaissance chez le salarié et le rôle que celle-ci joue dans la souffrance au travail et ses séquelles sur la santé, ensuite l'écart sensible qui distingue sur ce sujet les entreprises autoritaires des entreprises participatives (16 points).

\*

## RESULTAT D'EXPLOITATION DES STATISTIQUES DE LA CRAM

Dans les chapitres précédents, les résultats obtenus portaient sur des informations issues de sondages réalisés auprès de professionnels de la santé, médecins généralistes et médecins du travail. Il ressort de ces premières démarches que les différences de systèmes de relations sociales au sein des entreprises sont belles et bien perçues par eux comme telles pour leurs incidences sur la santé. Au-delà du simple constat d'écart entre les deux formes de gestion du personnel, il apparaît également que les attitudes des médecins du travail et des médecins généralistes face à ce problème ne sont pas identiques en tout point. Bien que congruentes, ces observations relevaient du seul registre des témoignages collectés auprès de spécialistes dont l'expérience invite à accorder foi à leurs paroles. Ce qui n'est déjà pas rien, mais mérite des vérifications exemptes de toute subjectivité pour prétendre au statut de vérité scientifiquement établie. Désormais, nous abordons le domaine des statistiques objectives.

Pour compléter les résultats des médecins du travail, nous allons nous intéresser aux informations provenant des services publics. Nous permettant d'avoir un autre indicateur de la situation entre les deux groupes d'entreprises. Les données issues de la sécurité sociale fourniront un indicateur supplémentaire de disparité tout en permettant d'avoir une autre vision de l'état de santé des salariés. En exploitant les statistiques des accidents du travail (AT) et des maladies professionnelles (MP), nous pouvons espérer facilement situer les entreprises les unes par rapport aux autres si, effectivement, elles se distinguent. Toutefois, il convient de préciser ici que les données, que nous allons présenter, seront exposées de manière globale, par branche ou par groupe d'entreprises, et non pas de manière individuelle (entreprise par entreprise). Comme nous l'indiquions dans notre chapitre méthodologique, pour des raisons de confidentialité, nous ne sommes pas en mesure de présenter les résultats au niveau de chaque entreprise. Par conséquent, c'est de manière globale et par branche professionnelle que nous allons exposer nos résultats.

Dans un premier temps, nous allons situer les spécificités régionales de la zone dans laquelle nous avons effectué notre enquête en les confrontant aux statistiques nationales. Une fois présentées les grandes tendances et les caractéristiques de la réalité locale, nous présenterons les résultats globaux de nos deux groupes d'entreprises. Puis l'analyse s'attardera sur la situation de quelques branches en comparant les deux groupes<sup>387</sup>. Enfin nous terminerons par un regard sur l'ensemble des nos données de la Sécurité sociale pour voir, selon un cheminement inverse, si, lorsque nous fusionnons les deux groupes en un seul pour n'en extraire, cette fois, toujours par branche, que les résultats « santé » opposés extrêmes, nous obtenons les mêmes résultats, c'est-à-dire une distinction par le mode de management.

---

<sup>387</sup> Concernant les branches professionnelles, nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que la Sécurité sociale ne regroupe pas de la même manière les branches professionnelles. En effet, son classement obéit au principe du risque prédominant dans l'entreprise pour classer l'établissement dans telle ou telle branche (ou CTN). Il ne s'agit pas d'un classement de type INSEE. Concernant notre échantillonnage, nous nous sommes inspirés plutôt de la nomenclature de l'INSEE plutôt que celle de la sécurité sociale.

# I LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES EN FRANCE ET DANS LA REGION ETUDIEE

## **1.1) LA SITUATION EN FRANCE ET DANS LA REGION ETUDIEE**

Les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles en France sont publiées de manière régulière par la CNAMTS. Elles ne concernent que les accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP) ayant entraîné un arrêt de travail et le versement d'une indemnité. La période qui nous intéresse ici est celle qui s'étale de l'année 2001 à l'année 2003. Pour des raisons de compréhension de notre démarche nous allons nous concentrer sur ces trois années mais pour situer l'évolution des accidents du travail et des maladies professionnelles nous allons sporadiquement rappeler les grandes tendances. Par ailleurs, les statistiques technologiques de la CNAMTS, comme nous l'indiquions dans la partie méthodologique, souffre d'un certain nombre de limites sur lesquelles nous ne reviendrons pas. En revanche, il nous semble intéressant de noter que notre travail permet de joindre une nouvelle variable à ces données. Le fait d'introduire la « variable gestionnaire » pour la compréhension de la situation déplace la lecture classique, mais nécessaire, des AT et MP. Par conséquent, nous allons rappeler très rapidement les principales tendances des statistiques AT et MP en France et dans notre région, pour déplacer le curseur en nous s'appuyant sur nos deux principales variables.

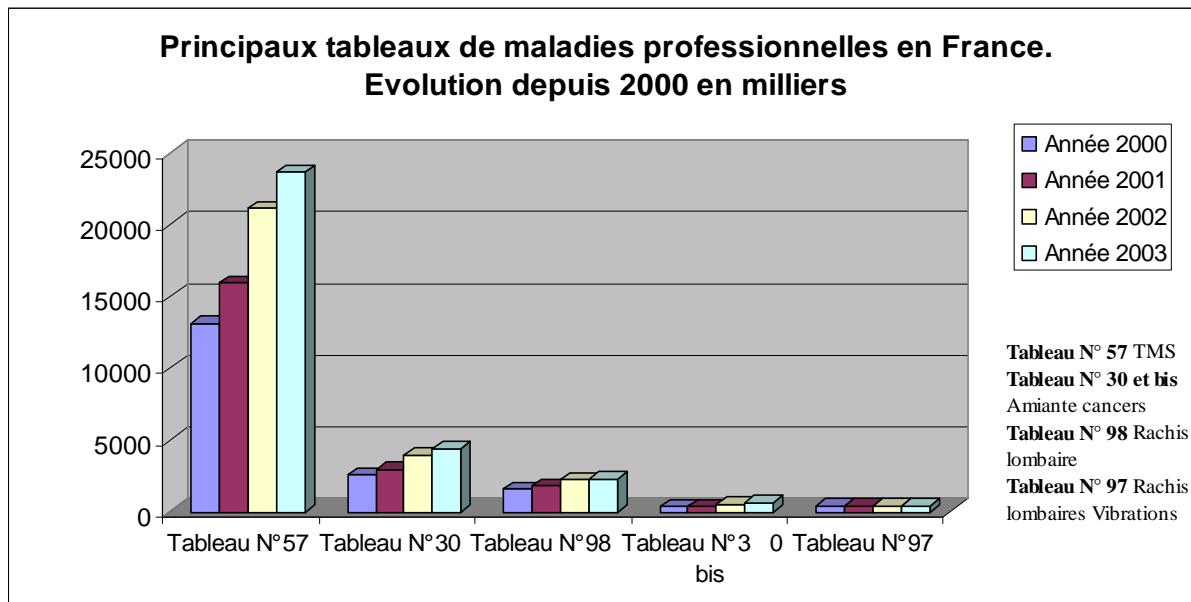
Le nombre des AT pour notre période en France est en recul de 5,1 % selon la CNAMTS. En revanche, pour la même période, le nombre des accidents graves augmente de 3,8 %. En 2003, les AT étaient à l'origine de plus 36,1 millions de journées perdues pour incapacité temporaire. Aussi, l'indice de gravité avait-il augmenté cette année-là de 13,8 %. Par conséquent, si l'on observe bien un recul tendanciel du nombre des AT en France depuis les années 1970, en revanche, cette constante cache des mouvements en profondeur. Le secteur tertiaire est devenu un secteur pourvoyeur de victimes des AT détrônant les secteurs classiques comme l'industrie et le textile ou le bois. Par exemple, en 2003, les comités techniques nationaux (CTN) du commerce et des services ont représenté, en 2003 toujours, 13,8 % des accidents avec arrêts. Ces secteurs réunis occupent la troisième place en termes d'AT juste derrière le BTP et l'alimentation.

Par conséquent, derrière des résultats globaux qui peuvent réjouir les décideurs publics en raison du fléchissement du nombre d'AT ou de la diminution du nombre des décès (- 3,6 % entre 2002 et 2003) l'analyse mérite d'être affinée. Il existe toujours des constantes et des évolutions. Parmi les constantes nous pouvons donner un profil type de l'accidenté du travail : de sexe masculin, plutôt ouvrier, intérimaire, peu qualifié, avec peu d'expérience professionnelle et jeune (moins de 26 ans). Ce profil évolue et se modifie au gré des branches. Nous trouverons, par définition, davantage un profil de sexe féminin du côté des métiers de la santé ou dans les entreprises de nettoyage industriel que des entreprises du BTP. Mais les autres variables persistent : ouvrier ou employé, peu qualifié, intérim, etc.

Durant cette période, le nombre des maladies professionnelles reconnues par la CNAMTS n'a pas cessé de croître. On observe, entre l'année 2002 et 2003, une augmentation de 16,9 % (on passe de 13 444 MP avec IPP en 2002 à 15 713 en 2003). L'augmentation globale des MP

régées est de 10,1 %. Cette augmentation des MP est générale mais touche essentiellement les tableaux de maladies professionnelles N° 57 (celui des TMS) et N° 30 (celui des victimes de l'amiante). En 2003, c'est la métallurgie qui a donné lieu au nombre le plus important de décès avec 35, suivi du BTP avec 19 décès dus aux MP.

**Graphique n° 16**

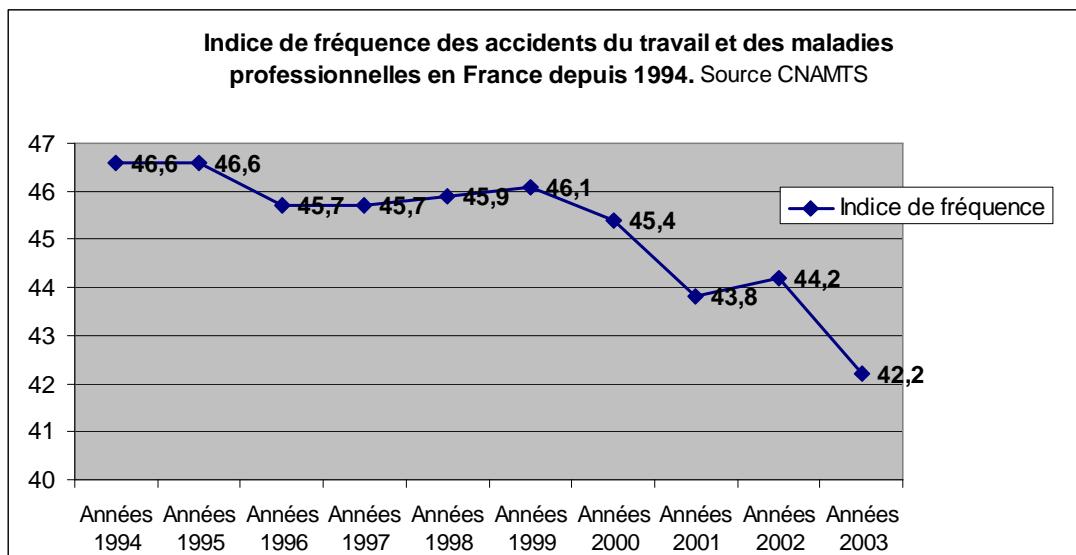


Comme le montre le graphique ci-dessus, le nombre de MP en France pour certains tableaux n'a pas cessé de croître. Ainsi le tableau N° 57 « affections périarticulaires » a presque doublé entre 2000 et 2003, le nombre de TMS, passant de 13 104 cas à 23 672. Il en va de même concernant les maladies liées à l'amiante (tableau N° 30 et 30 bis). Pour le premier tableau nous passons de 2564 cas reconnus en 2000 à 4366 en 2003. Le tableau 30 bis double ses effectifs avec 346 en 2000 pour atteindre 652 en 2003. Nous constatons globalement en France une tendance à la reconnaissance des certaines MP qui concerne certains tableaux (N°30, N° 57) et qui contribue à alimenter l'augmentation globale.

Un autre indicateur mobilisable pour connaître la situation française en matière d'AT et de MP est l'indice de fréquence. Cet indice a le mérite de relativiser les chiffres absolus en les rapportant à la population active réelle dont on sait qu'elle évolue<sup>388</sup>. Le graphique ci-dessous expose l'évolution de l'indice de fréquence des AT et MP avec arrêt depuis 1994.

<sup>388</sup> L'indice de fréquence s'obtient de la manière suivante = nombre d'accident avec arrêt/divisé par le nombre de salariés, multiplié par 1 000.

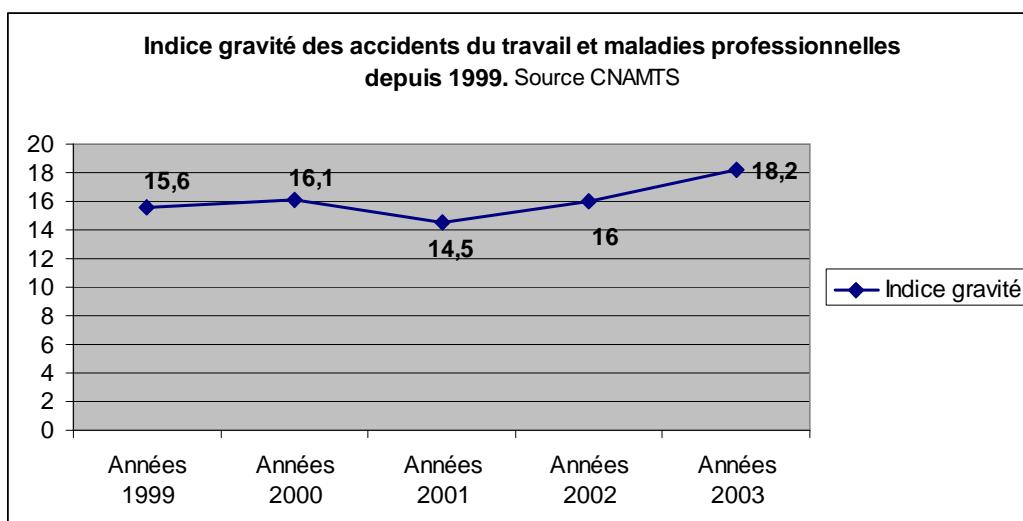
### Graphique n°17



Il apparaît très clairement que les accidents du travail et les maladies professionnelles sont en nette diminution en termes de fréquence depuis 1994. La stabilisation relative de cette baisse observée entre 1996 et 1999 correspond à une période qui concorde avec un enregistrement de la croissance économique en France. En effet, lorsque l'activité économique est plus forte ou plus dense, le nombre des accidents du travail tend à augmenter. Cette remarque nous l'avons déjà développé dans les parties précédentes.

En revanche, la situation n'est pas la même concernant l'évolution de l'indice de gravité<sup>389</sup>. Cet indice a été élaboré pour avoir une idée de l'évolution de la gravité des AT ou des MP en France. Il suppose de connaître le nombre d'heures travaillées par les salariés, élément qui peut être facilement critiqué. Toutefois, il nous permet d'avoir un aperçu général de la situation.

### Graphique n°18



<sup>389</sup> L'indice de gravité s'obtient = Total des taux d'IP divisé par le nombre d'heures travaillées et multiplié par 1 000 000.

Si l'indice de fréquence marque une baisse depuis 1994, la situation est inversée avec l'indice de gravité<sup>390</sup>. En effet, la fin des années 1990 a été marquée par une reprise économique en France. Comme nous venons de le signaler, les périodes de forte reprise économique se caractérisent par une augmentation des accidents du travail notamment graves (Cf. P. Askenazy 2002 et Solins, 1976). Ainsi la problématique aujourd'hui n'est pas tellement de constater la baisse du nombre des AT et des MP mais de cerner les évolutions de la structure interne de cette diminution. Nous avons moins d'accidents du travail mais ils sont plus graves et avec une variabilité d'un secteur à l'autre. Pour la CNAMTS, c'est notamment les CTN services I (banques et assurances) qui enregistre la hausse la plus importante + 24 % suivi du CTN services I (santé et travail temporaire) + 21 %, enfin le CTN de la Chimie et plasturgie + 20 % et le CTN de l'Alimentation + 17 %. L'ensemble des accidents du travail et des maladies professionnelles en France a représenté en 2003, une dépense de plus de deux milliards d'euros (2 131 532 000 €).

Quelle est la situation dans la région de notre étude ? Observe-t-on les mêmes tendances nationales ?

La région où se déroule notre enquête englobe pour le régime général environ 700 000 salariés. Le régime général, comme nous l'avions expliqué plus haut, exclut de son champ d'autres catégories de salariés non affiliés tels que les agriculteurs, artisans ou libéraux.

Globalement, nous pouvons dire que les tendances observées dans notre région sont similaires à la situation nationale. Ainsi l'indice de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles n'a pas cessé de diminuer. Toutefois, une particularité se distingue qu'il convient de noter.

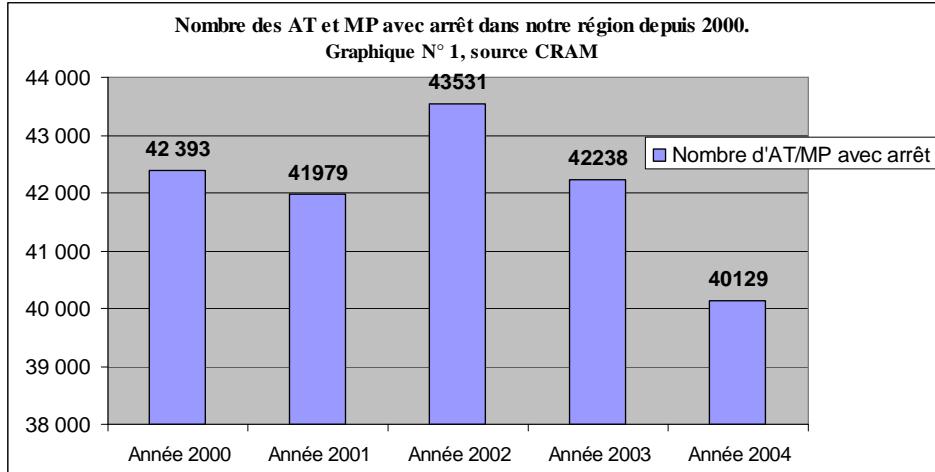
Selon les données de la CRAM, l'indice de fréquence en Bretagne était jusqu'à 1984 inférieur à la moyenne nationale. Depuis, l'indice a décollé et continue à la date d'aujourd'hui à être supérieur à la moyenne nationale. A titre d'exemple, en 2000, l'indice de fréquence en France est de 44,1 alors que celui de la région étudiée est de dix points supérieur avec 54,7. Ces indices, en 2001, sont les suivants : 42,8 pour la France et 53,3 pour la région ; en 2002, respectivement 43 et 51,7. En 2003, ils sont passés à 43 pour la moyenne française et 50,9 pour la région. Si l'année 2004 marque une baisse sensible en passant à 46,9, il reste que la région demeure au-dessus de la moyenne nationale.

Par conséquent, nos travaux ce sont déroulés dans une région où la fréquence des AT et des MP a certes baissé depuis plus de 30 ans mais où cette baisse est moins forte que la moyenne de la France. Un tel phénomène interroge sur les particularités de la région notamment en termes d'évolution des conditions de travail et de répercussions des modes de management. Est-ce que dans notre région les politiques managériales se différencient fortement d'autres régions ? Est-ce que les organisations du travail mises en place sur notre territoire sont différentes ? Accentuent-elles certains éléments générant un plus grand nombre d'AT ou de MP ? Comportent-elles davantage de secteurs à risque ? Ou s'agit-il d'un tissu socio-économique qui respecte mieux les procédures et déclare plus facilement laissant, ainsi, supposer un phénomène de sous-déclaration des AT et des MP plus accentué sur le reste du territoire national ? Le matériel dont nous disposons ne nous permet pas de répondre à ces interrogations mais il pointe une dimension qui nous paraît cruciale dans notre approche, à savoir : la gestion des conditions de travail au sein de l'entreprise.

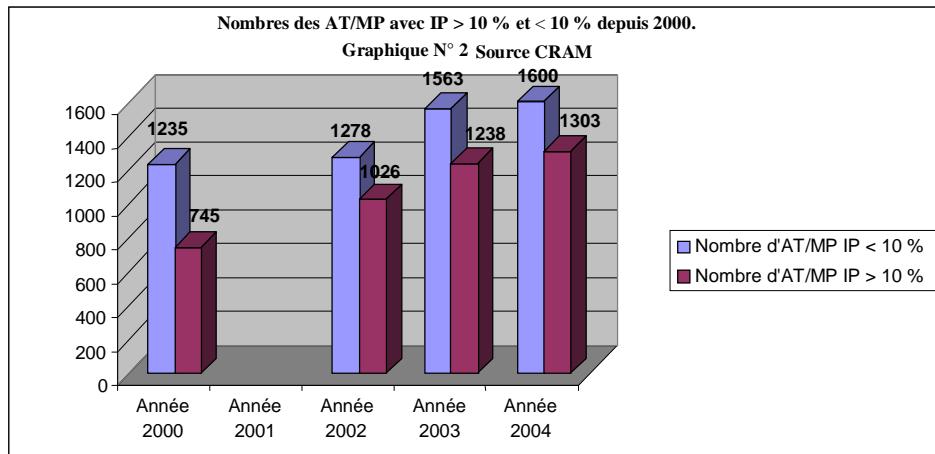
<sup>390</sup> L'indice de gravité s'obtient en additionnant la totalité de taux d'IP divisé par le nombre d'heures travaillées multiplié par 1000 000.

Le graphique, ci-dessous, présente la situation actuelle de la région en ce qui concerne le nombre des AT et des MP avec arrêt. Ce nombre d'arrêts n'a pas cessé de varier au cours des cinq dernières années ; toutefois, après le pic de l'année 2002, il semblerait que l'on commence à percevoir une baisse.

**Graphique n°19**



**Graphique n°20**



*Nb. Pour l'année 2001 les informations ne sont pas disponibles.*

Il reste que cette baisse soulève une autre question liée à la structure de l'évolution du nombre des AT et MP. En effet, suivant une évolution similaire à la situation nationale, les AT et MP sont moins nombreux mais la gravité de ces derniers ne cesse visiblement de croître. Si nous prenons comme indicateur les AT et MP avec un taux d'incapacité inférieur et supérieur à 10 %, nous pouvons obtenir un autre résultat qui reflète une évolution nettement différente de la précédente. Il semblerait que les AT et les MP se transforment sensiblement d'un point de vue qualitatif dans la mesure où les IP ne font qu'augmenter depuis 5 ans dans la région. Autrement dit, il y aurait moins d'AT et de MP mais aux conséquences plus graves.

Le graphique N° 20 représente la tendance brute en termes du nombre des AT et MP avec un taux d'IP supérieur et inférieur à 10 %. Ainsi en 2000 le nombre des AT/MP avec un taux >

10 % n'était que de 745 alors qu'en 2004 il est de 1303. Cette forte augmentation - presque le double - montre bien le changement qualitatif des AT et MP dans notre région.

Plus précisément, dans la région Bretagne, ce sont pour l'essentiel le CTN Bâtiment et travaux publics et le CTN Bois et ameublement qui ont des valeurs supérieures à la moyenne de la zone. En effet, en 2004, 2,42 salariés sur 1000 ont eu un accident du travail grave dans la région en moyenne tandis que le CTN Bâtiment et travaux publics affiche un indice de 6,3 et le CTN Bois et ameublement de 4,42 pour la même année.

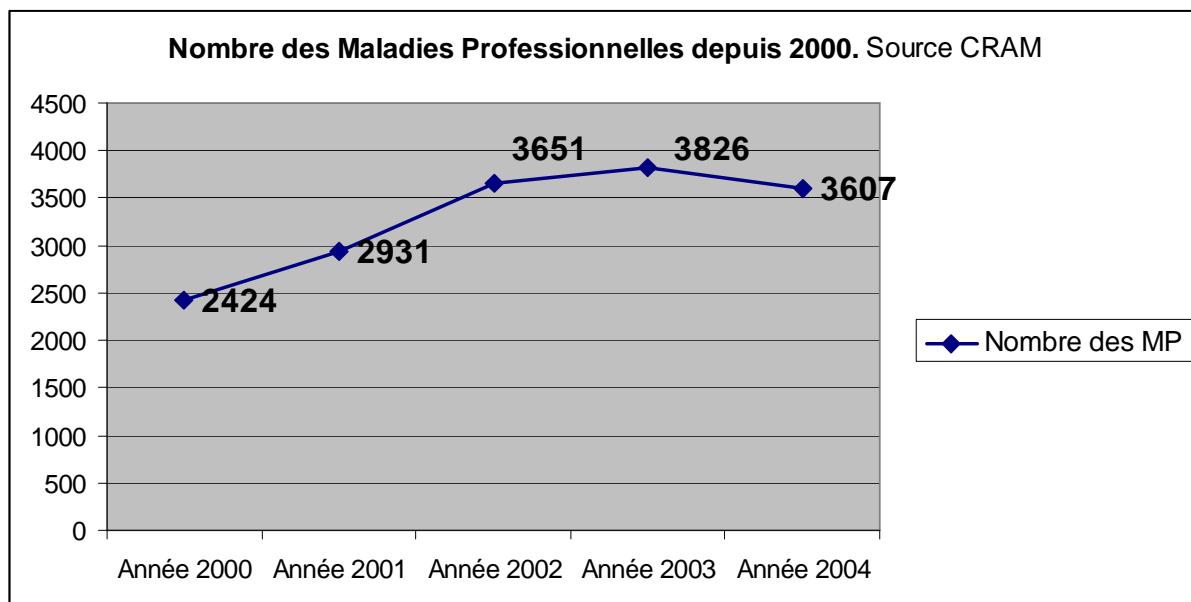
Pour l'indice de fréquence, la moyenne régionale des AT avec arrêt est de 46,8. Il se dégage des données fournies par la CRAM que les CTN de Bâtiment et travaux publics (106,5), le CTN Transport, gaz et électricité (52,2), le CTN Alimentation (64,62), le CTN Bois et ameublement (66,2) et le CTN Activités de services et intérim (50,9) sont supérieurs à la moyenne régionale.

Nous avons donc une situation assez contrastée en fonction de l'indice que l'on utilise et en fonction du CTN que l'on examine dans notre région.

Concernant cette fois-ci les MP, la situation de la région Bretagne n'est guère différente de celle de la France avec, nous le verrons, quelques spécificités dues pour la plupart à la structure du tissu socio-économique de la région.

Depuis 2000, le nombre des MP dans notre région est en augmentation avec une croissance de 48 %. Toutefois, nous remarquons une baisse en 2004 de l'ordre de 5,7 %. Cette baisse cache une évolution plus grave encore car l'évolution du nombre de journées perdus par IP a progressé de plus de 13,9 % en 2004. Comme pour les AT, les MP sont moins nombreuses mais elles deviennent plus graves et par conséquent plus coûteuses en termes de soins.

**Graphique n°21**



Quelles sont les principales maladies professionnelles reconnues dans la région de l'enquête ? Comme pour la situation nationale les données font ressortir les mêmes tableaux. On observe ainsi les tableaux suivants parmi les plus forts accroissements :

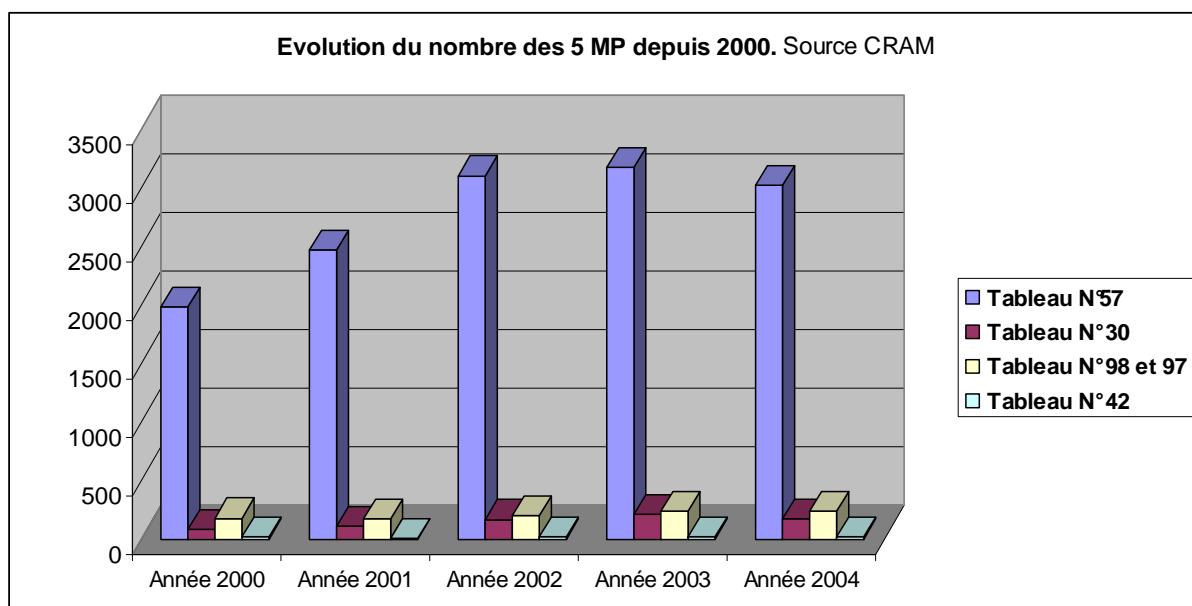
Tableau n° 57 (TMS)

Tableau n° 97 (Affections chroniques du rachis lombaire provoqués par des vibrations)

Tableau n° 98 (Rachis chroniques lombaires provoqués par la manutention)

Tableau n° 30 (Amiante et cancer broncho-pulmonaire).

**Graphique n°22**



Depuis l'année 2000, les maladies liées au tableau n° 57 (TMS) sont en nette progression malgré un recul de 5,1 % en 2004. Pour le tableau n°30 lié à l'amiante, nous observons une croissance et un recul en 2004 estimé à -20 %. Est-ce qu'il s'agit d'une diminution des maladies liées à l'amiante dans notre région ? Difficile de répondre tant le phénomène requiert une attention particulière lorsque l'on sait qu'il touche un nombre important de personnes selon l'INSERM et qu'il se déclare très tardivement. En revanche d'autres maladies telles que la silicose ont connu une croissance de 20 % entre 2003 et 2004 ainsi que les surdités - tableau n° 42 - dans notre région.

Aussi nous pouvons nous intéresser aux branches (CTN) les plus pourvoyeuses en MP dans notre région. Cette information est importante car elle inclut de manière implicite l'idée de la gestion à travers la question de l'organisation du travail. Chaque CTN regroupe des entreprises ayant une caractéristique commune en termes de risque pour leurs salariés. Autrement dit, nous trouvons des établissements avec les mêmes systèmes productifs, le même procès ou les mêmes expositions. En revanche, les données fournies par la CRAM ne permettent pas de savoir si à CTN égal il y a des différences.

Si nous reprenons l'année 2003 concernant les MP, pour cerner les CTN les plus pourvoyeuses, nous retrouvons par ordre décroissant :

Alimentation = 1555

Activités service II intérim = 510

Bâtiment et travaux publics = 493

Métallurgie = 322

En 2003 l'alimentation représente 40 % des MP reconnues par la CRAM dans notre région. Ce pourcentage baissera un peu en 2004, à 38 %. A la lecture de ces résultats, il semblerait clairement que le CTN « alimentation » (services, commerces et industries alimentaires) concentre un certain nombre de caractéristiques favorisant l'apparition des MP telles que les TMS. Cette branche occupe en 2003 la seconde place en termes de fréquence des AT avec un indice de 71.10 % après le CTN bâtiment et travaux publics avec un indice de 110.10 %.

La région de notre étude se caractérise donc par une CTN alimentation ayant un rôle considérable dans la production des AT et des MP. Par ailleurs, les modifications législatives intervenues dans le cadre de l'affaire de l'amiante ne semblent pas affecter la reconnaissance des autres MP ou des AT alors que les arrêts de la Cour de cassation de 2002 ne limitaient pas l'usage de la faute inexcusable de l'employeur à telle ou telle MP.

## **1.2) UNE PREMIERE COMPARAISON A PARTIR DES DONNEES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

D'une façon générale, les résultats obtenus se situent dans la tendance observée par les médecins du Travail ou pressentie par les médecins généralistes. Systématiquement, le groupe A (autoritaire) apparaît avec un nombre d'AT ou de MP plus important que le groupe B (participatif) dans des proportions suffisamment perceptibles pour être significatives et suggérer des différences de coûts santé sensibles. Pour cela, nous avons procédé de la manière annoncée au chapitre méthodologique : à savoir que selon la méthode des cas témoins, nous avons constitué un échantillon composé de deux groupes d'entreprises égaux en tout point à l'exception du mode de gestion tel que nous l'avions défini (échantillon « Janus »). A partir de ces deux groupes, nous avons sollicité l'organisme de Sécurité Sociale chargé de récolter les déclarations d'AT et de MP pour lui demander d'extraire trois indicateurs pour chaque entreprise concernée : le nombre des AT, le nombre des MP et le nombre de jours d'arrêts. A partir de ces informations, il nous étaient possible de comparer en nombre absolu et en taux la situation de deux groupes, branche par branche, et globalement. Il s'agit pour l'essentiel d'une démarche descriptive nous permettant de saisir dans quelle mesure notre hypothèse de départ se voit vérifiée ou infirmée à partir de notre échantillon.

Si la tendance attendue se confirme effectivement, il convient toutefois de nuancer les conclusions selon les secteurs.

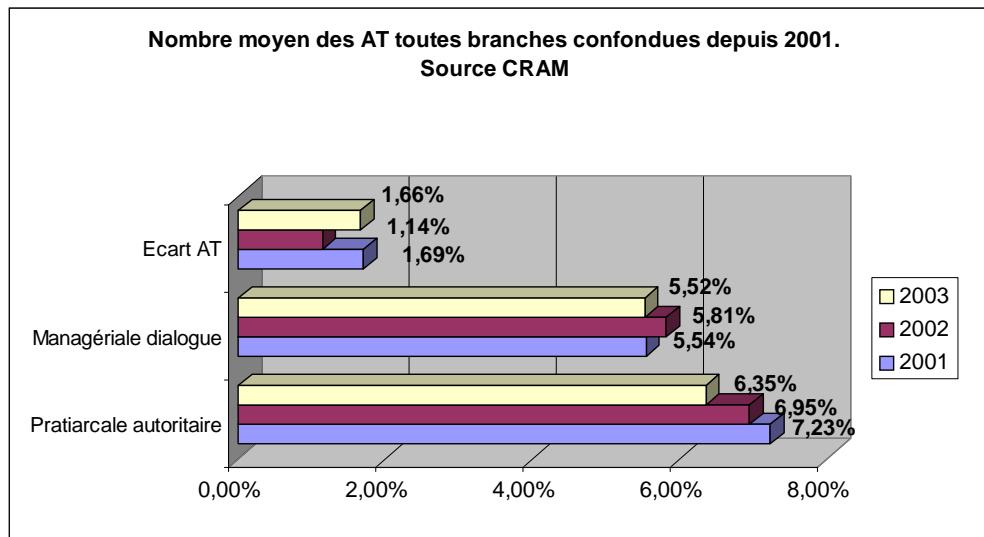
Les résultats que nous présentons ci-après sont donc établis à partir des différentes informations obtenues auprès de la Caisse régionale d'assurance maladie.

### **A) UNE SITUATION GLOBALE QUI REFLETE UNE TENDANCE CORROBORANT NOTRE HYPOTHESE**

Globalement, la situation confirme la tendance décelée. En harmonie avec les témoignages recueillis tant auprès des omnipraticiens qu'auprès des médecins du travail, aussi bien sur le plan des principes généraux que par rapport aux dites entreprises, les statistiques montrent qu'un management autoritaire et fermé au dialogue social génère davantage de prédispositions aux situations pathogènes. Toutes branches confondues, le groupe A (autoritaire) fait apparaître un nombre d'AT ou de MP proportionnellement plus important que le groupe B (participatif). Toutefois, la comparaison brute présentée ici est biaisée. L'échantillon ne tient

aucun compte du poids respectif de chaque branche dans la région. Ainsi, l'industrie alimentaire, grande pourvoyeuse d'arrêts, d'AT et de MP, est-elle sous-représentée tandis que la masse des employés de banque (secteur à faible risque et à la GRH recentrée) surreprésente cette branche et interfère à la baisse en A, écrasant les écarts avec B, ce qui contribue à fausser le contraste final. Enfin, en regardant les taux, la situation est un peu plus complexe et à nuancer davantage. En effet, pour les accidents du travail, on note une légère baisse dans le groupe A, celui des directions patriarcales, entre 2001 et 2003, tandis que le groupe B, celui du management participatif, se caractérise par une stabilité notoire<sup>391</sup>.

**Graphique n°23**



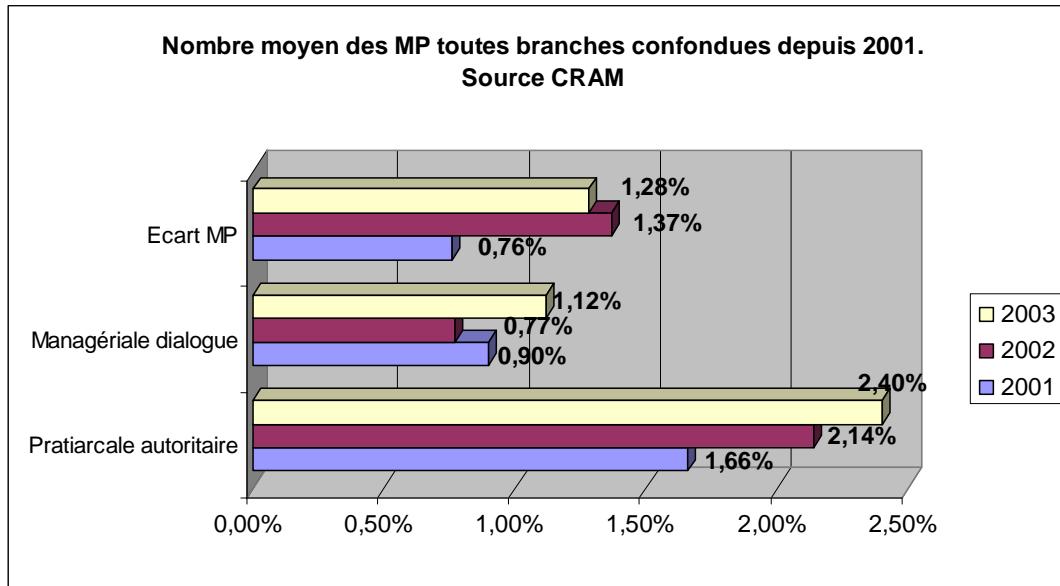
En effet, le groupe d'entreprises managérial obtient des résultats peu contrastés d'une année à une autre. En 2001, le taux d'AT était de 5.54 % pour l'ensemble des branches. En 2003, ce taux se maintient à 5.52 % montrant par là une absence d'évolution. Pour les entreprises du groupe patriarchal, la situation n'est pas la même, car l'ensemble des branches bien que situé à un niveau plus élevé connaît une imperceptible évolution à la baisse passant, en 2001, d'un taux de 7,28 % à un taux de 6,35% en 2003. Cette légère réduction constatée correspond à la baisse globale au niveau national des AT et MP (pour rappel en 2003 elle était de -5.1%) mais elle est moins forte pour les raisons évoquées plus haut à savoir que notre étude se déroule dans une région se caractérisant par une fréquence des AT et MP toujours plus forte par rapport au reste du territoire.

Quant aux MP nous constatons le même mouvement d'ensemble que pour les AT, un nombre systématiquement plus important de maladies professionnelles dans le groupe patriarchal. Toutefois, dans les deux groupes une hausse généralisée est observée depuis 2001. Contrairement aux AT qui ont tendance à baisser, les MP augmentent puisque le nombre des MP reconnues devient de plus en plus important, notamment à la suite de l'affaire de l'amiante et des dispositions mises en place pour faciliter la reconnaissance. Par ailleurs, comme nous l'indiquions plus haut, c'est pour l'essentiel le tableau N° 57 qui booste cette augmentation. Néanmoins, il convient d'être prudent avec ce genre de résultat dont on voit qu'il peut simplement traduire une meilleure déclaration des MP et non pas une augmentation

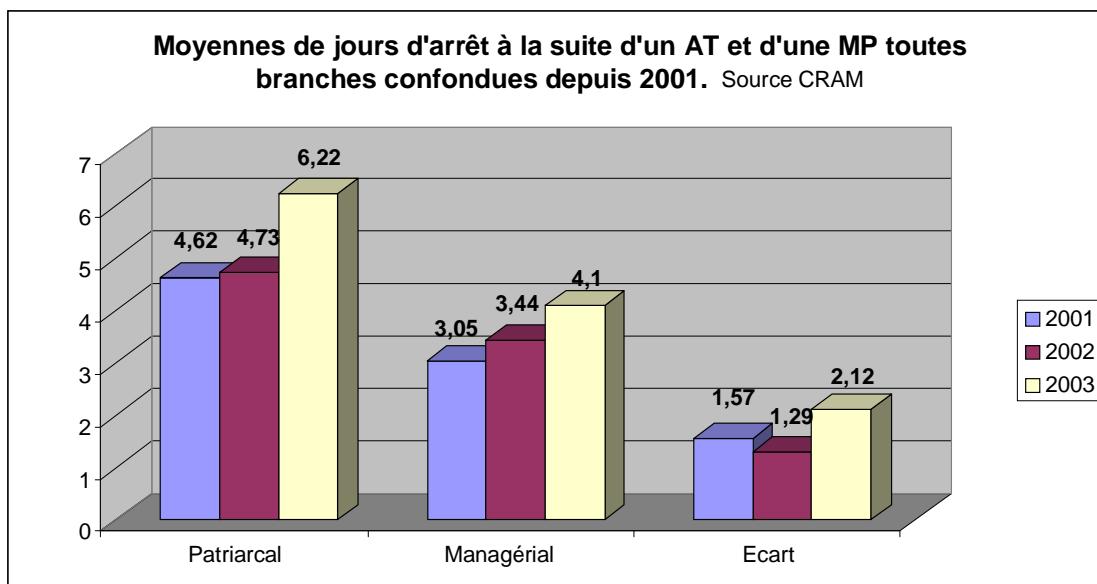
<sup>391</sup> Les taux présentés dans ce document ont été calculés par rapport au nombre des salariés de la branche. Il nous est impossible de calculer le taux de fréquence des accidents car il nous fallait obtenir le nombre d'heures travaillées. Le taux de fréquence se calcule de la manière suivante : nombre d'heures divisé par le nombre de salariés et multiplié par 1000. Il en va de même du taux de gravité des accidents.

réelle du risque. Toujours est-il qu'il importe de nous interroger sur ces différences notables apparues entre les deux groupes sur la période observée. A titre d'exemple : pour les MP reconnues en 2003, l'écart entre les deux groupes était de 1.28 %. En 2002, cet écart était de 1.37 % et en 2001 0.76 %. Nous avons une légère évolution vers un écart plus important entre les deux groupes d'entreprises depuis 2001.

**Graphique n°24**



Enfin concernant la moyenne des jours d'arrêt à la suite d'un AT et d'une MP sur l'ensemble des branches de notre échantillon, la première remarque qui s'impose découle de la simple comparaison visuelle des colonnes du graphique. Celles des entreprises du groupe patriarcal sont systématiquement plus grandes que celles des entreprises du groupe managérial participatif. Dans cette perspective, si nous nous intéressons aux écarts obtenus, il apparaît qu'après une baisse en 2002, passant de 1,57 à 1,29 jours de différence, l'écart moyen monte à 2,12 jours en 2003. Autrement dit, les AT et les MP se produisant dans l'ensemble du groupe des entreprises patriarcales, se traduisent par un écart plus important en moyenne de jours d'arrêt. Les AT et les MP ayant eu lieu dans ce groupe seraient plus graves en bonne logique puisqu'ils entraînent une durée plus longue d'arrêt de travail. En effet, plus le nombre de jours d'arrêts est élevé, plus les soins sont en principe importants et, par conséquent, plus sérieuse est la gravité de l'AT ou de la MP.

**Graphique n°25**

Rappelons que ces données mériteraient d'être redressées en fonction du poids de chaque branche, c'est à dire de leur représentativité nationale ou régionale effective. La Bretagne présente une forte spécialisation dans deux secteurs industriels : l'agroalimentaire et la construction navale. À lui seul, le secteur de l'agroalimentaire rassemble 71000 salariés (cf. Insee), soit 6,6% de l'emploi salarié régional. On le verra, c'est un secteur où les écarts moyens sont constants. Même chose en ce qui concerne le secteur de la construction automobile et autres moyens de transport (naval). Au contraire, les activités financières et l'industrie chimique, caoutchouc et plastique sont, ici, sur-représenté alors que leur situation réelle dans la région est inverse. Or, celles-ci font apparaître peu de contraste tandis que les secteurs précédents en sont chargés. Il est par conséquent plus pertinent de s'interroger sur l'existence de telles différences observées selon une ventilation par la branche. Comme nous l'expliquions au début de notre travail, nous avons construit un échantillon de telle manière qu'il puisse permettre une comparaison des entreprises d'un même secteur économique, selon leur groupe d'appartenance. Dans ces circonstances, qu'observe-t-on ?

### **B) UNE SITUATION PLUS CONTRASTÉE EN FONCTION DES BRANCHES**

Si globalement les résultats tendent à confirmer notre hypothèse de départ, l'examen des résultats par branche apparaît plus complexe. Pour illustrer notre propos nous prendrons quatre branches paradigmatisques de notre échantillon<sup>392</sup>.

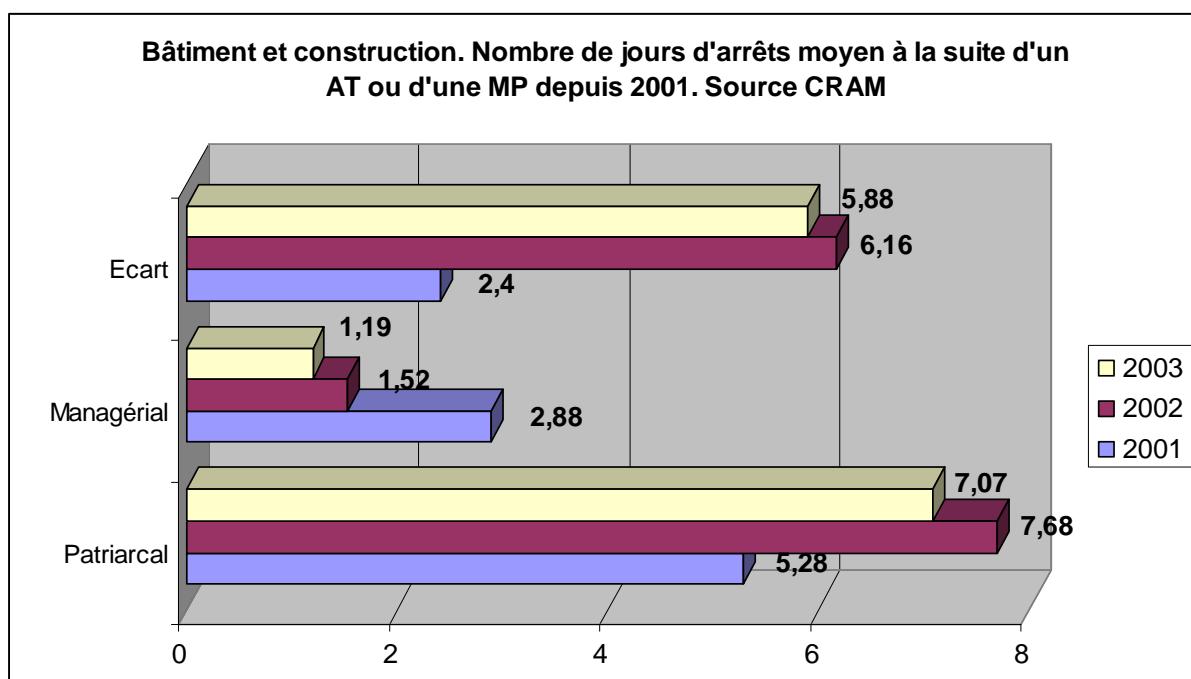
Le « Bâtiment et construction » représente une branche connue en France pour le nombre élevé des accidents du travail qu'on peut y déplorer depuis de nombreuses années. Ainsi le taux de fréquence des AT pour le CTN Bâtiment et travaux publics était, en 2003, de 56 et l'indice de gravité de 53,3, soit les plus élevés de toutes les branches. Dans notre cas, les entreprises sélectionnées représentent 169 salariés dans le groupe patriarchal et 275 salariés dans le groupe managérial. Ces données sont bien sûr à prendre sous réserve que les comportements de déclaration soient identiques de part et d'autre, or il est notoire que le

<sup>392</sup> Pour les résultats de chaque branche, le lecteur peut se reporter en annexe n° 7.

bâtiment représente un secteur où, selon les sociétés, l'emploi de travailleurs plus au moins déclarés et les entorses au droit du travail ne sont pas rares. En termes d'AT, les chiffres dont nous disposons pour les entreprises du groupe patriarchal, et pour la période 2001 à 2003, s'élèvent à 5 (soit 2,9%) alors que pour le groupe managérial, ils s'établissent à 9 (soit 3,2 %). De plus, pour le groupe patriarchal on constate une baisse car, en 2003, il n'y a pas eu d'AT déclaré. Distinction il y aurait bien mais, paradoxalement, inversée par rapport aux hypothèses attendues. Ce qui, d'ailleurs, ne correspond pas vraiment aux résultats observés dans une entreprise très participative comme Eiffage qui a construit le pont de Millau avec un nombre exceptionnellement bas d'accidents, tous extrêmement bénins<sup>393</sup>. De plus, on constate pour le groupe patriarchal, une baisse dans la mesure où il n'y a pas eu d'AT déclarés en 2003. Avec cet exemple, nous pouvons penser que notre hypothèse ne semble pas avoir l'effet requis pour distinguer ces deux branches tant les écarts sont faibles<sup>394</sup>.

Toutefois, si nous mobilisons notre troisième indicateur, nos résultats évoluent et montrent une différence nette entre les deux groupes représentés par le graphique ci-après.

**Graphique n° 26**



On constate une nette différence en termes de moyenne de jours d'arrêts. Ainsi, en 2001, les entreprises du secteur « Bâtiment et construction » relevant du groupe patriarchal affichent en moyenne 5,28 jours d'arrêt à la suite d'un AT ou une MP tandis que les entreprises du même secteur qui appartiennent au groupe managérial-participatif affectent une moyenne deux fois moindre avec 2,88 jours ; l'écart le plus important ayant été enregistré en 2002 avec une

<sup>393</sup> L'école polytechnique fédérale de Lausanne est subjuguée par la prouesse. Dans un article intitulé « Une goélette à sept mâts dans le ciel de l'Aveyron » Florence Luy, écrit : « Sous la responsabilité de Jean-Paul Lebet, une équipe du Laboratoire vérifie que tout a été prévu pour chaque lancement, notamment le facteur, très important, du vent. Ce dernier ne doit pas dépasser 85 km/h (vitesse maximale) durant toute l'opération. Les spécialistes font l'inventaire de chaque situation possible et des procédures qui en résulteraient. Objectif: éviter tout accident. Et il n'y en aura pas. ».

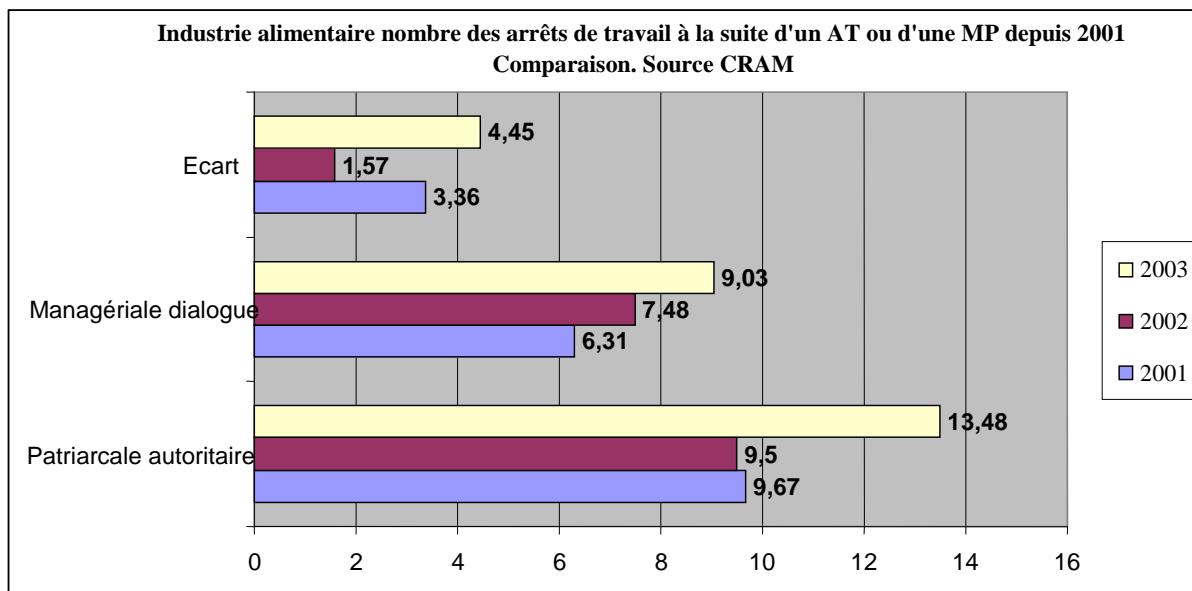
<sup>394</sup> Concernant les MP durant la période examinée, il n'y a pas eu de déclaration faite dans aucun de deux groupes.

différence de 6,16 jours entre les deux groupes en faveur des entreprises ouvertes au dialogue social. Nous retenons, que si le nombre des AT ou MP est similaire, il paraîtrait que la nature des lésions qui résultent de ces AT ou MP ne donnent pas lieu à un nombre de jours d'arrêt proches ou identiques. La première idée évoquée comme piste explicative serait d'en déduire que les AT et les MP sont plus graves du côté de la gestion patriarcale ou autoritaire. La seconde idée consiste à attirer l'attention sur un autre facteur. Les AT ou les MP survenant dans le groupe patriarchal sont-ils ou sont-elles similaires à ce qui se passe du côté participatif ? Si tel est le cas, alors pourquoi une telle différence ? Serait-ce alors que les salariés de l'univers patriarchal et autoritaire « profitent » de cet arrêt pour s'éloigner autant que possible de leur entreprise, manifestant par-là sinon une certaine révolte du moins une petite revanche ? Nous ne pouvons pas apporter de réponses à de telles questions mais nous pouvons tirer un premier enseignement : il faut s'intéresser au processus de reconnaissance interne aux entreprises pour savoir dans quelle mesure le mode de gestion intervient. Toutefois, quoiqu'il en soit, nous pouvons en déduire que du point de vue économique, le résultat en terme de dépense de santé revient au même : le coût s'avère plus élevé lorsque la direction du personnel est patriarcale et autoritaire et le climat social défaillant.

Pour la branche de « l'Industrie alimentaire » les taux sont relativement comparables. Ainsi, pour le groupe patriarchal le taux d'accidents du travail passe de 11,7 % en 2001 à 10 % en 2003. Pour la même période le groupe managérial passe de 11,3 % d'AT en 2001 à 11,8 % en 2003. Les taux sont si proches que la différence est infime entre les deux groupes. En revanche, concernant les maladies professionnelles, l'évolution, comme dans la branche précédente, n'est pas similaire. En effet, le groupe patriarchal présente un taux toujours plus élevé de maladies professionnelles que le groupe managérial. Le groupe patriarchal affiche un taux de MP de 4,3 % en 2001 alors que pour le groupe managérial-participatif, ce taux est presque deux fois moindre avec 2,4 %, seulement. En 2003, ces taux passent respectivement à 6,3% et 2,7 %, accroissant ainsi l'écart, toujours au profit du même groupe.

La situation devient encore plus contrastée si nous considérons l'autre indicateur de comparaison entre nos deux échantillons, à savoir : la moyenne du nombre de jours d'arrêt par AT ou MP; indicateur qui nous donne une idée de la gravité des AT ou MP subis par les salariés d'une branche. Pour illustrer cette idée, nous avons calculé la moyenne du nombre de jours d'arrêt ainsi que les écarts résultants de la comparaison entre les deux échantillons. Le graphique ci-dessous représente ces résultats.

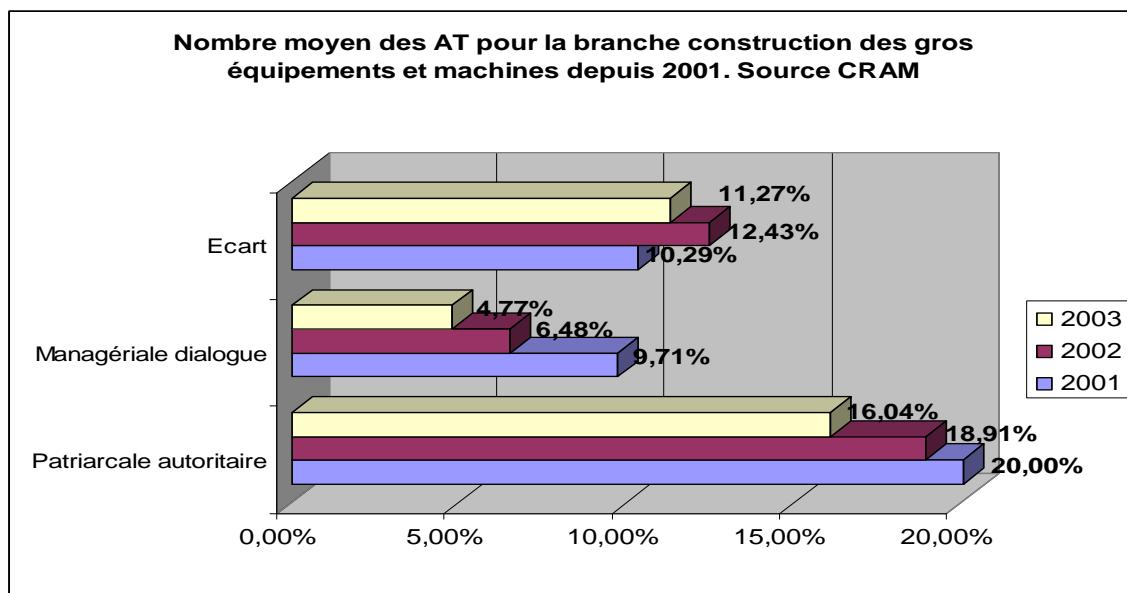
La première série des colonnes montre, pour chaque année, l'écart entre les deux types d'entreprises pour la branche alimentaire. Il apparaît, ainsi, systématiquement, un écart positif entre les deux groupes dans le sens de notre hypothèse. Ainsi, en 2001, l'écart était de 3,36 jours de plus du côté des entreprises patriarcales par rapport aux entreprises managériales et en 2003, cet écart passe à 4,45 jours après avoir fortement baissé en 2002.

**Graphique n°27**

Plus précisément, lorsque nous examinons les chiffres année par année, le nombre moyen de jours d'arrêts observés à la suite d'un AT ou d'une MP se montre assez différencié selon la nature du management. Autrement dit, il semblerait que les AT et les MP se produisant dans le groupe patriarchal entraînent des arrêts plus longs. Comme pour la branche bâtiment et construction, nous avons affaire à une situation complexe.

Si dans les branches présentées, ci-dessus, les différences se sont avérées limitées, ce n'est pas le cas, en revanche, pour la branche « Fabrication de machines et gros équipements ». Le graphique ci-après nous montre pour la période considérée que le groupe des entreprises patriarcales possède un taux d'accident du travail de dix points supérieurs (10,29 %) à celui des entreprises « participatives ». En 2001, ce taux s'élève à 20 % du côté patriarchal alors qu'il est de 9,7 % du côté des entreprises du groupe ouvert au dialogue social. En 2003, l'écart entre les deux groupes s'accroît : les taux sont respectivement de 16 % et de 4,7 %, soit un écart de 11,27% ; et en 2002 ils sont de 18,9% contre 6,4 % soit un écart de 12,4 %. De telles différences, quelle que soit la raison réelle de la durée des arrêts, se soldent nécessairement par des surcoûts importants en matière de dépense de santé dont tout porterait à croire qu'ils sont imputables aux méthodes patriarchales de direction du personnel.

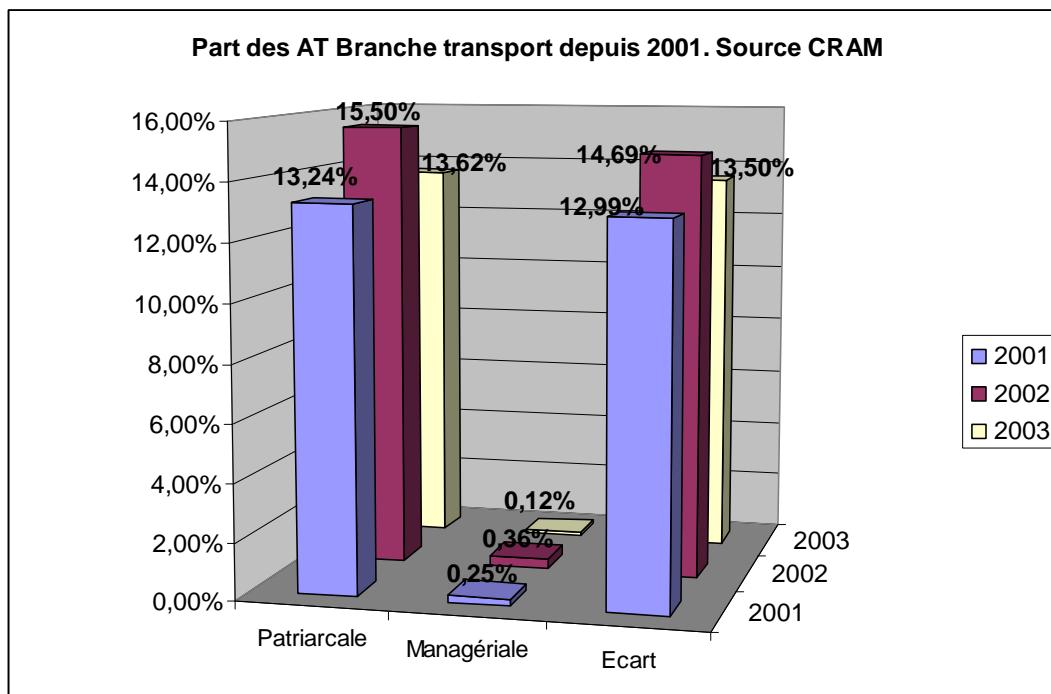
En revanche, pour les maladies professionnelles, on n'observe pas de différence majeure. Ainsi, en 2001, pour le groupe patriarchal, le taux de MP est de 1,2 % et pour le groupe managérial de 0,6 %. En 2003 la situation s'inverse avec pour le groupe patriarchal un taux de 0,7 % et pour le groupe managérial de 1,3 %.

**Graphique n°28**

On le voit à ces premiers résultats et indices, il semble bien que les caractéristiques gestionnaires d'une entreprise interviennent, ne serait-ce que dans le processus de reconnaissance des AT et des MP, pour distinguer les deux groupes. Par ailleurs, nous pouvons poser comme piste de travail la nature même de l'organisation du travail car nous avons affaire probablement à des entreprises dotées probablement d'un outil de travail posant des contraintes de diverses natures en fonction du système productif adopté.

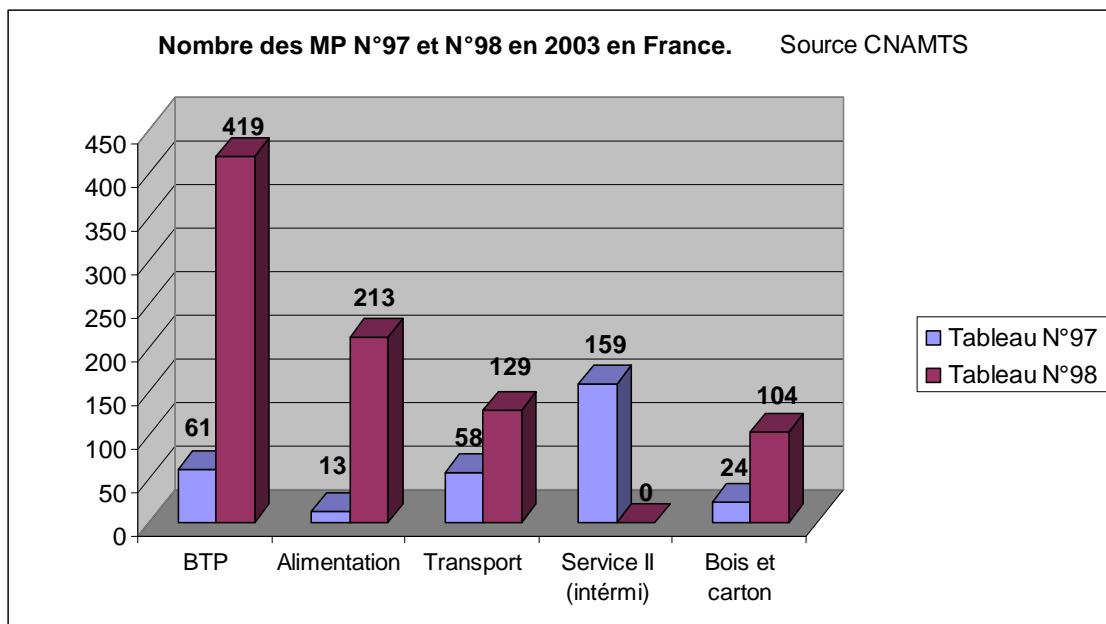
Une autre branche qui peut illustrer les différences entre les deux groupes concerne la branche « Transport ». Ici, nous sommes d'emblée dans des différentiels supérieurs à 12 %. Le secteur du transport dans les statistiques de la CNAMTS et de la CRAM est difficile à extraire en tant que tel car il est intégré avec d'autres activités telles que le gaz ou le livre. Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de donner un chiffre susceptible d'établir une comparaison avec la situation nationale<sup>395</sup>. En appliquant les mêmes principes que pour les graphiques précédents, nous obtenons la représentation ci-après.

<sup>395</sup> Les seules informations dont nous disposons à propos sont celles qui émanent de l'INRS. Pour cet institut les accidents du travail liés à un déplacement ou mission sont à l'origine de 159 décès en 2003 soit 25 % des accidents du travail mortels. 2856 accidents de mission ont entraîné une incapacité permanente soit 5 % de l'ensemble des incapacités en 2003. Mais ces données englobent les accidents de mission (VRP cadres en déplacement, etc.) et les accidents liés aux professionnels (chauffeurs routiers par exemple). Le lecteur peut consulter la brochure de prévention préparée par l'INRS, 1998, « Transport routiers de marchandises. Vigilant à l'arrêt comme au volant », 62 p.

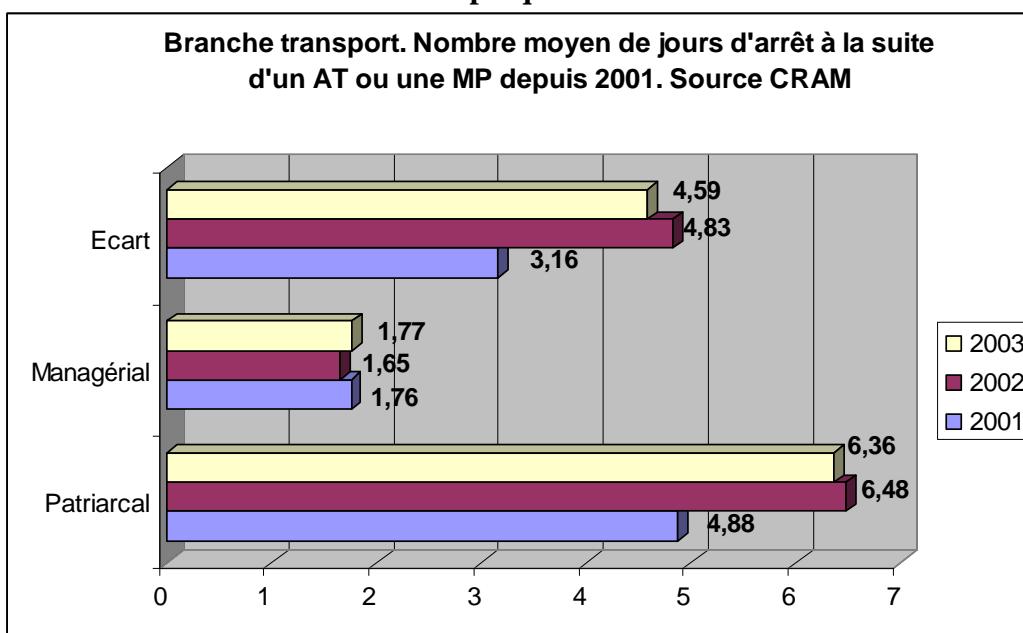
**Graphique n°29**

Alors que pour les autres branches nous avions des écarts significatifs, voire faibles, lorsque nous regardons les résultats de la branche « Transport », les différences deviennent spectaculaires ! En effet, les entreprises du groupe patriarchal ont des taux 10 fois supérieurs aux taux des entreprises du groupe managérial durant toute la période. Par exemple en 2001 les entreprises du groupe patriarchal ont un taux de 13,24% contre 0,25% des entreprises du groupe managérial. Une telle différence nous invite à regarder de plus près la gestion à l'intérieur de ces entreprises et à vérifier s'il n'y a pas d'autres éléments qui peuvent intervenir durant le processus de reconnaissance.

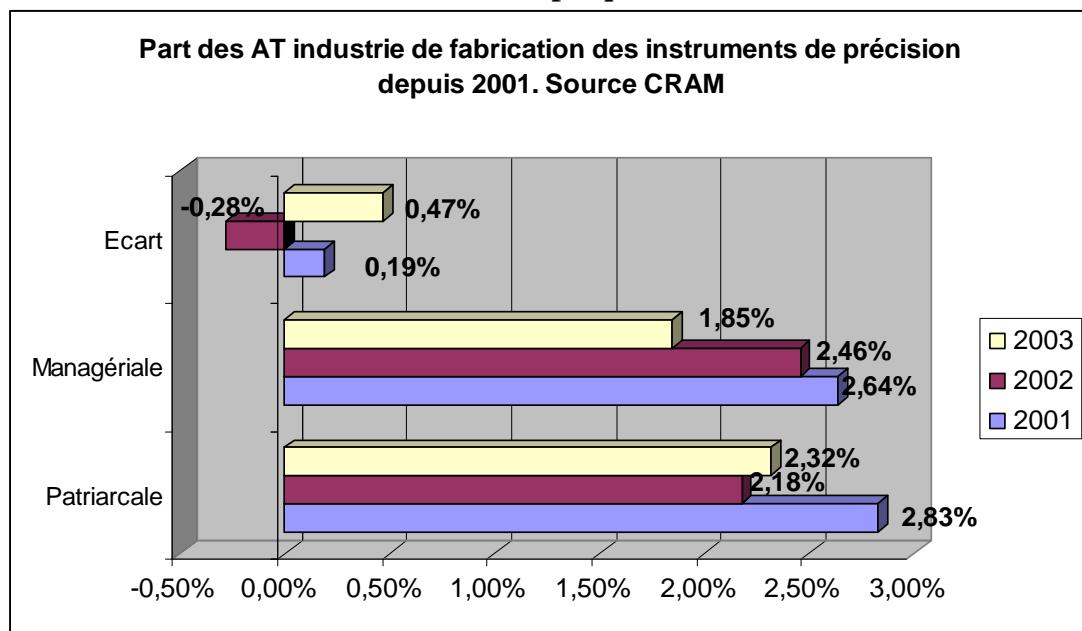
En réalité, nous sommes ici confrontés à une situation où l'on pouvait raisonner, en principe, toute chose égale par ailleurs. La question que l'on peut tout d'abord se poser est de connaître la nature exacte des accidents du travail ou des maladies professionnelles. Sont-ils liés, ou sont-elles liées, à l'activité « roulante » et aux activités connexes de la branche : manutention, de déchargement, chargements, de manipulation des objets ou produits toxiques, aux gestes et postures ? Ou bien ces atteintes à la santé résultent-elles pour partie d'une gestion de la main d'œuvre qui ne permet pas aux salariés de trouver les latitudes décisionnelles nécessaires, les poussant à déroger aux règles de sécurité pour répondre aux commandes, à l'urgence, etc. ? Autant de facteurs, par conséquent, qui les exposerait davantage aux risques de l'activité transport ? Enfin, dans quelle mesure l'apparition des tableaux n° 97 et 98 interviennent-ils dans la hausse des statistiques ? En effet, ces tableaux sont apparus en 1999 et concernent, ou plutôt visaient, pour l'essentiel, les métiers de conducteurs d'engins et les transports. Lorsque nous regardons dans le détail les données fournies par la CNAMTS de 2003 au niveau national, il ressort pour ces deux tableaux l'ordre suivant des branches, représenté dans le graphique ci-après :

**Graphique n°30**

A lecture du graphique nous constatons facilement que la branche transport n'arrive pas en tête pour les MP 97 et MP 98. Nous retrouvons la branche BTP et Alimentation puis Transport. De même, nous pouvons voir que c'est particulièrement le tableau N° 98 (Rachis lombaires manutention et charges) qui est le plus concerné. Il est probable par conséquent que les créations des tableaux N° 97 et 98 n'aient pas eu un effet important dans les résultats que nous soulignions. Si nous revenons à notre région, de même, les écarts sont importants et significatifs en termes de jours d'arrêt. Les entreprises du groupe patriarchal ont systématiquement une moyenne plus importante de jours d'arrêts que les entreprises du groupe managérial du transport. A titre d'exemple, l'écart en 2003 s'élève à 4,59 jours entre les deux groupes.

**Graphique n°31**

Graphique n°32



Une autre branche donne un regard différent en termes d'évolution et d'éléments de comparaison, c'est la branche de l'industrie de « fabrication des instruments de précision ». Entre les deux groupes, les différences sont, cette fois, infimes en termes de taux d'AT et de MP. En termes d'écart, celui-ci est négatif pour l'année 2002 ; ce qui signifie que les entreprises du groupe managérial-participatif ont obtenu un résultat légèrement plus défavorable que celui du groupe patriarcal. Quant aux moyennes des jours d'arrêt, elles font apparaître les écarts suivants : pour l'année 2001, l'écart est de 1,44 de plus par rapport aux entreprises du groupe managérial ; en 2002, il demeure relativement stable à 1,28 et s'abaisse à 0,72 en 2003. Nous avons constaté plus haut que lorsque nous observions des différences infimes en termes d'AT ou de MP, on pouvait observer des différences significatives en termes de jours d'arrêt. Tel n'est pas trop le cas pour la branche fabrication des instruments de précision.

Nous voyons à la lumière de ces multiples résultats que derrière la tendance globale plutôt favorable à notre hypothèse se cache des situations très contrastées en fonction de la branche. Est-ce que cela veut dire que le critère managérial intervient différemment d'une branche à l'autre ? Ou est-ce le signe d'une intensité d'effet plus ou moins affirmée suivant le caractère du travail et la nature du risque ? En d'autres termes, s'agit-il d'une plus grande influence du management sur les branches prédisposées aux incidents de santé lourd (AT et MP) ou simplement la manifestation plus visible de cette influence ? Si tel était le cas, cela signifierait qu'il faut rechercher les preuves de cette influence à travers d'autres indicateurs quand il s'agit de branches peu exposées aux AT et MP. Ces questions nous confortent plus qu'elles ne remettent en question notre hypothèse dans la mesure où elles nous invitent à affiner notre problématique pour évaluer la pertinence de notre hypothèse face au poids de caractéristiques propres d'une branche.

Comment expliquer de telles variations ?

La première hypothèse que l'on peut émettre tourne autour du processus de déclaration. Celui-ci peut varier d'une entreprise à l'autre. En effet, le nombre d'accident non déclarés aux organismes de sécurité sociale a été estimé par le rapport de la Cour de compte en 1997 (Cf. le rapport Deniel, 1997). Un tel phénomène peut peser sur les résultats et le nombre des AT. Ainsi, certaines entreprises peuvent favoriser, pour diverses considérations, les déclarations d'AT. En même temps, et pour des raisons diamétralement opposées, certaines entreprises recourent à des dispositifs plus ou moins licites de non déclaration<sup>396</sup>. La déclaration d'un AT résulte d'un processus qui n'est pas mécanique et automatique (voir à ce sujet, J. Muñoz, 2002, D. Loriot, 2001 et A. Thébaud-Mony et V. Letourneau, 2001). En réalité plusieurs facteurs influent sur le processus de reconnaissance et peuvent se cristalliser sur une forme de gestion de la santé des salariés au travail.

Le premier concerne les éléments liés à la procédure elle-même. En France, lorsque le salarié estime que sa lésion est due à une exposition particulière, il doit faire lui-même la démarche pour obtenir une reconnaissance au titre d'une MP. Tel n'est pas le cas concernant les AT où la charge de la preuve contraire doit être apportée par l'employeur. Autrement dit, le dispositif législatif comporte, en lui-même, des contraintes pour le salarié.

L'autre élément qui intervient dans ces différences, et que nous avons évoqué à l'appui des témoignages des médecins généralistes et du travail, concerne les rapports entre les salariés et les employeurs. En effet, nous pouvons constater dans certaines entreprises la mise en place de procédures, voire de politiques, de sous-déclaration. C'est notamment le cas lorsque les salariés se trouvent dans une situation ne leur permettant pas de peser ou de contrebalancer le pouvoir de l'employeur. Le statut précaire ou la promesse d'un contrat à durée indéterminé influence le processus de reconnaissance des AT ou des MP.

Mais dans ce domaine, il n'y a pas que les rapports entre les salariés et les employeurs qui interviennent pour expliquer les différences. L'évaluation subjective de la lésion par le salarié peut également orienter le processus de reconnaissance des AT. Les « idéologies défensives », telles que C. Dejours les définit, peuvent dans certaines circonstances aboutir à une sous-évaluation du risque car elles vont fonctionner comme un filtre ne laissant pas apparaître certaines lésions jugées « bénignes ». L'ensemble de ces éléments a pour conséquence de retarder la déclaration des AT ou des MP.

### **C) UNE VERIFICATION PAR CHEMINEMENT INVERSE : L'INDICE DE FREQUENCE DANS L'ENSEMBLE DE L'ECHANTILLON**

Nous avons demandé à l'organisme de sécurité sociale de fusionner les deux listes d'entreprises en une seule, puis d'extraire, pour chacune des branches industrielles, deux entreprises : l'une se distinguant par la fréquence la plus élevée d'accidents et de maladies professionnelles, l'autre, à l'inverse, par la fréquence la plus basse de ces mêmes AT et MP. Ce tri nous a été remis dans le respect de l'anonymat des sociétés repérées. Il était convenu de nous les désigner non par leurs noms mais uniquement par leur lettre d'appartenance à l'un des deux groupes de gestion des ressources humaines (autoritaire ou participative), soit A pour le premier et B pour le second, en guise d'identifiant. A partir de là, nous allions obtenir

---

<sup>396</sup> Nous avions donné plusieurs exemples dans les parties précédentes notamment à partir de résultats du sondage des médecins généralistes.

un tableau regroupant uniquement les entreprises correspondant aux critères de fréquence extrême par branche, et classifiées en A ou B. L'ensemble étant présenté par branche.

Il ressort au total une liste comportant 32 entreprises. Pour la première colonne, au titre de la fréquence la plus élevée des AT/MP, on retrouve 10 entreprises de type patriarchal soit 62 % contre 48 % des entreprises de type managérial. Du côté des fréquences les plus basses, c'est la situation exactement inverse que nous observons puisque ce sont les entreprises managériales ou ouvertes au dialogue qui représentent la majorité 62 % alors que les entreprises patriarchales représentent 48 %.

**Tableau N°34 Fréquence des AT et MP fusion de deux groupes**  
**A= Patriarcal ; B= Managérial**

	Indice de fréquence le + élevé		Indice de fréquence le + bas	
	IF	liste	IF	liste
INDUSTRIE ALIMENTAIRE	233,20	<b>B</b>	37,04	<b>B</b>
INDUSTRIE TEXTILE ET HABILLEMENT	53,85	<b>A</b>	13,51	<b>A</b>
TRAVAIL DU BOIS ET CARTON	176,47	<b>B</b>	30,30	<b>A</b>
IMPRIMERIE	74,07	<b>A</b>	0,00	<b>B</b>
INDUSTRIE CHIMIQUE	43,48	<b>A</b>	22,06	<b>B</b>
INDUSTRIE DU CAOUTCHOUC & PLASTIQUES	103,45	<b>B</b>	8,19	<b>A</b>
METALLURGIE & TRAVAIL DES METAUX	120,16	<b>A</b>	31,06	<b>B</b>
FABRICATION MACHINES & GROS EQUIPEMENTS	269,23	<b>A</b>	56,74	<b>B</b>
FABRICATION équip précision, radio, électro, médical	100,00	<b>B</b>	2,33	<b>B</b>
Industrie Automobile & autres matériels transport	161,29	<b>A</b>	57,14	<b>B</b>
CONSTRUCTION ET BATIMENT	100,00	<b>B</b>	0,00	
COMMERCE DE GROS	65,57	<b>A</b>	42,37	<b>B</b>
COMMERCE DE DETAIL et GRANDES SURFACES	82,78	<b>B</b>	16,67	<b>A</b>
TRANSPORTS	400,00	<b>A</b>	21,28	<b>B</b>
FINANCES & CO	14,77	<b>A</b>	2,96	<b>A</b>
CONSEILS, Services, Immobilier, Administration	260,87	<b>A</b>	23,26	<b>B</b>

Si ce premier résultat incline en faveur de notre hypothèse de départ, il le fait de manière tendancielle car n'est pas exempt d'exceptions étonnantes, voire paradoxales. En effet, en examinant le tableau attentivement on y découvre quelques informations surprenantes. La branche « Travail du bois et carton » nous représente dans la première colonne en réalité une entreprise du groupe managérial alors que nous attendions une entreprise du groupe patriarchal. Il en va de même pour la branche du commerce en détail et les grandes surfaces. Enfin pour deux branches, nous retrouvons des entreprises du groupe patriarchal dans les deux colonnes à savoir la branche finances et la branche industrie du textile et habillement.

Nous pouvons retirer de ces résultats au moins deux enseignements. Le premier concerne notre hypothèse de départ, elle se trouve tendanciellement confirmée dans la mesure où les

situations sont symétriquement opposées avec dans chacune des listes une majorité d'entreprises auxquelles nous nous attendions.

Le second enseignement nous invite à nuancer et à approfondir ce premier résultat. En effet, nous sommes devant une situation que nous pourrons interpréter comme confortable par rapport à notre perspective. Pourtant, trouver des entreprises « classées » comme managériales ou ouvertes au dialogue parmi les plus hautes fréquences, questionne notre modèle dans la mesure où nous devrions peaufiner nos critères de sélection et nous demander s'il n'y a pas une autre variable occulte à ajouter. Par exemple, est-ce que le process de travail intervient dans ce résultat ? Avons-nous affaire aux mêmes modes d'organisation ? Est-ce qu'à la date de récolte des déclarations la gestion managériale était-elle telle que nous l'espérions ? Enfin, notre modèle dual est-il pertinent ou devions-nous construire un modèle plus gradué comportant trois formes ? Par ailleurs, notre démarche de construction de l'échantillon peut comporter quelques limites. En effet, notre échantillon était construit en partie à partir des avis donnés par différents acteurs, il se peut que certains points de vue aient été surévalués de notre part.

Malgré ces imperfections, il nous paraît assez clair que la piste du modèle de gestion doit être approfondie et examinée avec minutie à l'aide d'autres indicateurs et d'autres comparaisons.

Enfin, la question de la confidentialité constitue, là aussi, un handicap à l'interprétation. Il aurait été utile de savoir à quelles entreprises nous avions affaire pour vérifier si celles-ci, rapportées à notre échelle de sélection connue pour chacune d'elle, figuraient parmi les plus caractéristiques de leur catégorie ou pas. Rappelons que pour équilibrer les deux échantillons, branche par branche, nous avions dû accepter des entreprises moins contrastées que d'autres de manière à ne pas éliminer des branches entières faute d'équilibre entre A et B. Nous ne savons pas si ces entreprises « discordantes » figurent parmi les moins typiques de leur groupe – c'est-à-dire les plus recentrées - ou, au contraire, parmi les plus extrêmes.

\*  
\* \*

## CONCLUSION

Au terme de cette série d'enquêtes destinées à tester l'impact supposé d'un facteur constitutif des déterminants psycho-sociaux de la santé au travail - en la circonference le mode de direction des ressources humaines - nous sommes en mesure de conclure que la méthode combinatoire adoptée a porté ses fruits. Notamment, à partir de l'analyse d'échantillons *ad hoc* il s'avère que le mode de direction intervient bel et bien sur l'état de santé des salariés selon des degrés qui, au demeurant, peuvent être éminemment variables.

L'enquête auprès des médecins généralistes, tout d'abord, a montré combien la dimension relationnelle dans les rapports hiérarchiques de l'activité professionnelle constitue aux yeux de ces praticiens un terrain plus ou moins propice aux décompensations pathologiques. De plus en plus, les omnipraticiens apparaissent sensibilisés à cet aspect environnemental de leur profession. Des thèses universitaires très récentes confirment l'intérêt qui se développe à cet endroit dans certaines facultés de médecine. L'interview réalisée auprès du responsable de la coordination des généralistes du département des Hautes-Pyrénées ainsi que l'enquête réalisée auprès des 234 généralistes entérinent ce constat : le milieu de travail et le climat social qui y règne sont admis comme des composantes à part entière d'un diagnostic. Ce serait une erreur de croire que la modernité a fait disparaître la souffrance au travail. Celle-ci a simplement muté, générant de nouveaux types de pathologie. Les causes sociologiques et économiques de la modification du paysage industriel, que ce soit en termes d'accès ou de perte d'emplois, d'intensification des tâches pour ceux qui bénéficient d'un emploi et exercent leur métier, ainsi que les incidences des relations hiérarchiques relationnelles, apparaissent désormais comme une donnée à prendre en compte dans le contexte contemporain de néolibéralisme mondialisé. Les praticiens ont conscience d'être confrontés là aux limites de leur pouvoir, voire de leur rôle.

L'enquête suivante, destinée à progresser vers plus de spécialisation, nous a fait franchir une étape supplémentaire. Réalisée, cette fois, selon la méthode des cas témoins, auprès d'un panel de médecins du travail liés à un double échantillon d'entreprises distinctes par des modes contrastés de direction du personnel, cette enquête a apporté une confirmation digne de foi de la présomption précédente. Ces médecins spécialisés en environnement au travail reconnaissent que l'univers industriel est traversé, à branche d'activité identique, par l'existence de différences flagrantes dans la gestion des ressources humaines et, dans le même temps, que l'implication de cette gestion sur la santé des salariés est très différenciées. Leurs témoignages unanimes établissent une relation graduelle entre le degré d'autoritarisme de la direction et la propension de l'entreprise à devenir un terrain propice aux pathologies ; inversement pour les établissements qui bénéficient d'une ouverture participative. Au passage, la différenciation de leur facultés d'intervention, plus aisée dans les entreprises ouvertes au dialogue que dans celles qui lui sont fermées, traduit à quel point le mode de gestion intervient, lui aussi, dans l'action de prévention. A noter, néanmoins, que le caractère affirmatif de leur restitution est d'autant plus prégnant qu'était mis en avant la nature du climat social. La relation entre ce dernier et le type de gestion des ressources humaines n'est pas apparu automatique pour certains. Cette réserve fut perceptible au nombre des « sans

réponses » bien plus élevés lorsque la gestion était mise en cause en lieu et place du climat. Tout se passe comme si une partie de médecins hésitent à faire le lien, ou tout simplement ignore le type de management, préférant se contenter de la situation objective, c'est-à-dire du résultat : bon ou mauvais climat. Car, dès lors que le climat social était seul mis en cause, c'est à la quasi unanimité que les médecins du travail exprimaient leurs conceptions, et ils les formulaient avec une grande conviction. Toutefois, il nous a été possible de rétablir le lien avec le type de management grâce à la méthode des cas témoins. Leurs opinions générales comme les informations fournies au titre de leur interrogation sur les entreprises précises de l'échantillon corroborent donc ce vécu de leur part. Par ailleurs, un point mérite d'être souligné car il conforte la problématique : médecins généralistes comme médecins du travail se rejoignent pour faire jaillir un constat, le plus patent, explicatif à bien des égards de la souffrance au travail, celui du besoin essentiel de reconnaissance exprimé par leurs patients.

À ces recueils de témoignages que l'on peut considérer comme autant de sondages d'opinion - même si ces opinions émanent de spécialistes de la question - il était intéressant d'ajouter une vérification statistique conférant un caractère scientifique à ces leçons de l'expérience. Ce fut la confrontation des données de la Caisse régionale d'assurance-maladie en matière d'indicateurs classiques, c'est à dire lourds et éprouvés, dont les résultats projettent une image singulière, à gros traits : accidents du travail, maladies professionnelles, et arrêts de travail liés à ces accidents ou maladies. Pareilles données sont tout simplement les plus directement accessibles puisque déjà répertoriées par entreprise. Cette confrontation a apporté, elle aussi, une confirmation des présomptions antérieures, apportant la preuve de l'existence d'un lien. De quoi soulager nos partenaires quant au sérieux de leur expérience professionnelle... Leur connaissance du terrain s'avère bien réelle. Il en résulte néanmoins que si cette relation entre santé des salariés et mode de direction du personnel fait apparaître une moyenne de près de 2 points d'écart pour les accidents du travail et de pratiquement autant pour les maladies professionnelles avec une gravité plus tangible du côté des entreprises à direction autoritaire (nombre de jours d'arrêt supérieur), elle varie en intensité selon la branche professionnelle. Il semblerait, à ce stade de l'étude, que plus la branche est à risque, plus l'incidence du type de management est sensible. Ainsi, le secteur du bâtiment, celui des transports ou celui de la fabrication de machines et gros équipements présentent des écarts bien plus consistants que celui, par exemple, de la fabrication des instruments de précision. Cela va de 5%, 11% ou 13% d'écart pour les premiers à pratiquement aucun pour le dernier.

Ces résultats dépassent nos espérances en ce qu'ils portent sur des indicateurs lourds qui, *a priori*, pouvaient fort bien ne pas faire apparaître de différences sensibles pour un facteur environnemental aussi accessoire ou considéré comme marginal. La recherche mérite d'être poursuivie avec d'autres indicateurs qui rompent avec les liens supposés directs à l'exercice de l'activité professionnelle. L'usage de l'accident du travail comme indicateur représente les effets les plus saillants, mais les modes de gestion peuvent avoir des effets plus dilués et diffus. D'où notre intérêt pour la médecine du quotidien - voire de confort - susceptible de mieux saisir les désagréments que nous estimions au départ les plus sujets à variations selon l'environnement psychosocial, à savoir tout ce qui concerne l'étiologie du banal, celle de tout ce mal-être qui génère ce que l'on pourrait appeler le petit absentéisme médicalisé.

C'est la raison pour laquelle la recherche se poursuivra grâce à la collaboration de la Sécurité sociale sur des indicateurs, cette fois, plus fins et surtout plus ordinaires comme les

consommations médicales courantes, en se penchant notamment sur le nombre de consultations de généralistes ou de spécialistes, les acquisitions pharmaceutiques de produits psycho-actifs contre l'anxiété ou les états dépressifs, de somnifères, d'anti-inflammatoires, les séances de kinésithérapie, etc.

A ce moment là seulement, on aura une idée, non plus de l'existence de cette incidence des modes de direction du personnel, mais de l'étendue de ses effets négatifs lorsqu'il s'agit d'un management fermé au dialogue social. Et, par là même, sera-t-on en mesure d'avancer quelques estimations économiques du différentiel de dépenses de santé que cela représente.

\*  
\* \*

## BIBLIOGRAPHIE

Adhelme, *Patrologia Latina*, PL 89.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, « *Research on Work-related Stress* », Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E., 2000, ISBN 92-828-9255-7, peut être commandé à l'Office des publications des Communautés européennes EUR-OP, à Luxembourg ou auprès de ses agents de vente. Disponible en anglais sur le site Web de l'agence européenne.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS*, n° 8, 22, 30, 31, 32,...

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *Travailler sans stress !*, magazine n°5, 2002, 29 p.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS*, n° 22, *Stress au travail*, ISSN 1681 – 2131, 2002.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS* n° 32, *Problèmes psychosociaux et stress au travail, résumé d'un rapport de l'agence*, n°32, ISSN 1681-2131, 2002.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS* n° 31, *Conseils pratiques travailleurs pour maîtriser le stress lié au travail et ses causes*, n°31, ISSN 1681-2131, 2002.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS* n° 8, *Stress au travail, résumé d'un rapport de l'Agence*. TE - 42 -02-844-FR-D, 2002.

AGIUS C., ROSSIGNOL François, « Prévention du risque de licenciement pour inaptitude. Rôle du médecin traitant pour favoriser le maintien dans l'emploi des salariés présentant des restrictions progressives d'aptitude », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 1997, 1, p.1-6

AÏCH Philippe, CEBE Dominique, *Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socioculturels et méthodologiques de différenciation*, Paris, INSERM, 1991, 110 p.

ALLIEZ J., HUBER J. P., « L'acédie ou le déprimé entre le péché et la maladie », *Annales Medico Psychologiques*, 45, 5, 1987, p. 393-408.

ALLVIN Michaël, ARONSSON Gunnar, et Al., *Gränslöts arbete eller arbetets nya gränser. Arbeta och Hälsa*, Stockholm : Arbetslivsinstitutet, 21, 1998.

APPAY Béatrice, THEBAUD-MONY Annie, *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO, 1997, 579 p.

APPELBAUM E., *The Impact of New Forms of Work Organization on Workers*, Economic Policy Institute, 1997.

ASKENAZY Philippe, *Le désordre au travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil, 2004, 95 p.

ASKENAZY Philippe, *Les désordres du travail, enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil, coll. La république des idées, 2004, 96 p.

ASKENAZY P., CAROLI Eve, MARCUS Vincent, « New organizational practices and working conditions : evidence from France in the 1990's », *Recherches économiques de Louvain-Louvain Economic Review*, n° 68 (1-2), 2002, p.91-110.

ASKENAZY P., CAROLI E. et MARCUS V., « Organizational innovations and working. Conditions : an empirical approach », *Recherches économiques de Louvain, Economic review*, Vol. 68, 2002, p. 1-2.

ASSOCIATION DE SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, Syros, 1998, 400 p.

- ATKINSON J., « Manpower strategies for flexible organisation », *Personnel management*, august, 1985, p. 28-31.
- ATKINSON P., HEALT C., *Medical work. Realities and routines*, Wesmead, Gower. 1981.
- AUBERT Nicole, de GAULEJAC Vincent, *Le coût de l'excellence*, Paris, Seuil, 1991, 342 p.
- AUBERT Nicole, GRUERE Jean-Pierre, JABES Jak, LAROCHE Hervé, MICHEL Sandra, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris, PUF, 656 p.
- BACHRACH Peter, BARATZ Morton S., « The two faces of power », *American Political Science Review*, n° 56, 1962, p. 947-952.
- BAILLY Jean-Paul, JACQUARD Albert, MEDA Dominique, VIARD Jean, *Représenter les temps*, Rennes, Editions de l'Aube, 2004, 135 p.
- BANYASZ Laurence, « Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 1. Modèles conceptuels du stress en psychologie : apports et limites », NS 173, 1998, 38 p.
- BARTLETT, S., “Acedia : The Ethiology of Work-Engendered Depression”, *New Ideas in Psychology*, 8, 3, 1990, p. 389-396.
- BAUDOIN C., *L'œuvre de Jung et la psychologie complexe*, Paris, Payot, 1993.
- BEAUVOIS Jean-Léon, JOULE Robert-Vincent, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1987, 229 p.
- BEAUVOIS Jean-Léon, JOULE Robert-Vincent, *La soumission librement consentie : comment amener les gens à faire librement ce qu'il doivent faire ?*, Paris, PUF, 2001, 214 p.
- BELLINI Stéphane, LABIT Anne 2005, *Des petits chefs aux managers de proximité*, Paris, L'harmattan, (Coll. « logiques sociales »), 2005, 210 p.
- BENOIT Jacques, *L'entreprise démocratique*, Lyon, Chronique sociale, 1994, 184 p.
- BENOIT-GUILBOT Odile, MOSCOVICI Marie, « Consommation moderne, gestion du budget et perspective d'avenir », in Henri Mendras et Marc Oberti (dir.), *Le sociologue et son terrain. Trente recherches exemplaires*, 2000, p. 242-250.
- BENSAÏD A., DEJOURS Christophe, « Psychopathologie et psychodynamique du travail », in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Toxicologie-pathologie professionnelle*, 1994, 16, 535-P-10, 7 p.
- BERTAUX Daniel, *Histoires de vie ou récits de pratiques ? Méthodologie de l'approche biographique en Sociologie*. Rapport final, I, Convention CORDES, 23, CNRS, 1976.
- BERTHET E., *Information et éducation sanitaire*, Paris, PUF, Coll. Que sais-je ?, 1983.
- BETCHERMAN G., MC.MULLEN K., DAVIDMAN K., « La formation et la nouvelle économie : un rapport de synthèse », *Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques*, 1998.
- BONNET Estelle, « Les visions indigènes de la qualité. A propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie », numéro spécial de la *Revue d'Economie industrielle*, n° 75, 1996.
- BOURGEOIS E., VERELLEN C., « Le stress chez les cambistes : de l'identification des facteurs d'influence à l'ébauche d'un modèle prédictif et préventif du stress au travail », *Psychologie du Travail et des Organisations*, 2, 1-2, 1996, p.149-162.
- BOURGET Paul, *Le démon de midi*, Paris, Plon, 1914.
- BOURGUIGNON A. « Arrêts de travail : l'Ordre rappelle les exigences de la confidentialité », *Le Quotidien du Médecin*, 6730, 2000.
- BOURRET A., TRINH T., DUPUIS P., BRUNET L., *Satisfaction et motivation au travail chez les cadres scolaires du Québec au mitan de la vie*, Université de Montréal, Faculté des Sciences de l'Éducation (monographie RR. 045), 1996.

BOUVET Marie, YAHOU Nouara, « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique », *Premières synthèses*, DARES, N° 31.1, 2001, p.1-7.

BRUNET J.-P., BRUNET Luc, « L'école québécoise, ses paradoxes et leur gestion. », in Fabi B., Lescarbeau R. (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: réorganisation du travail*, 2, 1998, p.163-179.

BRUNET J.-P., BRUNET Luc, *Les paradoxes en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 2001.

BRUNET Luc, « Structure et fonctionnement des groupes informels en milieu de travail: premiers résultats empiriques », *Revue Québécoise de psychologie*, 16 (1), 1995, p. 63-81.

BRUNET Luc, « La gestion des conflits chez les directions d'école : étude de cas », in P. Toussaint, R. Fortin (dir.), *Gérer la diversité en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1997, p. 305-321.

BRUNET Luc, « Stress et climat de travail chez les enseignants. Résonances », *Mensuel de l'école valaisanne*, 10, 1998, 3-5.

BRUNET Luc, « Un changement de mentalité important au Québec: déontologie et éthique chez l'administrateur scolaire », in P. Toussaint et Paul Laurin (dir.), *L'accélération du changement en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1999, p. 167-177.

BRUNET Luc, « Éthique et direction d'école », *Le Point en Administration Scolaire*, 3 (3), 2001, 18-19.

BRUNET Luc, DUPONT P., LAMBOTTE X., « La satisfaction des enseignants », Belgique, Editions Labor, 1991.

BRUNET Luc, BRASSARD A., CORRIVEAU L., *L'efficacité organisationnelle des institutions scolaires au Québec: le rôle du climat organisationnel et du leadership des directions d'école*, Montréal, Agence d'ARC, 1991.

BRUNET Luc, DUPUIS Philippe, THRIN THI, Tuyet, L'implication au travail de personnels scolaires vieillissants: enseignants, cadres et directeurs, *Gestion des paradoxes dans les organisations: réorganisation du travail*, 2, 1998, p.179-189

BRUNET Luc, HETU, Y., SAVOIE, A. (1998). « Habilétés de gestion et sélection des directions d'école », in L. Corriveau et M. St-Germain (dir.), *Transformation des enjeux démocratiques en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1998, p. 311-335.

BRUNET Luc, LABRIE S., « L'influence des membres de groupes informels en milieu de travail: la fin d'un mythe? », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 217-229.

BRUNET Luc, SAVOIE André, « Compétence et sélection des directions d'école », *Le Point en Administration Scolaire*, 1 (2), 1998, p. 13-17

BRUNET Luc, SAVOIE André, *Le climat de travail : un levier pour le changement*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1999.

BUE Jennifer, ROUGERIE Catherine, « L'organisation du travail entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, DARES, n° 32.1, 1999, p. 1-8.

BRUNET Luc, SAVOIE André, PERREAULT C., « L'aliénation groupale et le groupe informel », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, p. 237-245.

BRUNET Luc, SAVOIE André, SPENARD A., « L'administrateur scolaire et la gestion des groupes informels de son école », in J. Moisset et J-P. Brunet (dir.), *Culture et transformation des organisations en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1997, p. 159-175.

BRUNET Luc, SAVOIE André, COURCY F., GUERTIN C., TREMBLAY I., « Le groupe informel et les conduites adoptées par ses membres au travail », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 229-237.

BRUNET Luc, SAVOIE André, HETU Y., « Le développement d'un programme d'appréciation du potentiel administratif pour les fins de sélection chez les directions d'école », *Ressources humaines*, 12 (3), 1998, p. 20-35.

BRUNET Luc, SAVOIE André, MARCIL-DENAULT E., « Le groupe informel : dispositif social naturel de gestion du stress au travail », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations : leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 205-217.

BRUNET Luc, SAVOIE André, COURCY F., GUERTIN C., TREMBLAY I., « Le groupe informel et les conduites adoptées par ses membres au travail », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations : leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 229.

BRUNET Luc, SAVOIE André, ROUSSON M., « Les groupes informels dans les organisations : de réjouissantes données empiriques », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 195-205.

BRUCHON-SCHWEITZER M., DANTZER R., « Introduction à la psychologie de la santé », Paris, PUF, 2000 (épuisé chez l'éditeur).

BUE Jennifer, COUTROT Thomas, PUECH Isabelle, *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquête*, Toulouse, Octares, (Coll. « Travail et activité humaine »), 2005, 166 p.

BUNGE G., Akédia, *la doctrine spirituelle d'Evagre le Pontique sur l'acédie*, Begrolle-en-Mauge, Spiritualité Orientale, 1991.

CADRES CFDT, *Evaluation global et management responsable*, Paris, CFDT, n° 400, juillet 2002, 121 p.

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS), « Dépenses d'assurance maladie : résultats 2004 (premières estimations sur l'ONDAM) » [en ligne], *Point d'information mensuel*, le 8 février 2005. Site disponible sur : <http://www.ameli.fr>

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS), « Arrêts maladie : une étude dresse le profil des patients en arrêt de travail de 2 à 4 mois » [en ligne], *Point d'information mensuel*, le 6 octobre 2004. Site disponible sur : <http://www.ameli.fr>

CANNON W. B., *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, New-York, Appleton, 1929.

CANOUI Pierre, *Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel*, Thèse de doctorat en éthique médicale et santé publique, Paris V, 1996.

CAPDEVIELLE Philippe, « Évolution des accidents du travail et des maladies professionnelles : un point de vue statistique », In *L'évaluation des risques professionnels*, Strasbourg, Ed. Pus, 1995, p. 101.

CARTRON Damien, GOLLAC Michel, « Intensité et conditions de travail », *quatre pages*, CEE, n° 58, 2003, p. 1-4.

CASSIEN J., 465. *Institutions cénobitiques*. Paris, Le Cerf, 1965.

CATU-PINAULT A., VELLUET L. « A propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale ». *La revue Exercer*, 2004, 70, p. 69-74.

CAUVIN P., CAILLOUX G., *Les types de personnalité : les comprendre et les appliquer avec le MBTI*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 1994.

CENTRE DES JEUNES DIRIGEANTS D'ENTREPRISE, *L'entreprise au XXIe siècle*, Paris, Flammarion, 1996, 158 p.

CEZARD Michel, HAMON-CHOLET Sylvie, « Efforts et risques au travail », *Premières synthèses*, n° 16-1, 1999.

CEZARD Michel, VINCK Lydie, « En 1998, plus d'un salarié sur deux utilise l'informatique dans son travail », *Premières synthèses*, DARES, n° 53.2, 1998, p. 1-9.

- CHANLAT Jean-François, « Théories du stress et psychopathologie du travail », *Prévenir*, 1990, n° 20, p.117-124.
- CHARBONNEAU George, *Tristesse, acédie et médecine des âmes dans la tradition monastique*, ed. Beauchesne, 2005.
- CHARREIRE Sandra, HUAULT Isabelle, *Les grands auteurs en management*, Colombelles, éditions EMS, coll. management & société, 2002, 463 p.
- CHAUCER Geoffrey, “1400. The Parson's Tale”, in *The Canterbury Tales*, Cambridge, Cambridge University Press, 1975.
- CHAZAUD Jean, *La souffrance de l'idéal (étude psychanalytique sur la mélancolie)*, Toulouse, Privat, 1979.
- CHERBONNIER Alain, « Evaluation quand tu nous tiens ! », *Education santé*, n° 93, 1994.
- CHOUANIÈRE Dominique et coll. « Évaluation des conditions de travail dans le secteur du livre et des industries graphiques », TF 114, Documents pour le médecin du travail , n° 90, 2002, p. 147-155. (format pdf, 197 ko).
- CHOUANIÈRE Dominique, JOLIBOIS Samuel. et coll., « Une base documentaire sur le stress professionnel », *Travail et Sécurité*, n° 579, décembre 1998, p. 8-11.
- CHOUCHAN Dominique, « Bien-être au travail. Un nouveau sujet de droit », *Travail et Sécurité*, n° 614, janvier 2002, p. 22-24. (format pdf, 346 ko).
- CHOUANIÈRE Dominique, FRANÇOIS Martine et al., « Le stress au travail. Point des connaissances sur », ED 5021, INRS, 2003, 4 p.
- CICUREL Michel, *La Génération inoxydable*, Paris, Grasset, 1989.
- CITEAU Jean-Pierre, *Gestion des ressources humaines, principes généraux et cas pratiques*, Paris, Armand Colin, 4<sup>e</sup> éd., 2002, 260 p.
- CLAIRVAUX Bernard de, *Traité de la demeure intérieure*, PL 134.
- COBB S., ROSE R.M., *Stress*, Time-Life Books, 1976.
- COHEN S., EDWARDS J. R., “Personality characteristics as moderator of the relationship between stress and disorder”, in R. W. J. Neufeld (ed.), *Advande in the Investigation of Psychological Stress*, New York, Wiley, 1989.
- COHIDON Christine, CHOUANIÈRE Dominique, NIEDHAMMER Isabelle, « Catégorie socioprofessionnelle et contraintes au travail », *Note scientifique et technique*. NS 227. 2002. (format pdf, 1,1 Mo).
- « Stress dans le secteur du livre. Une étude scientifique débouche sur deux pistes de prévention », *Travail et Sécurité*, n° 618 , mai 2002, p. 22-24. (format pdf, 586 ko).
- COLLECTIF, *Souffrances et précarité au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Syros, 1994, 356 p.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Prescription et contrôle des arrêts de travail pour cause de maladie au regard de la déontologie médicale » [en ligne] : in CNOM-rapport de la session d'avril 2000. Site disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr> (Page consultée le 29 mars 2004).
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, *La prévention en matière de santé*, Rapport présenté par Guy Robert en séance des 25-26 novembre 2003, *Journal Officiel*, mercredi 3 décembre 2003, 157 p.
- COURCY François, SAVOIE André, BRUNET Luc (dir.), *Violences au travail: Diagnostic et prévention*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2004, 222 p.
- COURPASSON David, *L'action contrainte. Organisations libérales et domination*, Paris, PUF, 2000, 320 p.

COUTROT Thomas, « Innovations dans le travail : la pression de la concurrence internationale, l'atout des qualifications », DARES, *Premières synthèses*, N°09.2, 2000, p. 1-11.

COUTROT Thomas, « Innovations et gestion de l'emploi », DARES, *Premières synthèses*, N° 12.1, 2000, p. 1-9.

CRISTOFARI Marie-France, « Les accidents du travail. Indicateurs de précarisation de la santé au travail », in B. Appay, A. Thébaud-Mony (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé* ; Paris, IRESCO, 1997, p. 54.

CRISTOFARI Marie-France, *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel*, CEE, oct. 2003, chap. 3, p. 30.

CROZIER Michel, FRIEDBERG Ehrard, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1997, 437 p.

DAHL Robert A., « The concept of power », *Behavioral science*, n° 2, 1957, p. 201-215.

DANTZER Robert, *L'illusion psychosomatique*, Paris, Odile Jacob, 1989.

DARES, Les dossiers de la Direction de l'Animation de la Recherche des Études et des Statistiques (DARES), enquêtes « Conditions de Travail » de 1978, 1984, 1991, 1998.

DARES, Troisième enquête « Conditions de travail » du ministère chargé du Travail auprès d'un échantillon représentatif de la population active française (la première enquête date de 1984). La même année, des questions sur la charge mentale de travail sont incluses dans le questionnaire (dossiers de la DARES), 1991.

DARES, Enquête SUMER sur les risques professionnels réalisée par des médecins de travail, incluant des questions sur les « risques organisationnels », (dossiers de la DARES), 1994.

DARES, Quatrième enquête du ministère chargé du Travail sur les conditions de travail des Français, renforçant l'étude de la charge mentale (dossiers de la DARES), 1998.

DARES, "Efforts, risques et charge mentale au travail. Résultats des enquêtes Conditions de travail 1984, 1991, et 1998". *Les dossiers de la DARES*, Hors-série /99. La documentation française, 2000, 184 p.

DARES, "L'organisation des horaires de travail. Résultats des enquêtes Conditions de travail de 1984, 1991, et 1998". *Les dossiers de la DARES* . N° 1-2 / 2000. La documentation française, 2000, 267 p.

DARES, "Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail. SUMER 1994". *Les dossiers de la DARES* . N° 5-6 / 98. La documentation française, 1999, 150 p.

DARES, Enquête menée entre novembre 2000 et janvier 2001 auprès de 1 618 salariés, et conduite par la Direction de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère de l'Emploi.

DARES, Numéro 24 de Premières informations et premières synthèses de la DARES, « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement », juin 2003.

DARWIN Charles, *The Expression of the Emotion in Man and Animals*, New-York, Oxford University Press, 1998.

DAUBAS-LETOURNEUX Véronique, HAMON-CHOLET Sylvie, LORIOT Daniel, THEBAUD-MONY Annie, « La difficile (re)connaissance des accidents du travail », in Jennifer Bué, Thomas Coutrot et Isabelle Puech (dir.), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse, Octares, 2005, p. 101-117.

DAVEZIES Philippe, « Harcèlement moral au travail », *Médecine et travail*, 2000, 186, p.47-48.

DEJOURS Christophe, *Plaisir et souffrance dans le travail*, Paris, Édition de l'AOCIP, 1988.

DEJOURS Christophe, *Travail usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Ed. 1993.

DEJOURS Christophe, *Le Facteur humain*, Paris, PUF, 1995.

- DEJOURS Christophe, *Souffrance en France*, Paris, Seuil, 1998.
- DEJOURS Christophe, *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*. Paris, Seuil, 1998, 197 p.
- DEJOURS Christophe,, « Travail, souffrance et subjectivité », *Sociologie du travail*, 42, 2, 2000, p. 329-340.
- DEJOURS Christophe, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard, 3<sup>e</sup> éd., 2000, 262 p.
- DEJOURS Christophe, RAIX A., « Incidences psychopathologiques des nouvelles formes d'organisation du travail, du management et des gestions des entreprises », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 1999, 60, 6, p. 533-541.
- DELAVIER Frédéric, *Rôle des différents acteurs médicaux dans la prise en charge du harcèlement moral au travail*, Thèse de doctorat en médecine, Amiens, Université Jules Verne, 2002, 88 p.
- Enquête ESTEV : Enquête Santé Travail et Vieillissement, Inserm, unité 170, CREAPT, 1990-1995.
- DERRIENNIC Francis, TOURANCHET Annie, VOLKOFF Serge, « Age, travail, santé. Étude sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990 », Éditions INSERM, 1996, 458 p.
- DESERT F. *Souffrance psychique au travail : étude de 162 cas adressés en consultation de pathologie professionnelle à Nantes*, Thèse de doctorat en médecine, Nantes, Université de Nantes, 2002, 236 p.
- DESMAREZ Pierre, *La sociologie industrielle aux Etats-Unis*, Paris, Armand Colin (Coll. « U »), 1986, p. 34.
- DESSORS Dominique, « Pour les CHSCT, les absents n'ont pas toujours tort », *Santé et travail*, n° 47, 2004, p. 26.
- DICTIONNAIRE DE MEDECINE FLAMMARION, Paris, Flammarion, 4<sup>e</sup> éd., 1992, 988 p.
- Discours, organisation et souffrance au travail* : colloque, Namur, 11-13 novembre 1999. Namur : 2000, 346p.
- DODIER Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, (Coll. « Leçons de choses »), 1993, p. 13.
- DODIER Nicolas, « Causes et mises en cause, innovation sociotechnique et jugement moral face aux accidents du travail », *Revue française de sociologie*, avril-juin XXXV-2, 1994, p. 251-281.
- DODIER Nicolas, *Les hommes et les machines, la conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Métailié (Coll. « Leçons de choses »), 1995, 385 p.
- DODIER Nicolas, « Remarques sur la conscience du collectif dans les réseaux socio-techniques », *Sociologie du travail*, n° 2, XXXIX, 1997, p. 143
- DOUILLER Philippe, APTEL Michel, *Prévenir les troubles musculosquelettiques liés au travail*, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, (ANACT, Lyon, France), Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS, Nancy, France), 2005.
- DRESS, « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé, une approche exploratoire », *Etudes et résultats* n° 247, juillet 2003.
- DUCLOS Denis, *La santé et le travail*, Paris, La Découverte, (Coll. « Repères »), 1984, 123 p.
- DUCROS C., ROVAN A., « Malaise chez les managers », *Le Figaro Entreprises*, 5 avril 2004, p. 10-14.
- DUMONT D., LE FLAHEC C., « Aptitude au travail : rôles respectifs du médecin du travail et du médecin traitant », *La Revue du Praticien*, 1994, 44, 4, p. 549-551.
- DUPONT P., LECLERCQ D., CLAUS S., BRUNET L., DELOOZ P., LAMBILLOTTE T., LAMBOTTE X., OSSANDON M., *Analyse de la communication dans les établissements secondaires de la Communauté française*, Université de Mons-Hainaut, Institut d'Administration Scolaire, Rapport de recherche, 1998.

DURAND Jean-Pierre, BASZANGER Isabelle, DEJOURS Christophe, « Souffrance en France. Banalisation de l'injustice sociale ». *Sociologie du travail*, 2000, 42, 2, p. 313-340.

DUXBURY L., HIGGINS C., “Work-Life Balance in the New Millenium: Where are We? Where Do We Go from Here ?”, Document de travail W-12, Ottawa, Canadian Policy Research Networks, 2001.

DUXBURY L., HIGGINS C., *Enquête nationale sur le conflit entre le travail et la vie personnelle - 2001*, Santé Canada, voir [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca), 2002.

DWYER Tom, *Life and death at work. Industrial accident as a case of socially produced error*, New York and London, Plenon press (Coll. “Studies in work and industry”), 1991, 318 p.

ÉDUCATION PERMANENTE, *Reconnaitre les acquis et valider les compétences*, n° 133, 1998.

ÉDUCATION PERMANENTE, *La formation permanente entre travail et citoyenneté*, n° 149, novembre 2001, 266 p.

EPSING-ANDERSON Gösta, *Social Foundations of Post-Industrial Economies*, Oxford University Press, 1999.

ERBES-SEGUIN Sabine, *La sociologie du travail*, Paris, La Découverte, Repères, 1999, 127 p.

ERDAL David, *Effects of Living in an egalitarian environment*, thèse à la School of Psychology University of St Andrew.

ERIKSON Erik H., *Adolescence et crise : la quête de l'identité*, Paris, Flammarion, 1972.

ERTEL M., PECH E. et ULLSPERGER P., “Telework in perspective – new challenges to occupational health and safety”, dans Isaksson K., Hogskdt C., Eriksson C., & Theorell T. (dir.), *Health Effects of the New Labour Market*, p. 169-182, New York, Kluwer Academic, 2000.

ÉVAGRE LE PONTIQUE, *Traité pratique, ou Le moine*. Paris, Le Cerf, 1996.

FACTS, « Stress au travail », n° 22, ISSN 1681 – 2131, 2002.

FERNANDEZ-ZOÏLA, A., *Récits de vie et crises d'existence*, Paris, L'Harmattan, 1999.

FERRIE JE., SHIPLEY M. J., MARMOT M. G., STANSFELD S., SMITH G.D., “The health effects of major organisational change and job insecurity”, *Social Science & Medicine*, vol. 46 (2), 1998, p. 243-254.

FILOCHE Gérard, *Carnets d'un inspecteur du travail*, Paris, Ramsay, 2004, 322 p.

FINNIE R. *The Dynamics of Poverty in Canada*, C.D. Howe Institute, 2000.

FITUSSI Jean-Paul, *La démocratie et le marché*, Paris, Grasset, 2004, 103 p.

FONDATION EUROPEENNE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL, *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail de 2000*, Luxembourg, 2001, <http://www.fr.eurofound.ie/publications/EF0121.htm>

FONDATION EUROPEENNE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL, enquête périodique auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population active européenne. En 2000, 21 703 travailleurs (1500 par état membre)

FORTHOMME B., *De l'acédie monastique à l'anxiodepression*, Paris, Les Empêcheurs de tourner en rond, 2000.

FRANÇOIS Martine, BANYASZ Laurence, « Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 2. Essai de caractérisation des demandes sociales à partir de résultats d'enquête », NS 198. 2000, 31 p.

FRANÇOIS M., « Le travail temporaire en milieu industriel. Incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs », *Travail humain*, N° 54, n, 1991, °p. 39.

FRANÇOIS Monique, LIEVIN D., « Approche des risques professionnels des travailleurs intérimaires », *ND, INRS*, 1986, p. 305-317.

FREYDT C., LEGERON P., PAOLOLLO A.G. *Stress au travail*. La FMC du généraliste, 2004, 2286 (cahier détachable)

GAUDART Corinne, LAVILLE Antoine et al., « Age des opérateurs et travail répétitif, une approche démographique et ergonomique », *Relations industrielles*, vol. 50 (4), 1995.

GOLDBERG M. Co-auteur(s) : ZINS M., LECLEREC A., BONENFANT S., BUGEL I., CHASTANG J.F., KANIEWSKI N., NIEDHAMMER I., OZGULER A., PICIOTTI M., SCHMAUS A., « La cohorte Gazel, un laboratoire épidémiologique ouvert. Le point après treize ans de suivi », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 31, 2001, p. 147-149.

GOLLAC Michel, « Le capital est dans le réseau : la coopération dans l'usage de l'informatique », *Travail et emploi*, n° 68, 1996, p. 3-96.

GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, Collection Repères, 2000, 128 p.

GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, « La mise au travail des stéréotypes de genre : les conditions de travail des ouvrières », *Travail Genre et Sociétés*, n°8, 2002, p. 25-53.

GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, « L'analyse des conditions de travail » In J. Allouche (coord.), *Encyclopédie des ressources humaines*, ed. Vuibert, 2003, p. 250-258.

GONIK V., KURTH S., « Autonomie et reconnaissance au travail : le cas des enseignants et des policiers », colloque international, à Nancy, Metz et Mondorf-Les-Bains au Luxembourg, sur le thème : « *Entreprise, Santé et Travail : homme et organisation un équilibre impossible ?* », les 22-23-24 novembre 2004.

GORIS Anne-Marie, « Etude sur le stress. A chaque emploi ses contraintes », *Travail et Sécurité*, n° 628, avril 2003, pp. 35-36.

GOT Claude, *Risquer sa peau*, Paris, Bayard, 2001.

GOT Claude, *La légitimité du cadre géographique des politiques de prévention au regard de l'épidémiologie*, *Les politiques de prévention*, Médecine-Sciences Flammarion, 2003.

GOUT Didier, « Dossier : stress professionnel, une multiplicité de facteurs en cause », *Travail et Sécurité*, n° 582 , mars 1999, p. 26-36.

GRANDGUILLOT D. « Les institutions représentatives du personnel », in *L'essentiel du droit du travail*, Paris, Editions Gualino, 2003, 120p. (Collection Les Carrés).

GREEN Francis, “It’s been a hard day’s night : the concentration and intensification of work in late twentieth century Britain”, *British journal of industrial relations*, 1. 2001,

GREEN Francis, *Clients or customers* : en 1986, 37-2, et en 1997 53-9.

GREEN Francis, *Supervisors or bosses* : en 1986, 26-7, et en 1997 41-0.

GRENIER-PEZE Marie, « Le harcèlement moral : approche psychosomatique, psychodynamique, thérapeutique ». *Cahiers de médecine interprofessionnelle*, 2001, 2, p.169-177.

GRENIER-PEZE Marie, BOUAZIZ Paul, BUIGUES C., et al. « La notion de harcèlement dans le travail : réparation ou reconnaissance de la souffrance au travail ? », *Travailler. Revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail*, 2002, 9, p.189-205.

GRENIER-PEZE Marie, SOULA Marie-Christine, « Harcèlement au travail : l’interrompre en urgence », *La Revue du Praticien - médecine générale*, 2001, 537, 15, p. 973-978.

GRENIER-PEZE Marie, SOULA Marie-Christine, « Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral », *Documents pour le médecin du travail*, 2002, 90, p. 137-145.

GRENIER-PEZE Marie, SOULA Marie-Christine, BOUAZIZ Paul et al. « La maltraitance dans les relations de travail. Prise en charge pluridisciplinaire », *Le Concours médical*, 2001, 123-30, p.2013-2016.

GRENIE-PEZE Marie, SOULA Marie-Christine, DAVEZIES Philippe, « Les impasses du harcèlement moral ». *Travailler. Revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail*, 2004, 11, p.83-90

GRITTI J., *L'événement, techniques d'analyse de l'actualité*, Paris, Fleurus, 1969.

GROSJEAN Vincent, RIBERT-VAN DE WEERDT C., *Les modes de management dans un centre d'appel et leurs conséquences sur le bien-être des opérateurs*, NS 234. 2003, 40 p. (format pdf, 1,37 Mo)

GUIGNON Nicole, HAMON-CHOLET Sylvie, « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *Premières synthèses*, DARES, N° 09.3, 2003, p. 4.

GUIOL Patrick, « Participation dans l'entreprise et comportements socio-politiques », in « La participation dans l'entreprise », *Cahiers de la Fondation Charles de Gaulle*, n° 5, 1998, p. 75-108.

GUIOL Patrick, « Aliénation ou émancipation ? », in « La démocratie dans l'entreprise : une utopie ? », revue *Panoramiques*, numéro 46, ed Corlet-Hennebelle, 2000, p. 70-78.

GUIOL Patrick, LAMBERT Yves, SABOURAUD Olivier, *La démocratie dans l'entreprise : une utopie ?* Condé-sur-Noireau, ed. Corlet-Hennebelle, revue *Panoramiques*, n° 46, 2000, 215 p.

GUIOL Patrick(dir.), LE GOFF Jacques, PORTIER Philippe, BERCEGEAY Marylène, *Mouvement du management et paysage politique*, rapport d'enquête pour le MRES, N° : MRT / 88 VO654, juin 1994, 141 p.

HAMON-CHOLET Sylvie, « Accidents du travail : vers des statistiques plus proches de la réalité ? », *La santé de l'homme*, n°3555, septembre-octobre 2001.

HAMON-CHOLET Sylvie, « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998 », *Premières synthèses*, DARES, n° 20.1, 2002, p. 7.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La Santé en France*, 2002, Paris, La documentation française, février 2002.

HIRIGOYEN Marie-France, *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*. Paris, La Découverte et Syros (Collection Pocket), 1999, 251 p.

HIRIGOYEN Marie-France, *Le harcèlement moral dans la vie professionnelle. Démêler le vrai du faux*, Paris, Editions La Découverte et Syros (Collection Pocket), 2001, 443 p.

HIRIGOYEN Marie-France, « Us et abus du terme harcèlement moral ». *Synapse*, 2000, 164, 75 p.

HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Le Cerf, (Coll. « passages »), 2000, 163 p.

HONNETH Axel, « Intégrité et mépris. Principes d'une morale de la reconnaissance », *Recherches sociologiques*, vol. 30, No 2, 1999, 11-22.

INSPECTION MEDICALE DU TRAVAIL, *Enquête démographique 2002-2003*.

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS). (Dossiers du site Web INRS) : « Santé mentale au travail », « Travail et agressions. État des lieux et prévention des risques », « Harcèlement moral au travail. Généralités et contexte français ».

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS). : « Le stress au travail », mise à jour du 08/10/2003, <http://www.inrs.fr/>

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS). *Les maladies professionnelles. Guide d'accès au tableau du régime général et du régime agricole de la sécurité sociale*, Saint-Just-La-Pendu, INRS, 4e édition, 2004, 350 p.

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS). *Le stress au travail*. [en ligne]. In : les dossiers inrs. Site disponible sur : <http://www.inrs.fr/>

INSERM, L'essentiel des enquêtes françaises sur les relations entre conditions de travail et santé mentale :

**1989** : Première vaste enquête épidémiologique menée par l'INSERM, sur les problèmes de santé physique et mentale dans le secteur d'activité particulier EDF-GDF (enquête INSERM)

**1990** : Réalisation d'une enquête épidémiologique "âge, travail, santé" (ESTEV) étudiant les effets du travail sur la souffrance psychique (enquête ESTEV).

INSTITUT DE RECHERCHE SUR LE TRAVAIL ET LA SANTE, *Fact Sheet on Shift Work*, 2002, voir : [www.iwh.on.ca](http://www.iwh.on.ca).

INSTITUTE FOR WORK AND HEALTH. Fact Sheet on Shift Work, voir : [www.iwh.on.ca](http://www.iwh.on.ca), 2002.

JACKSON A., *Why We Don't Have to Choose Between Social Justice and Economic Growth: The Myth of the Equity-Efficiency Trade-Off*, Conseil canadien de développement social, voir [www.ccsd.ca](http://www.ccsd.ca), 2000.

JACKSON A. *The Unhealthy Canadian Workplace*, document présenté lors de la conférence sur « les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie », tenue à Toronto en novembre 2002.

JACKSON A., ROBINSON D., *Falling Behind: The State of Working Canada 2000*, Centre canadien de politiques alternatives, 2000.

JACKSON A., ROBINSON D., *Why We Don't Have to Choose Between Social Justice and Economic Growth: The Myth of the Equity-Efficiency Trade-Off*, 2000.

JANET Pierre, *Les obsessions et la psychasthénie*, tome 1, Paris, Alcan, 1919.

Jonas d'Orléans, *Patrologia Latina*, PL 106.

JONES F., BRIGHT JEH., SEARLE B., COOPER L., “Modelling occupational stress and health: The impact of the demand-control model on academic research and on workplace practice”, *Stress Medicine*, 1998, n° 14, p. 231-236.

JOSSO Marie-Christine, *La formation au cœur des récits de vie*, Paris, L'Harmattan, 2000.

Journal bimestriel de la fédération nationale des accidents du travail et des handicapés n° 204.

JUES Jean-Paul, *Gestion des ressources humaines, principe et points clés*, Paris, Ellipses éditions marketing, coll. spécialité HEC, 2002, 207 p.

JUNG Carl Gustav, *Types psychologiques*, Genève, Librairie de l'Université, 1950.

JUNG Carl Gustav, *Dialectique du Moi et de l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1964.

KARASEK Robert, « Occupational distribution of psychological demands and decision latitude », *International Journal of Health Services*, 19, 481 – 508, 1989.

KARASEK Robert, THEORELL T., *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990.

KARLSSON J., ERIKSSON B., *Flexibla arbetsplatser och arbetsvillkor. En empirisk prövning av en retorisk figur*. Arkiv förlag, 2000.

KERSVADOUÉ Jean (de), *La Santé n'est pas uniquement affaire de médecine, Santé publique et libertés individuelles (...)*

KIEV A., KOHN V., *Executive Stress*, New York, AMACOM, 1979.

KRIEGER N., *Society, biology and the logic of social epidemiology*, Int J Epidemiol, 2001.

KRISTENSEN T., “The demand-control-support model: Methodological challenges for future research”, *Stress Medicine*, 1995, n° 11, p. 17-26.

LABORIT Henri, *Biologie et Structure*, Paris, Gallimard, coll. « Idées », 1968.

LABORIT Henri, *L'homme imaginant*, Paris, coll. 10/18, union générale édition, 1970.

LABORIT Henri, *L'inhibition de l'action*, deuxième édition, Paris, Masson, 1986.

LABORIT Henri, *Eloge de la fuite*, Paris, Folio essais, 1999.

- LAE Jean-François, 1996, *L'instance de la plainte, Une histoire politique et juridique de la souffrance*, Paris, Ed. Descartes & Cie, 252 p.
- LARRONDE Claude, *L'Arsenal de Tarbes, Histoire et patrimoine*, Société Académique des Hautes-Pyrénées, 1991, 262 p.
- LARUE Anne, *L'autre mélancolie*, Paris, Hermann, 2001.
- LASFARGUES G., GUILLAUME A., « Santé mentale et travail », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 2004, 65, 2, p.124-125.
- LAURENT P., BERNADAC G., CARRAULT H., et al. *Photographie des pratiques relationnelles entre les médecins généralistes et les médecins du travail*, Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, 1999, 60, 2, p.124-131.
- LAUVEAY-BOUILLET Caroline, *La souffrance au travail ; dépistage et prise en charge en médecine générale. Revue de la littérature et enquête d'intention de pratique auprès des médecins généralistes des Hauts de Seine*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, juin 2005.
- LAVILLE Jean-Louis, *Une Troisième voie pour le travail*, Paris, Desclée de Brouwer, Collection : Sociologie économique, Paris, 1999, 224 p.
- LAZARSFELD Paul Félix, JAHODA M., ZEISEL H., (1<sup>er</sup>, 1932), *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, Minuit, 1981.
- LECADET J., VIDAL P., BARIS B., et al., « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000 », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2003, 34, 2, p.75-84
- LECLERC Annette et al., *Les inégalités sociales de santé*, (Sous la dir. A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang), Paris, La découverte, 2000, 448 p.
- LECOMTE B., *L'acédie, invention et devenir d'une psychopathologie dans le monde monastique*, Thèse de doctorat de médecine, Université de Nancy 1, 1991.
- LEGERON Patrick, *Le stress au travail*, (2001), Paris, Odile Jacob, 2003, 381 p.
- LE GOFF Jean-Pierre, (1997-1992), *Les illusions du management et Le mythe de l'entreprise*, Paris, ed. La découverte, 307 p..
- LEMOINE Claude, *Psychologie dans le travail et les organisations (relations humaines et entreprise)*, Paris, Dunod, 2003, 118 p.
- LEMPERIERE Th., FELINE A., *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 1987.
- LEVINAS Emmanuel, *Ethique et infini*, Paris, Livre de poche, (Coll. « Essai »), 1984, 120 p.
- LEYMANN H., *Mobbing : persécution au travail*. Paris, Seuil, 1996, 231p.
- LIVINGSTONE D.W., *Working and Learning in the Information Age: A Profile of Canadians*, Canadian Policy Research Networks, 2002.
- LINHART Robert, *L'établi*, Paris, Minuit, 1978, 177 p.
- LORENZ Edward, « Policies for participation : lesson from France and Germany », *The german Journal of Industrial relations*, 2, 1, 1995, p. 46-63.
- LORENZ Edward, VALEYRE Antoine, *Formes d'organisation du travail : comparaisons européennes*, Rapport à la DARES, Noisy-le-Grand, CEE, décembre 2003.
- LORENZ Edward, VALEYRE Antoine, « Modèles européens d'organisation du travail », in BUE J., COUTROT T., PUECH I. (dir.), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse, Octares, 2005, p. 125-137.
- LORIOL Marc, *Le temps de la fatigue*, Paris, Anthropos, 2000.

LORIOL Marc, « "Mauvaise fatigue" et contrôle de soi : une approche sociohistorique », *PISTES*, vol. 4 (1), mai 2002.

LORIOT Daniel, " Accidents et organisation du travail : les enjeux de l'arrêt de travail ", *Travail et emploi*, n° 88, 2001, p. 44.

LORTIE, G., SAVOIE Alain, BRUNET Luc, « Les groupes informels en milieu de travail; élaboration et validation d'une mesure », *Psychologie du travail et des organisations*, 1 (2-3), 1995, p. 65-74.

LORTIE, G., BRUNET Luc, SAVOIE Alin, « Le groupe informel en milieu de travail: dispositif social de soutien de ses membres », *Revue Québécoise de Psychologie*, 16 (1), 1995, p. 81-97.

LOWE G., *The Quality of Work: A People Centred Agenda*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

MAALOE Erik, *The employee owner (organizational & individual change within manufacturing companies as participation and shosing grow and expand)*, Danish Social science research concil, Academic Press, Copenhague, 1998, 477 p.

MAGNIN C., DORGET P., « Le vécu professionnel et le symptôme du salarié souffrant : observations en médecine générale », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 1995, 56, 3, p.207-208.

MANN Jonathan, « Ethique et droits de la personne », *Revue française de santé publique*, n° 3, 1998.

*Manuel d'orientation sur le stress lié au travail - Piment de la vie... ou coup fatal ?* Commission européenne. Luxembourg, 1999.

MARTOY Bernard, CROZET Daniel, *Gestion des ressources humaines, pilotage social performances*, Paris, Dunod, 5<sup>e</sup> éd., 2002, 303 p.

MASSE Raymond, « Contributions et limites du principlisme dans l'analyse des enjeux éthiques en promotion de la santé », *IUHPE-Promotion and Education*, hors série, 2001.

MAUREL-ARRIGHI E., DEJOUR C., MULLER P. « Dossier : La souffrance psychique ». *Pratiques : les cahiers de la médecine utopique*, 1998, 2, p.7-13.

MEAD Georges Herbert., *Le soi, le Je et le moi*, Paris, Ed. 19...,

MENARD Joël, IEPS, 2003.

MERCIER Patricia, « Le médecin généraliste face à la souffrance morale au travail », Séminaire MGform (branche formation du syndicat MG France), octobre 2003.

MERCIER M., FRANÇOIS Martine, « Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 3. Prévention, gestion du stress : analyse bibliographique », NS 204. 2001, 43 p.

MEYER Carole, TROGNON Alain, « Le changement organisationnel et son impact sur la santé des salariés, absentéisme et climat social », Université de Nancy 2, GRC, colloque international, « *Entreprise, Santé et Travail : homme et organisation un équilibre impossible ?* », 122-23-24 novembre 2004, à Nancy, Metz et Mondorf-Les-Bains au Luxembourg.

MILLET Lucien, *La Crise du Milieu de la Vie*, Paris, Masson, 1993.

MILET Lucien, « Le harcèlement moral au travail », *Revue pratique de droit social*, 2003, 701, p.273-288.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), *Premières synthèses* n°16.2, avril 2001.

MOLLET L., *La Crise du Milieu de la Vie*, Paris, Masson, 1993.

MONBOURQUETTE Jean, *À chacun sa mission*, Paris, Bayard, 2001.

MORGAN J., "Leisure education", *Research on contemplative life*, 1, 1, 1994, p. 10-30.

MUCCHIELLI Roger, *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale. Connaissance du problème*, Paris, éd. Sociales françaises, 1968, 75 p.

MULLER M. « Harcèlement moral : pourquoi c'est pire qu'avant ? », *Le Nouvel Observateur*, 2004, p. 12-26.

MUÑOZ Jorge, « Une approche pragmatique de la responsabilité : le cas de la prise en charge des accidents du travail », *Lien Social et Politiques*, n° 46, 2002.

MUÑOZ Jorge, *L'accident du travail. De la prise en charge au processus de reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, 286 p.

NEBOIT Michel, VEZINA Nicole, « Santé au travail et santé psychique », Octarès, 2002, 310 p.

NIEDHAMMER Isabelle, GOLBERG Michel et coll., “Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort”, *Scandinavian Journal of Environmental Health*, 24, 3, 1998, p.197-205.

NIEDHAMMER Isabelle, SIEGRIST Johannes, « Facteurs psychosociaux au travail et maladie cardiovasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses », *Revue d'épidémiologie de santé publique*, n°46, 1998.

NELSON Bob, ECONOMY Peter, *Managing for Dummies* ( 2001) : *Le management pour les Nuls*, traduit de l'américain par Anne-Carole Grillot, Paris, First éditions, 2003, 356 p.

NOUMBISSI-NANA Christine-Carole, *Souffrance psychique : prise en charge en médecine générale*. Thèse de doctorat en médecine, Brest, Université de Brest, 2004, 125 p.

NOYE Didier, *Manager les personnes, le management situationnel*, Paris, INSEP consulting éditions, 2003, 48 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Labour Market Changes and Job Insecurity”, *Regional Publications/European Series*, n° 81, 1999.

OSTINS-JOSSE Nolwen, *Le harcèlement moral en Bretagne : enquête épidémiologique auprès des médecins du travail de la région*, Thèse de doctorat en médecine, Rennes, Université de Rennes I, 2002, 97p.

PAOLI Pascal, MERLIE Damien, *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000*. Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail (FEACVT), 2001, 86p.

PAPIEU Isabelle, « Mal-être et Milieu de vie », *TSA Hebdo*, 28 janvier 2000, 769, p. 23-24.

PAUGAM Serge, *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*, Paris, PUF, (Coll. « Le lien social »), 2000, chapitre 6.

PAULHAM I., BOURGEOIS M., *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*, Paris, PUF Nodules, 1995.

PERETTI Jean-Marie, *Dictionnaire des ressources humaines*, Paris, Vuibert, 3<sup>e</sup> éd., 2003, 263 p.

PERILLEUX Thomas, *Les tensions de la flexibilité*, Paris, Desclée de Brouwer, 2001, 221 p.

POLANYI M., « Employment and Working Conditions: A Response », communication présentée à la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto, novembre 2002.

POUCHAIN D., ATTALI C., BUTLER (de) J., et al. *Médecine générale, concepts et pratiques*. Paris, Masson, 1996, 1 025 p.

PRIETO N., VOLCKMANN C., « Prise en charge des victimes d'agression ou de violence au travail », *Le Concours Médical*, 2003, 125, 31-32, p.1853-1860.

REICH Wilhem, *La révolution sexuelle*, Paris, Plon, 1970 ( ?).

RESEAUX CANADIENS DE RECHERCHE EN POLITIQUES PUBLIQUES, voir [www.QUALITEtravail.ca](http://www.QUALITEtravail.ca).

Revue Santé et travail, N° spécial, « Déclarer tous les accidents du travail », n° 15, mai/juin 1996.

Revue *Santé et travail*, N° spécial, « Arrêts maladie : les absents n'ont pas toujours tort », n° 47, avril 2004.

REYNAUD Jean-Daniel, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1997, 348, p.

RICOEUR Paul, « La souffrance n'est pas douleur », *Psychiatrie française*, 1992, XXIII sp, p. 9-18.

RINGLET Gabriel, *Le mythe au milieu du village*, Bruxelles, Vie ouvrière, 1981.

RIVAL L., *Impliquer les médecins généralistes dans la santé au travail : comment améliorer leurs relations avec les médecins du travail*, Thèse de doctorat en médecine, Paris, Université Paris VII-Denis Diderot-Faculté de médecine Xavier Bichat, 2000, 121p.

ROBERT-DEMONTROND Philippe, LE MOAL Yves, *L'acédie comme mal des ambitions déçues : repères théoriques et études de cas*, CREREG UMR CNRS 6585 devenu Centre de recherches en économie et management (CREM – UMR 6211) IGR-IAE de l'Université de Rennes 1, Publications de CREM, 2004.

ROQUELAURE Yves, Surveillance des principaux troubles musculo-squelettiques et de l'exposition aux risques dans les entreprises en 2002 et 2003, ed. 2005. Pays de la Loire. Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. ; Centre hospitalier universitaire d'Angers ; Institut de veille sanitaire

ROQUELAURE Yves, Réseau expérimental de surveillance épidémiologiques des troubles musculo-squelettiques dans les Pays de Loire. Surveillance des entreprises en 2002 (2005). [Texte imprimé].

ROQUELAURE Yves, Surveillance actives des TMS et de leurs facteurs de risque : Epidémiologie en santé au travail (1999).

ROQUELAURE Yves, Facteurs de risque des troubles musculo-squelettiques du membre supérieur liés au travail (1996).

ROQUES Olivier, *Les réactions des salariés aux transitions de carrière : une approche en termes de stress au travail*, Thèse de Doctorat ès sciences de gestion, Aix-Marseille, 1999.

ROQUES Olivier, ROGER A., « Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public », *Politiques et management public*, vol.22 (4), décembre 2004, p. 47-63.

ROSENMAN R.H., BRAND R.J., JENKINS C.D., FRIEDMAN M., STRAUSS R., WURN M., “Coronary heart disease in the Western Collaboratory Group Study : final follow-up experience of 8 ½ years”, *Journal of the American Medical Association*, 1975, 233, p. 872-877.

ROTTER J. B., “Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement”, *Psychological Monographs*, 80, 1966.

ROY P., « Une employée ‘harcelée’ jugée accidentée du travail », *Le Quotidien du Médecin*, 2000, 6674, p.32.

ROY P., « Suicide : le monde du travail en question », *Le Quotidien du Médecin*, 2002, 7054, p.14.

RUTEBEUF, « 1262. La voie du paradis », in *Oeuvres complètes*, Paris, Bordas, 1989.

*Santé et travail* (revue) N° spécial « Déclarer tous les accidents du travail » N°15 mai/juin, 1996.

SAVOIE André, BRUNET Luc, « Les équipes de travail: champ d'intervention privilégié pour les psychologues », in Jean-Luc Bernaud et Claude Lemoine (dir.), *Traité de psychologie du travail et des organisations*, Paris, Dunod, 2000, p. 171-203.

SAVOIE André, BRUNET Luc, « Culture et climat organisationnels : apports distincts ou redondance? », *Revue Québécoise de Psychologie*, 21 (3), 2000, p. 179-201.

SAVOIE André, BRUNET Luc, « Le groupe et l'équipe de travail; l'évolution continue », *Psychologie du travail et des organisations*, 1 (2-3), 1995, p. 5-11.

- SCAND J., "Workspace control and pregnancy health in a population-base sample of employed women in Norway ", *Work Environ. Health*, 24, 1998, p. 206-212.
- SCHNALL P.S., LANDSBERGIS P.A., BAKER D., "Job strain and cardiovascular disease", *Annual Review of Public Health*, 1994, n° 15, p. 381-411.
- SEGRESTIN Denis, *Les chantiers du manager. L'innovation en entreprise : où en sommes-nous ? Comment piloter les changements et les maîtriser ?*, Paris, Armand Colin, (Coll. « Sociétales »), 2005, 343 p.
- SEILER-VAN DAAL B., *Evaluation du harcèlement moral. Enquête dans une population de 1 210 salariés dans le but de construire un outil de dépistage*, Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg, Université Louis Pasteur, 2000, 182 p.
- SERVAN-SCHREIBER Jean-Louis, *L'Art du temps*, Paris, Fayard, 1984.
- SIFAKIS Y., RASCLE N., BRUCHON-SCHWEITZER M., *L'inventaire du stress professionnel de C.D. Spielberger (Job Stress Survey) : une adaptation française*, *Psychologie et psychométrie*, 1999, 20, 1, p.4-23.
- SOLINS Bernard, « Une exploitation nationale statistiques des accidents du travail », *Revue économique*, Vol. XXVII, n° 3, mai 1976, p. 433-482.
- Statistical Abstract of The United States* : 2000.
- STATISTIQUE CANADA, Les longues heures de travail et la santé, *Le Quotidien*, 16 novembre, 1999a.
- STATISTIQUE CANADA, Le Quotidien, 9 novembre, 1999b.
- SULLIVAN T. (ed.), *Injury and the New World of Work*, UBC Press, 2000.
- THEBAUD-MONY Annie, *La reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, La documentation française (Coll. « Document de travail »), 1991, 284 p.
- THEORELL T., "Stress and health - from a work perspective", in Dunham J. (ed.), *Stress in the Workplace: Past, Present, Future*, Londres, WHURR Publishers, 2001.
- THEVENET Maurice, *Le plaisir de travailler*, Paris, Editions d'Organisation, 2000.
- THIETART Raymond-Alain et coll., *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, 2<sup>e</sup> éd., 2003, 537 p.
- THUDEROZ Christian, « Du lien social dans l'entreprise. Travail et individualisme coopératif », *Revue française de sociologie*, XXXVI, 1995, p. 325-354.
- TODD Emmanuel, *Après l'empire, essai sur la décomposition du système américain*, Paris, Folio, 2004.
- TOMASI Magda, « Depuis 10 ans le turnover est en phase avec l'activité économique », *Premières synthèses*, DARES, n°38, 2003, p.4.
- TONNEAU Dominique, *Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ?*, Ministère de la solidarité, DREES, 2004.
- TONNEAU Dominique, « Les réticences à entrer dans le cadre légal des 35 heures », in Jorand Y., Tonneau D., Doerflinger B., Fort F., Gelin J. M., Maufroy M., Pépin M., *Ministère du travail*, DARES, 2005.
- TORRENTE J., « La souffrance psychologique liée au travail », *Le Concours Médical*, 123, 12, 2001, p. 795-798.
- TREMBLAY Michel, ROGER Alain, "Individual, Familial, and organizational Determinants of Career Plateau", *Group & Organization Management*, 18, 4, 1993, p. 411-435.

TREMBLAY Michel, ROGER Alain, « Comment limiter les conséquences du plafonnement des carrières : une vérification empirique de trois pistes d'intervention auprès d'une population de cadres ». *Carriérologie*, été 1995, p. 470-484.

TRINQUET Pierre, *Maîtriser les risques du travail. Le cas du bâtiment et de l'industrie française*, Paris, PUF, (Coll. « Le travail humain »), 1996, 313 p.

WEIBEL Laurence, « Stress aux urgences médicales. Une étude scientifique pluridisciplinaire sur le terrain » *Travail et Sécurité*, n° 630, juin 2003, pp. 22-25.

WILKINSON Richard, *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*, London, Routledge, 1996.

WILKINSON Richard, *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*. London, Weidenfeld & Nicolson, 2000.

WILKINSON Richard, MARMOT M., *Social Determinants of Health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.

WILLIAMS Redford, WILLIAMS Virginea, *Anger Kills*, New York, Harper Peremonial, Harper Collins, 1994.

WISNIEWSKI Jean, *Les accidents du travail. Qui paie quoi ?*, Paris, Ed. D'organisation, 1983, 215 p.

ZELDIN Théodore, *Histoire des passions françaises : anxiété et hypocrisie* (Tome V), Paris, Éditions Encre, 1979.

\*  
\* \*

## **ANNEXES**

## Annexe n°1

### FICHES D'IDENTIFICATION DES ENTREPRISES

#### *Réponses des délégués syndicaux à la question ouverte finale :*

#### *Quelques extraits en guise d'exemples*

##### **1) Entreprises plutôt ouvertes au dialogue social (dites participatives) :**

- \* « *Très bon climat social* » (une entreprise réputée de production de films plastiques disposant de plusieurs sites en Bretagne - CFE-CGC).
- \* « *L'entreprise s'appuie bien sur des techniques de motivation du personnel et tient à préserver la concertation dans l'entreprise : pour les élus, ils font effectivement des formations ; le budget de fonctionnement et social sont séparés* » (une entreprise de métallurgie en Ille-et-Vilaine - CFDT).
- \* « *D'une manière générale, l'entreprise communique assez facilement ses orientations et essaie de faire participer les employés afin de maintenir un climat social. Les problèmes proviennent plutôt de la conjoncture liée à notre activité - un produit pour un seul client - (...).* » (une société de fabrication de rouleaux d'imprimantes en Ille-et-Vilaine - CFDT).
- \* « *Etablissement de la fonction publique, et pour un établissement avec une hiérarchie militaire il existe un bon dialogue social* ». (une entreprise dans le domaine de la Défense en Ille-et-Vilaine - CFDT).
- \*: « *Oui, l'entreprise laisse une place importante à la concertation. La CFDT a une bonne image auprès de la direction. Le revers de la médaille, si l'on peut dire, son visage de réformateur donne l'impression que toute section syndicale CFDT est prête à revoir tout « acquis » âprement négociés* » (coopérative agroalimentaire dans les Côtes-d'Armor - CFDT).
- \* « *Il y a dialogue avec la direction et, dans l'ensemble, les salariés sont écoutés. Ce qui n'empêche pas les conflits, parfois, notamment en matière de congés payés (retard) et du manque d'embauche. La situation s'est améliorée depuis la nomination d'un délégué syndical* » (une grande surface de distribution dans les Côtes-d'Armor - CFDT).
- \* « *Dans l'ensemble, le climat dans l'entreprise est bon. Tant que l'ouvrier fait son travail ne demande rien. Mais le patron est ouvert au dialogue.* » (une entreprise de la branche du bâtiment, menuiserie, charpente et maçonnerie, dans le Finistère - CFDT).
- \* « *Généralement les salariés dans quasiment tous les établissements sont associés dans des groupes de travail à la conception des nouveaux projets (création de nouvelles structures, projet d'établissement( ... )* » (un établissement pour handicapé, dans le Finistère - CFDT).
- \* « *Cette entreprise n'est sûrement pas la meilleure, sûrement pas la pire, surtout en appartenant à la branche agroalimentaire. Elle est perfectible au niveau des conditions de travail. Depuis quelques mois le CHSCT fait un bon travail car nous sommes confrontés aux problèmes des TMS. La direction semble vouloir prendre le problème en considération. Des groupes de travail seront mis en place prochainement sur le sujet. Un groupe de travail a aussi été mis en place en avril 2004 afin de sonder le personnel et de faire des propositions*

*sur les horaires de travail. Globalement, les institutions représentatives du personnel fonctionnent dans des conditions tout à fait normales ; elles sont respectées même si, de temps en temps, il y a de la friction. La direction se montre assez ouverte envers le personnel, et de fait nous sommes dans l'ensemble correctement informés sur les problèmes auxquels l'entreprise est confrontée. (...) Mais je trouve qu'il est de plus en plus difficile de fédérer les gens sur des projets communs (...), chez nous comme ailleurs, l'individualisme prend de plus en plus de place. Etant représentant du comité d'entreprise au conseil d'administration, je rencontre régulièrement nos actionnaires norvégiens et je leur fais part des craintes, désespoir, des difficultés rencontrées par le personnel »* (entreprise de saumon fumé implantée dans le Finistère - CGT).

\* « *Oui l'entreprise est ouverte, elle accorde une concertation et propose à tout le personnel un panel de stages qui selon la demande sont pris en considération en fonction des besoins de l'entreprise* » (une SAS de travaux publics dans les Côtes d'Armor - CFDT).

## **2) Entreprises plutôt fermées au dialogue social (dites autoritaires) :**

\* « *Pas de motivation du personnel, pas de formation (...). Tous les responsables agissent au bon vouloir de leurs humeurs, il n'y a pas de concertation. (...) Ce sont toujours les mêmes personnes qui font de la formation* » (une entreprise de production caoutchouc en Ille-et-Vilaine - CGT).

\* « *Direction traditionnelle qui s'appuie sur une conception autoritaire de la hiérarchie.* (Le délégué syndical retrace l'historique de la société depuis 1978 spécifiant les différents départs en retraite de l'ancienne génération de dirigeants, l'État d'implantation des différents syndicats, la réorganisation des unités à responsabilité élargie, différents aléas juridiques de la société, les audits, concluant par : «*mais depuis 1999, le nouveau management est gestionnaire mais moins décisionnaire, autonome et visionnaire qu'auparavant. Les évolutions amorcées ont été stoppées ou ont régressé (exemple : communication descendante abandonnée). L'initiative individuelle à tous les échelons démunis encourageait ni valorisé. En 2002, les techniciens et agents de maîtrise commandant moins de trois personnes revotent que dans le collège industrie. À noter : perte progressive d'influence de la CGT au profit de FO pendant cette nouvelle période qui se confirme chaque année.* ») (une papeterie – fabrique - implantée dans le sud Finistère - CFE-CGC).

\* « *l'entreprise est bien connue pour ses conflits (pause toilette en 1995, blocage de l'entreprise une semaine afin de faire respecter la dignité du personnel et faire cesser les brimades et menaces, blocage également de l'usine en 2003 encore une semaine pour des revendications salariales. En 1999, la direction de l'entreprise entamait une procédure de licenciement contre le délégué syndical central, refusé par l'inspection du travail et le ministère de l'emploi.* » (une grosse entreprise d'agroalimentaire viande dans le sud Finistère - CGT).

\* « *la société applique une politique ultralibérale en prenant des décisions unilatérales concernant l'organisation de la production, en imposant des effectifs réduits avec une formation du personnel réduit à sa plus simple expression* » (une entreprise de nourriture pour animaux implantée dans le sud Finistère - CGT).

\* « *La direction s'appuie sur une conception autoritaire de la hiérarchie. Le dialogue est réduit à sa plus simple expression, il ne se fait que sous la pression des syndicats* » (construction naval dans le Morbihan - CFDT).

\* « *L'entreprise pratique une direction traditionnelle qui s'appuie sur la conception autoritaire de la hiérarchie* » (une grande surface de distribution des Côtes-d'Armor - CFDT).

\*: « *aujourd'hui notre société est d'abord une société uniquement basée sur la productivité, le coût économique de la masse salariale, le profit à tout va. Dirigée par des actionnaires*

*avides de bénéfice. Sans se soucier des employés, climat social néant. Seules les rencontres obligatoires (sur les salaires ou autres négociations) existent mais n'aboutissent que très peu, la direction s'en remettant aux directives de la FCD du commerce. Seule la direction a raison donc aucun dialogue social ne peut s'installer dans ces cas-là. »* (un établissement d'un groupe de grande distribution, à Rennes en Ille-et-Vilaine - CFDT).

\* « *Direction traditionnelle qui gère à l'émotion. Revancharde et paternaliste (...) »* (un centre hospitalier psychiatrique privé dans les Côtes-d'Armor - CFDT).

\* « *L'entreprise a choisi de privilégier la technique de la direction traditionnelle s'appuyant sur la conception autoritaire de la hiérarchie. La direction choisit de donner satisfaction à quelques salariés sur certains points ; ce qui lui permet de diviser l'équipe et de mieux asseoir son pouvoir »* (un établissement dans le secteur du bâtiment, dans les Côtes-d'Armor - CFDT).

\* « *La société pratique une direction traditionnelle qui s'appuie sur une conception très autoritaire de la hiérarchie »* (une entreprise de bâtiment et de constructions métalliques dans le Finistère - CFDT).

\* « *Société familiale qui ne partage rien. Conception autoritaire avec quelques dialogues mais sans avancement, sauf s'il y a un coup de boutoir. La direction se plaint de tout pour que personne ne réclame d'augmentation, pas de participation ni d'intéressement. Seul point positif : mise en place des 35 heures avec des horaires réguliers »* (une société d'ameublement dans les Côtes-d'Armor - CFDT).

### 3) Situations ambiguës :

\* « *Sur certains projets, la direction pratique effectivement la concertation avec le personnel, mais, si elle n'arrive pas au consensus auquel elle espère aboutir elle agit alors de façon autoritaire »* (un hôpital psychiatrique privé dans les Côtes-d'Armor - CFDT).

\* « *Malgré des discours d'apparence ouverts au dialogue social et attentifs aux aspirations des salariés, la réalité quotidienne montre que la conception et l'exercice du management est autoritaire. La méthode de management dite du « parapluie » est généralisé et utilisée efficacement pour freiner les initiatives et motivations des salariés tout en masquant le mieux possible les difficultés rencontrées au niveau hiérarchie supérieur. Cela absorbe une quantité d'énergie énorme détournée au détriment de l'entreprise »* (une banque sur l'ensemble de l'Ouest - CFDT).

\* « *Dans cette société, la concertation, la participation, l'intéressement, sont pour la direction des outils de motivation pour essayer d'atteindre les objectifs définis en début d'exercice et non de la distribution financière envers les salariés (les ajustements en cours d'exercice font qu'il ne reste pratiquement rien pour les salariés : questions financières des intérêts des actionnaires). »* (une entreprise de métallurgie et tôlerie fine en Ille-et-Vilaine - CFDT).

\* « *Direction traditionnelle où la motivation du travail, le rythme, les tâches effectuées, se sont détériorées ou sont plus pesantes. La direction entend la revendication des salariés mais ne la prend pas en compte. Tendances certaines à revenir sur les acquis (...) obtenus précédemment »* (un foyer d'accueil dans les Côtes-d'Armor - CFDT).

\* « *Suite à une grève suivie par plus d'un tiers des salariés la direction a fait de gros efforts. Aujourd'hui les échanges sont plus faciles. Le chef d'entreprise (67 ans) a délégué »* (une entreprise d'agro-alimentaire dans le Finistère - CFTC).

## **Annexe n°2**

# Questionnaire pour les médecins généralistes



## QUESTIONNAIRE pour médecins GENERALISTES

*La santé sous l'angle des "interactions" entre le salarié et  
son milieu de travail*

Atelier de Recherche Sociologique EA 31 49 – UBO - Brest

Centre de Recherche sur l'Action Politique en Europe UMR-CNRS 6051 - Rennes

### AVERTISSEMENT

#### POUR EVITER TOUT MALENTENDU...

- Ce questionnaire n'est pas strictement *médical*. Bien des questions ne permettront pas d'apporter des réponses parfaitement objectives ou scientifiquement vérifiées.
  - Alors, quel est son objectif ? Essentiellement le *vécu* des généralistes face à la santé/travail de leurs patients. Et l'on sait combien la restitution de cette perception inclut une part de subjectivité.
  - A ce stade, aucune *vérité médicale* n'est donc recherchée. Chercheurs en sciences sociales, nous ne sommes d'ailleurs pas qualifiés pour cela. Néanmoins, ce questionnaire pilote a pour utilité d'orienter notre équipe vers la détection d'indicateurs santé plus nouveaux et plus pertinents (d'où ce mélange de questions fermées et de questions ouvertes). Votre avis - du moment qu'il est sincère - présente donc un intérêt essentiel. Répondez spontanément sans vous préoccuper des objectifs de l'enquête ni vous en faire une idée (fausse ou vraie). Fiez-vous à votre expérience.
  - Sachez simplement que ce pilote s'inscrit en préliminaire d'une méthodologie combinant plusieurs approches. L'investigation se poursuivra auprès des médecins du travail par un questionnaire approfondi, inspiré de l'enquête SUMER 2002, à l'attention des salariés. Puis, une étude comparative entre deux échantillons d'une centaine d'entreprises est prévue.
  - L'objectif de cette étude n'est pas d'améliorer l'exercice omnipraticien ni même les connaissances médicales des généralistes, mais plutôt d'aboutir à distinguer les bonnes pratiques des mauvaises pratiques dans l'organisation sociale du travail en entreprise, en fonction de leur impact sur la santé.
- Veillez à répondre aussi complètement que possible, et merci de votre contribution.

## VOTRE IDENTITE

### 1. Quel est votre sexe ?

- 1. Masculin
- 2. Féminin

### 2. Tranche d'âge du médecin interviewé

- 1. Moins de 35 ans
- 2. De 35 à 45 ans
- 3. De 46 à 60 ans
- 4. Plus de 60 ans

### 3. Votre cabinet médical se situe dans quelle commune ?

Nom de la commune : .....

Département (le N°) : [.....]

### 4. Vous êtes installé(e) depuis combien de temps ?

- 1. Moins de 5 ans
- 2. De 5 à 10 ans
- 3. De 10 à 15 ans
- 4. De 15 à 20 ans
- 7. Plus de 20 ans

### 5. S'agit-il de votre premier lieu d'installation ?

- 1. Oui
- 2. Non

## VOS PATIENTS

### 6. Pouvez-vous nous donner une idée des profils professionnels prépondérants de votre clientèle ?

.....  
.....

### 7. Dans les 5 dernières années avez-vous constaté des problèmes de santé liés à l'activité de travail ?

- 1. Oui
- 2. Non

**8. Si "Oui", Veuillez préciser :**

.....  
.....  
.....

**9. Parmi les personnes vous manifestant des problèmes de santé liés au travail, lesquelles sont les plus représentées ?**

*Vous pouvez cocher 2 cases au maximum.*

- 1. Les cadres
- 2. Les ouvriers
- 3. Les licenciés ou chômeurs récents
- 4. Les employés
- 5. Autres

**10. Si 'Autres', précisez :** .....

**11. De votre point de vue et en vous appuyant sur votre expérience professionnelle quel est le secteur économique le plus représenté parmi les personnes manifestant des problèmes de santé ?**

(la branche économique : agroalimentaire, métallurgie, services, distribution, etc.)

.....  
.....

**12. Selon vous ces personnes représentent quel pourcentage dans votre clientèle ?**

*Vous pouvez cocher 2 cases au maximum.*

- 1. 10 %
- 2. 20 %
- 3. 25 %
- 4. 30 %
- 5. 35 %
- 6. 40 %
- 7. Plus de 45 %

**13. Devant quelles situations pathologiques évoquez-vous une corrélation au travail ?**

.....  
.....  
.....

**14. Avez-vous déjà eu des cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles non déclarés par les patients ?**

- 1. Oui
- 2. Non

**15. Si "Oui" pour quelles raisons la déclaration n'a pas été effectuée ? Précisez :**

.....  
.....

**16. Si "Oui" toujours, à quel pourcentage estimez-vous ces non-déclarations ?**

[.....]

**17. Avez-vous remarqué une relation significative entre la réduction d'effectif et les arrêts maladies ?**

- 1. Oui
- 2. Non

**18. Si "Oui", quel est (sont) le (ou les) motif(s) de l'arrêt de travail :**

- 1. Troubles de l'humeur (*mal être, dépression...*)
- 2. Troubles du comportement (*anxiété, agressivité, colères...*)
- 3. Non reconnaissance du sur-travail effectué.
- 4. Symptomatologies d'emprunt (*colique, affection cutanée, cf. précision à la question 30.*)
- 5. Exacerbation de troubles psychosomatiques.
- 6. Autre (*Précisez :*

.....)

**19. Quel est le ratio Pathologies induites par le travail / Arrêt de travail ?**

[.....]

**20. Ces patients expriment-ils des doutes quant à :**

*Vous pouvez numérotter plusieurs cases par ordre croissant (n°1 du plus fréquent, au n°5 le moins fréquent).*

- 1. Leurs qualités professionnelles

- 2. Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps
- 3. Leur résistance physique (épuisement professionnel)
- 4. Un manque de reconnaissance à leur égard
- 5. Autres

**21. Si 'autres', précisez :**

.....  
.....

**22. Vos patients salariés vous parlent-ils de leurs relations avec :**

*Vous pouvez cocher 2 cases au maximum.*

- 1. Leur hiérarchie supérieure
- 2. Les collègues, leurs subalternes
- 3. Les clients (usagers, élèves, etc.)

**23. Ces relations sont décrites en termes (*négatif / positif*) :**

*Vous pouvez cocher deux cases par série si la contradiction existe manifestement.*

- |                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Pour les <b>supérieurs</b> en termes plutôt négatifs  | - |
| <input type="checkbox"/> | 2. Pour les supérieurs en termes plutôt positifs         | + |
| <input type="checkbox"/> | 3. Pour les <b>collègues</b> en termes plutôt négatifs   | - |
| <input type="checkbox"/> | 4. Pour les collègues en termes plutôt positifs          | + |
| <input type="checkbox"/> | 5. Pour les <b>clients</b> en termes plutôt négatifs     | - |
| <input type="checkbox"/> | 6. Pour les clients en termes plutôt positifs            | + |
| <input type="checkbox"/> | 7. Pour les <b>subalternes</b> en termes plutôt négatifs | - |
| <input type="checkbox"/> | 8. Pour les subalternes en termes plutôt positifs        | + |

**24. Avez-vous remarqué des comportements plus fréquents en termes d'agressivité ou colère ?**

- 1. Oui
- 2. Non

**25. Si "Oui", dans quelles circonstances ?**

.....  
.....

**26. Avez-vous constaté des cas de harcèlement ?**

- 1. Oui
- 2. Non

**27. Vos patients se plaignent-ils d'un climat conflictuel ou délétère dans leur entreprise ?**

- 1. Jamais
- 2. Rarement
- 3. Occasionnellement
- 4. Assez souvent
- 5. Très souvent

**28. Parmi les affections suivantes lesquelles vous semblent être en recrudescence et liées au travail ?**

*Vous pouvez cocher trois cases au maximum,  
à numérotter par ordre d'importance, du plus (n°1) au moins (n°3)*

- 1. Les troubles-musculo squelettiques (TMS)
- 2. Les maladies cardio vasculaires
- 3. Les maladies psychosomatiques
- 4. Réactions allergiques
- 5. Autres...

29. Si "Autres", précisez : .....

**30. Parmi ces patients, avez-vous constaté, par ordre de priorité :**

*A numérotter par ordre de priorité, de n°1 (le plus fréquent dans votre patientelle) à n°4 (le moins fréquent).*

- 1. Dépression
- 2. Anxiété
- 3. " Burn out "
- 4. Troubles du sommeil

**31. Observez-vous plus souvent qu'il y a une dizaine d'années, des pathologies de type :**

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).*

- 1. Perte de cheveux
- 2. Acné
- 3. Crise d'urticaire
- 4. Eczéma
- 5. Psoriasis
- 6. Troubles digestifs
- 7. Ulcère de l'estomac
- 8. Maladie inflammatoire de l'intestin
- 9. Asthme, surcharge pondérale
- 10. migraine
- 11. Règles douloureuses
- 12. Autres

32. Si 'Autres', précisez : .....

\*

\* \*

*En vous remerciant vivement pour le temps consacré à ce questionnaire !*

**Patrick GUIOL & Jorge MUÑOZ**

[patrick.guiol@univ-rennes1.fr](mailto:patrick.guiol@univ-rennes1.fr)

[jorge.munoz@univ-brest.fr](mailto:jorge.munoz@univ-brest.fr)

**Adresses de réexpédition :**

adresse postale : C.R.A.P.E, Université de Rennes – CNRS,  
à l'attention de Patrick Guiol, enquête Santé/Travail,  
9, rue Jean Macé, 35042 RENNES Cedex.

## Annexe n°3

### Tri à plat des réponses au questionnaire des Médecins généralistes

*Sur la base de 234 médecins*

---

## SEXE

**Q1. Quel est votre sexe ?**

SEXE	Nb. cit.	Fréq.
Masculin	178	<b>76,1%</b>
Féminin	56	23,9%
TOTAL obs.	234	100 %

## AGE

**Q 2. – Tranches d'âge des médecins interrogés ?**

Age	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 35 ans	7	3,0%
De 35 à 45 ans	42	17,9%
De 46 à 60 ans	176	75,2%
Plus de 60 ans	9	3,8%
TOTAL	234	100,0%

## Installation

**Q 4. - Vous êtes installé(e) depuis combien de temps ?**

Durée d'installation	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	0,9%
Moins de 5 ans	11	4,7%
De 5 à 10 ans	14	6,0%
De 10 à 15 ans	32	13,7%
De 15 à 20 ans	58	24,8%
Plus de 20 ans	117	50,0%
TOTAL obs	234	100 %

## Premier lieu

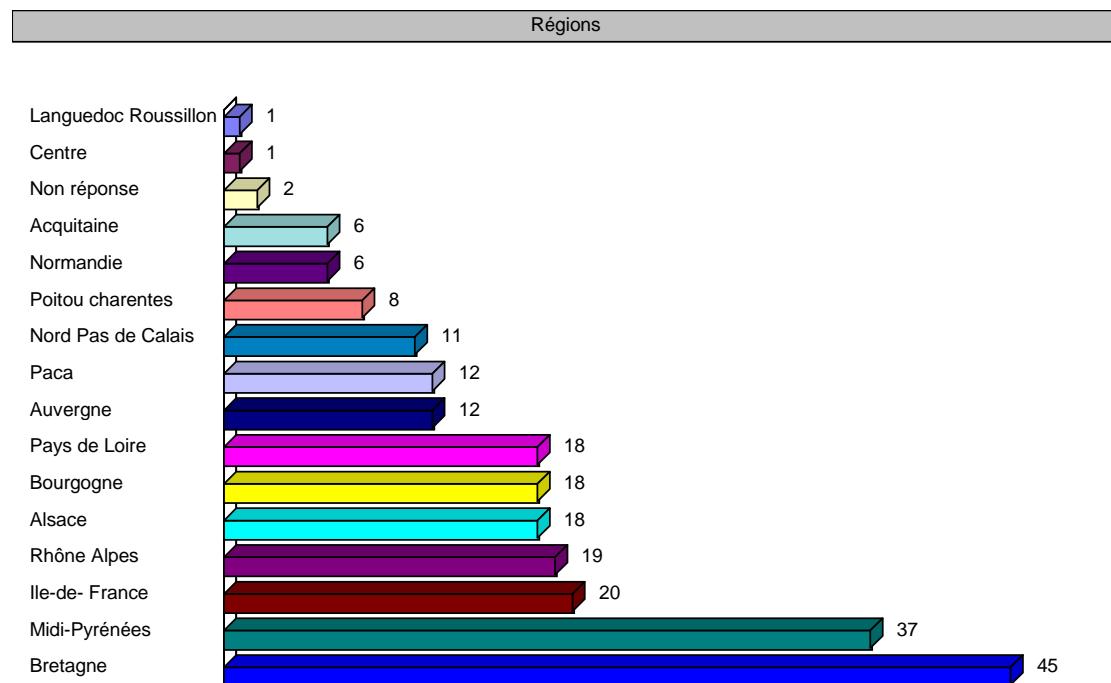
**Q5. - S'agit-il de votre premier lieu d'installation ?**

Première implantation	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	5	2,1%
Oui	194	82,9%
Non	35	15,0%

## Régions

### Q3. - Régions (commune) d'exercice

<i>Régions</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Languedoc Roussillon	1	0,4%
Centre	1	0,4%
Non réponse	2	0,9%
Aquitaine	6	2,6%
Normandie	6	2,6%
Poitou charentes	8	3,4%
Nord Pas de Calais	11	4,7%
Paca	12	5,1%
Auvergne	12	5,1%
Pays de Loire	18	7,7%
Bourgogne	18	7,7%
Alsace	18	7,7%
Rhône Alpes	19	8,1%
Ile-de- France	20	8,5%
Midi-Pyrénées	37	15,8%
Bretagne	45	<b>19,2%</b>
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>234</b>	<b>100%</b>

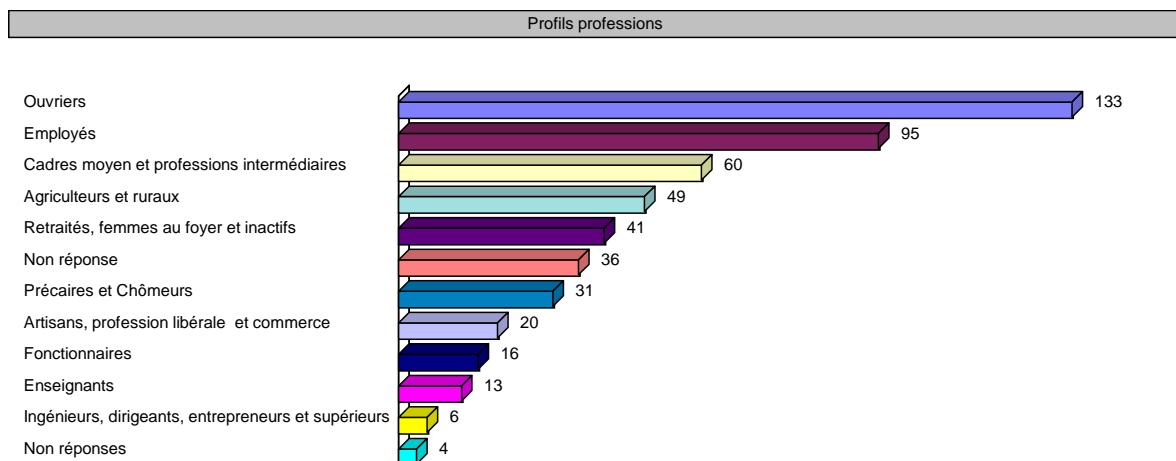


## Les patients

### Q6. – Pouvez-vous nous donner une idée des profils professionnels de votre patientèle ?

Profils professions	Nb. cit.	Fréq.
Ouvriers	133	<b>26,4%</b>
Employés	95	<b>18,8%</b>
Cadres moyen et professions intermédiaires	60	<b>11,9%</b>
Agriculteurs et ruraux	49	9,7%
Retraités, femmes au foyer et inactifs	41	8,1%
Non réponse	36	7,1%
Précaires et Chômeurs	31	6,2%
Artisans, profession libérale et commerce	20	4,0%
Fonctionnaires	16	3,2%
Enseignants	13	2,6%
Ingénieurs, dirigeants, entrepreneurs et supérieurs	6	1,2%
Non réponses	4	0,8%
TOTAL CIT.	504	100%

### Regroupement des questions ouvertes



## SECTEUR ECONOMIQUE

Recodage de la variable 'Secteur' (les modalités sont des mots du lexique).

Secteur	Nb. cit.	Fréq.
Tertiaire	104	<b>39,4%</b>
Secondaire	90	34,1%
Primaire	4	1,5%
Non réponse	66	25,0%
TOTAL CIT.	264	100 %

## Problèmes santé

**Q7. - Dans les 5 dernières années avez-vous constaté des problèmes de santé liés à l'activité de travail ?**

Non réponse	4	1,7%
Oui	222	94,9%
Non	8	3,4%

**Q 8. Si "Oui", Veuillez préciser** (question ouverte, réponses rassemblées à postériori)

<i>Constat de problèmes de santé liés au travail</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
TMS	71	<b>17,8%</b>
Lombalgie	53	13,3%
Dépression et symptômes anxiodepressifs	66	<b>16,5%</b>
Séquelles du harcèlement et des pressions	58	<b>14,5%</b>
Burn-out, épuisement professionnel et surmenage	56	<b>14,0%</b>
Amiante et cancers	13	3,3%
Accidents du travail et divers traumatismes	27	6,8%
Séquelles de la non-reconnaissance des efforts effectués	17	4,3%
Non réponse	39	9,8%
<b>TOTAL cit.</b>	<b>400</b>	<b>100 %</b>

*Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de citations.*

## Catégories sociales Représentées

**Q9. - Parmi les personnes vous manifestant des problèmes de santé liés au travail, lesquelles sont les plus représentées ?**

<i>Catégories représ.</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Non réponse	2	0,5%
Les cadres	50	11,6%
Les ouvriers	165	<b>38,3%</b>
Les chômeurs	61	14,2%
Les employés	134	<b>31,1%</b>
Autres	19	4,4%
<b>TOTAL cit.</b>	<b>431</b>	

## Pourcentage

**Q12. - Selon vous ces personnes représentent quel pourcentage dans votre clientèle ?**

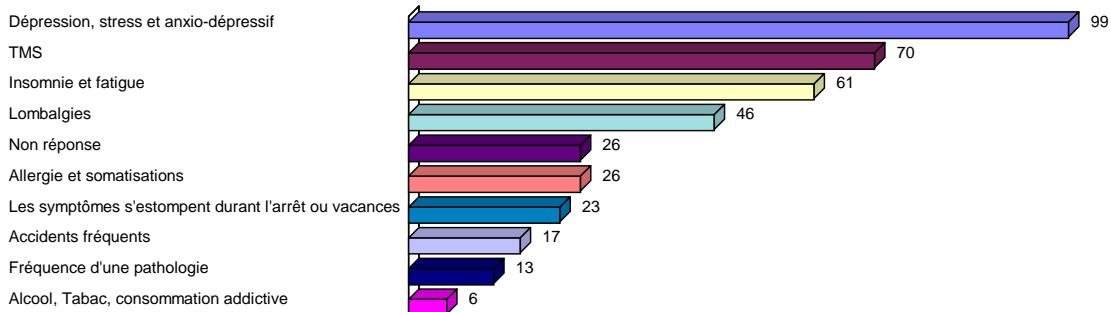
% de la patientèle	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	19	8,1%
10 % et moins	78	33,3%
Jusqu'à 20%	58	24,8%
Jusqu'à 25 %	25	10,3%
Jusqu'à 30 %	23	9,8%
Jusqu'à 35 %	14	6,0%
Jusqu'à 40 %	4	1,7%
Plus de 45 %	14	6,0%
TOTAL cit.	234	100 %

## A quels Signes cliniques vous faites le lien avec le travail ?

**Q13. - Devant quelles situations pathologiques évoquez-vous une corrélation au travail ? (question ouverte)**

Valeurs Arrivent en tête.....	Nb. cit.	Rép. %
Dépression, stress et symptômes anxiode dépressifs	99	<b>25,6%</b>
Lombalgie	46	<b>11,9%</b>
Allergie et somatisations	26	6,7%
TMS	70	<b>18,1%</b>
Insomnie et fatigue chronique	61	<b>15,8%</b>
Fréquence élevée d'une pathologie	13	3,4%
Disparition des symptômes durant les vacances ou les arrêts	23	5,9%
Accidents à répétition	17	4,4%
Alcoolisme, tabagisme, toxicomanie	6	1,6%
Non réponse	26	6,7%
TOTAL cit.	387	100%

Signes cliniques 2



## AT & MP non déclarés

**Q14. - Avez-vous déjà eu des cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles non déclarés par les patients ?**

Non réponse	3	1,3%
Oui	185	79,1%
Non	46	19,7%

**Q15. - Si "Oui", pour quelles raisons la déclaration n'a pas été effectuée ? Précisez : (question ouverte)**

Valeurs <i>Arrivent en tête.....</i>	Rep.%
Craintes du salarié (autocensure) dont :	41,6% (129)
- crainte de la perte d'emploi, précarité du contrat de travail .....	19,7% (61)
- peur de l'employeur en général .....	21,3% (66)
- crainte de la déclaration d'inaptitude médicale et du reclassement....	0,6% (2)
Refus ou menace de la part de l'employeur (censure)	10,3% (32)
Négligences du salarié ou démission devant la " paperasserie "	8,4% (26)
Méconnaissance de la procédure, ignorance de la législation	10,0% (31)
Bénignité de la lésion ou des symptômes	10,0% (31)
Incertitude médicale : difficulté d'associer l'effet à la cause	3,2% (10)
Non réponse	16,5% (51)
TOTAL cit.	100 % (310)

Arrêts / réduction d'effectif... et si " oui " : motifs

**Q17. - Avez-vous remarqué une relation significative entre la réduction d'effectif et les arrêts malades ?**

Réduc effectif/arrêts	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	13	5,6%
Oui	176	75,2%
Non	45	19,2%

**Q18. - Si " Oui ", quel est (sont) le (ou les) motif(s) de l'arrêt de travail ?**

Réduction d' effectifs et motif des arrêts	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	52	9,3%
Troubles de l'humeur (mal être, dépression...)	148	<b>26,4%</b>
Troubles du comportement (anxiété, agressivité, colères...)	107	19,1%
Non reconnaissance du sur-travail effectué	107	19,1%
Exacerbation de troubles psychosomatiques	75	13,4%
Symptomatologies d'emprunt (colique, affection cutanée)	59	10,5%
Autres	12	2,1%

## Ratio

**Q19. - Quel est le ratio : Pathologies induites par le travail / Arrêt de travail ?**

Valeurs	Nb cit.	Rep.%
De 1% à 10 %	29	20,9%
De 11% à 20 %	25	18,0 %
De 21 % à 40 %	37	26,6 %
De 41% à 60 %	32	23,0 %
61% et plus	16	11,5 %

## Doutes et récriminations

**Q20. – Ces patients salariés expriment-ils des doutes quant à : (La question est à 5 réponses multiples ordonnées)**

Ces patients salariés expriment des doutes quant à...	Rep.% rang 1	Rep.% rang 2.	Rep.% rang 3.	Rep.% rang 4	Rep.% rang 5.	Total
Leurs qualités professionnelles	2,1%	9,7%	21,3%	<b>39,3%</b>	2,3%	18,3%
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	11,1%	23,8%	<b>25,5%</b>	16,7%	2,3%	21,4%
A leur résistance physique ( <i>épuisement professionnel</i> )	34,6%	<b>30,4%</b>	14,8%	12,5%	0,0%	26,2%
D'un manque de reconnaissance à leur égard	<b>47,0%</b>	<b>30,4%</b>	12,5%	7,7%	0,8%	<b>28,4%</b>
Autres	2,1%	0,9%	3,7%	1,8%	15,3%	4,9%
Non réponse	3,0%	4,8%	22,2%	22,0%	<b>79,4%</b>	0,9%

### *IDEML en valeur absolue des citations*

Ces patients salariés expriment des doutes quant à...	Rep.% rang 1	Rep.% rang 2.	Rep.% rang 3.	Rep.% rang 4	Rep.% rang 5.	Total
Leurs qualités professionnelles	5	22	46	66	3	142
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	26	54	<b>55</b>	28	3	166
A leur résistance physique ( <i>épuisement professionnel</i> )	81	<b>69</b>	32	21	0	203
D'un manque de reconnaissance à leur égard	<b>110</b>	<b>69</b>	27	13	1	<b>220</b>
Autres	5	2	8	3	20	38
Non réponse	7	11	48	37	104	-

## **RELATIONS DE TRAVAIL**

**Q22. - Les patients de ce type vous parlent-ils de leurs relations avec :**

Relations	Nb. cit.	Fréq.
Leur hiérarchie supérieure	220	50,5%
les collègues, les subalternes	151	34,6%
les clients (usagers, élèves, etc.),	63	14,4%
Non réponse	2	0,5%
TOTAL cit.	436	100 %

**Q23. - En quels termes ces relations sont-elles décrites ?**

Type de relation ...en termes :	plutôt négatifs	plutôt positifs
Pour les supérieurs	88,6%	5,7%
Pour les collègues	52,0%	31,0%
Pour les clients	41,5%	14,0%
Pour les subalternes	25,8%	7,0%
Non réponse		7,4%

*Autre présentation*

Type de relation	Nb. cit.	Fréq.
Pour les supérieurs en termes plutôt positifs	13	2,0%
Pour les subalternes en termes plutôt positifs	16	2,5%
Pour les clients en termes plutôt positifs	32	5,0%
Pour les subalternes en termes plutôt négatifs	61	9,6%
Pour les collègues en termes plutôt positifs	71	<b>11,2%</b>
Pour les clients en termes plutôt négatifs	98	<b>15,4%</b>
Pour les collègues en termes plutôt négatifs	121	<b>19,0%</b>
Pour les supérieurs en termes plutôt négatifs	206	<b>32,4%</b>
Non réponse	18	2,8%
TOTAL cit.	636	100%

## **AGRESSIVITE**

**Q24. - Avez-vous remarqué chez eux des comportements d'agressivité ou de colère plus fréquents ?**

Agressivité	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	13	5,6%
Oui	136	58,1%
Non	85	36,3%

**Q 25. – Si "Oui", dans quelles circonstances ?** (question ouverte)

28,9% de non réponse (69). Quant aux réponses exprimées (recodées fermées)

Non reconnaissance et sentiment d'injustice	48	<b>28,2 %</b>
Agressivité dans la famille	58	<b>34,1 %</b>
Agressivité avec les clients ou collègues	14	8,2 %
Harcèlement, pression de l'employeur et burn out	28	16,5 %
Autres	22	12,9 %

## **HARCELEMENT**

**Q26. - Avez-vous constaté des cas d'harcèlement ?**

Oui	205	<b>87,6%</b>
Non	22	9,4%
Non réponse	7	3,0%

## **CLIMAT DELETERE**

**Q27. - Vos patients salariés se plaignent-ils d'un climat conflictuel ou délétère dans l'entreprise ?**

Jamais	0	0,0%
Rarement	4	1,7%
Occasionnellement	78	33,3%
Assez souvent	137	<b>58,5%</b>
Très souvent	12	5,1%
Non réponse	3	1,3%

## **Affections en hausse**

**Q28. - Parmi les affections suivantes lesquelles ont-elles augmenté ces dernières années ?**

La question est à 3 réponses multiples ordonnées.

Affections	Rép.%. (rang 1)	Rép.%. (rang 2)	Rép.%. (rang 3)	ensembl e
Non réponse	0,9%	8,2%	<b>46,5%</b>	0,4%
Les troubles musculo-squelettiques (TMS)	<b>55,1%</b>	27,6%	4,2%	36,0%
Les maladies cardio vasculaires	0,0%	4,3%	15,5%	7,7%
Les maladies psychosomatiques	38,0%	<b>47,8%</b>	5,6%	<b>37,8%</b>
Réactions allergiques	1,7%	4,3%	16,4%	8,7%
Autres	4,3%	7,8%	11,7%	9,4%

*Idem en valeur absolue des citations*

Affections	Rép.%. (rang 1)	Rép.%. (rang 2)	Rép.%. (rang 3)	ensembl e
Non réponse	2	19	99	-
Les troubles musculo-squelettiques (TMS)	129	64	9	202
Les maladies cardio vasculaires	0	10	33	43
Les maladies psychosomatiques	89	111	12	212
Réactions allergiques	4	10	35	49
Autres	10	18	25	53

La question est à 3 réponses multiples ordonnées.

## Affections en hausse (SUITE)

**Q29. - Si "Autres", précisez (question ouverte) :**

Valeurs <i>Arrivent en tête .....</i>	rép.%
Syndromes dépressifs et anxiо-dépressifs, dépressions et troubles dépressifs :	36,8 %
Syndromes d'anxiété, anxiété, et angoisse :	15,8 %
Pathologies psychiatriques et troubles psychiques :	15,8 %
Troubles du sommeil et insomnies :	10,5 %
Troubles du comportement :	5,3 %
Epuisement professionnel :	5,3 %

## Dépression

**Q30. - Parmi vos patients, avez-vous constaté, par ordre de priorité :**

La question est à 4 réponses multiples ordonnées.

Réponses par ordre décroissant d'importance, classées de 1 à 4

Valeur	Rép.%. (rang 1)	Rép.%. (rang 2)	Rép.%. (rang 3)	Rép.%. (rang 4)	Ensemble
Dépression	14,5%	16,4%	<b>40,4%</b>	25,9%	25,3%
Anxiété	<b>36,8%</b>	<b>36,2%</b>	15,6%	5,1%	24,9%
"Burn out"	12,4%	8,2%	23,1%	<b>48,6%</b>	23,6%
Troubles du sommeil	35,5%	<b>36,2%</b>	16,9%	9,3%	<b>26,0%</b>
Non réponse	0,9%	3,0%	4,0%	11,1%	0,2%

## Pathologies plus fréquentes

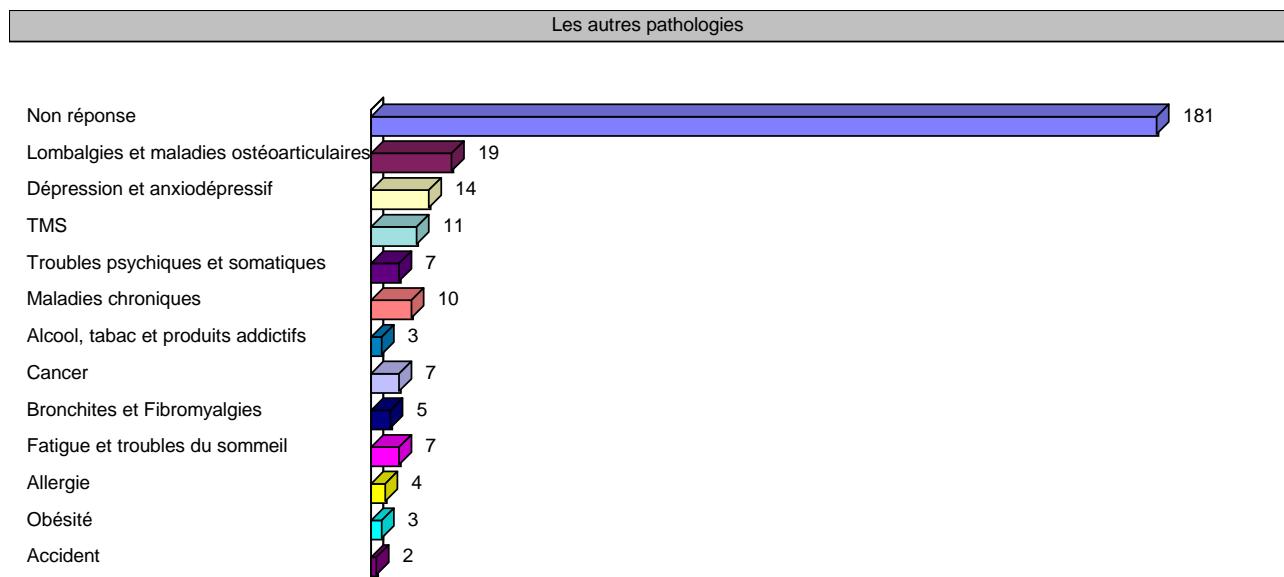
**Q31. - Relevez-vous plus souvent qu'il y a une dizaine d'années, des pathologies de type :**

Pathologies plus fréquentes	Nb cit.	Rép.%
Perte de cheveux	19	2,7 %
Acné	3	0,4 %
Crise d'urticaire	57	8,0 %
Eczéma	90	<b>12,7 %</b>
Psoriasis	32	4,5 %
Troubles digestifs	143	<b>20,1 %</b>
Ulcère de l'estomac	15	2,1 %
Maladie inflammatoire de l'intestin	44	6,2%
Asthme, surcharge pondérale	126	<b>17,7 %</b>
migraine	114	<b>16,0 %</b>
Règles dououreuses	3	0,4 %
Autres	41	5,8 %
Non réponse	24	3,4 %

**Q32. - Si 'Autres', précisez :**

A cette question ouverte, on relève **66,3 %** de non réponse (181). Les exprimées se répartissent ainsi :

Les autres pathologies	Nb. cit.	Fréq.
Lombalgie et maladies ostéoarticulaires	19	20,7 %
Dépression et anxiodépressif	14	15,2 %
TMS	11	12,0 %
Maladies chroniques	10	10,9 %
Cancer	7	7,6 %
Troubles psychiques et somatiques	7	7,6 %
Fatigue et troubles du sommeil	7	7,6 %
Bronchites et Fibromyalgies	5	5,4 %
Allergie	4	4,3%
Obésité	3	3,3%
Alcool, tabac et produits addictifs	3	3,3%
Accident	2	2,2%



\*  
\* \*

## Annexe n°4

### LETTRE EXPLICATIVE

#### *aux médecins du travail*



Madame, Monsieur,

Avec le soutien de l'*Institut Universitaire de Santé au Travail* et celui de l'*Inspection médicale régionale du travail* représentée par M. Christian Verger, nous sollicitons votre aimable collaboration pour la réalisation d'une enquête scientifique.

Conduite au sein du CRAPE, laboratoire du CNRS et de l'Université de Rennes 1, en collaboration avec l'ARS, laboratoire de sociologie de l'Université de Brest, cette enquête s'inscrit dans le sillage d'un appel à projet « *Environnement et Santé* » lancé par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et est financée par le ministère de la Recherche.

C'est *l'environnement au travail* qui est retenu, ici, et étudié au regard de ses effets sur la santé des salariés. C'est pourquoi le point de vue des médecins du travail et, surtout, leur vécu, nous paraissent indispensable à recueillir pour comprendre et cerner les situations des salariés.

Le questionnaire qui vous sera soumis a été élaboré en coopération avec un groupe de médecins du travail de terrain. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir y répondre. Les données recueillies feront l'objet d'une exploitation exclusivement statistique, parfaitement anonyme, et chaque participant sera tenu informé des résultats.

Votre accord est important et votre participation d'autant plus souhaitée qu'elle est prévue au titre d'un échantillon d'entreprises, représentatif de la diversité du tissu industriel et économique de la région.

Pour recueillir vos réponses nous vous proposons un **entretien téléphonique** de 30 minutes environ. Afin d'assurer son déroulement dans les meilleures conditions, une enquêtrice prendra contact prochainement avec vous pour convenir d'un rendez-vous selon vos plages horaires préférentielles.

Très conscients du caractère limité de votre disponibilité au regard de votre charge professionnelle, nous espérons, néanmoins, que cette étude suscitera votre intérêt et nous tenons à vous remercier, par avance, de votre coopération.

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations respectueuses.

**RENNES, LE 22 MARS 2005**

**PATRICK GUIOL**

Chargé de recherche au CNRS  
CRAPE - UMR 6051 -Université Rennes1  
9, rue Jean-Macé 35042 RENNES Cedex  
patrick.guiol@univ-rennes1.fr

**Jorge Munoz**

Maître de conférences ARS/EA 31 49, UBO Brest.  
IUT/GEA, Rue de Kergoat BP 93 169  
29 231 Cedex 3, Brest France  
jorge.munoz@univ-brest.fr

...

### **Avertissement Pour éviter tout malentendu**

- Ce questionnaire n'est pas strictement *médical*. Bien des questions ne permettront pas d'apporter des réponses parfaitement objectives ou scientifiquement préparées et vérifiées.
- Recueillir le *vécu* des médecins du travail face à la relation santé/travail de leurs salariés et saisir la restitution de cette perception implique la prise en compte d'une part de subjectivité.
- A ce stade de l'enquête, aucune *vérité médicale* n'est recherchée. Chercheurs en sciences sociales, nous ne sommes d'ailleurs pas qualifiés pour cela. Néanmoins, ce questionnaire aura pour utilité d'orienter notre équipe vers la détection d'indicateurs santé plus nouveaux et plus pertinents (d'où le mélange de questions fermées et de questions ouvertes que vous constaterez). Votre avis - du moment qu'il est sincère - présente donc un intérêt essentiel. Répondez spontanément sans vous préoccuper des objectifs de l'enquête ni vous en faire une idée (fausse ou vraie). Fiez-vous à votre expérience.
- Sachez simplement que ce questionnaire s'inscrit en seconde étape d'une méthodologie combinant plusieurs approches. Après le recueil auprès des médecins généralistes de la perception globale de la relation Travail/Santé chez leurs patients salariés, après ce vécu plus poussé auprès des médecins du travail, l'investigation se poursuivra avec la coopération de ces derniers à travers un questionnaire plus approfondi, inspiré d'extraits de l'enquête SUMER 2002, à l'attention des salariés. Puis, une étude comparative entre deux échantillons d'une centaine d'entreprises est prévue.
- L'objectif de cette étude n'est pas directement d'améliorer l'exercice omnipraticien, mais plutôt d'aboutir à distinguer les bonnes pratiques des mauvaises pratiques dans l'organisation sociale du travail en entreprise, en fonction de leur impact sur la santé.

En cas de besoin, n'hésitez pas nous contacter : Tel : 02 98 01 60 79 Courriel : [jorge.munoz@univ-brest.fr](mailto:jorge.munoz@univ-brest.fr)

## **Annexe n°5**

### **Questionnaire pour les médecins du travail**

## QUESTIONNAIRE MEDECINS DU TRAVAIL

Questionnaire N° : .....	n° de téléphone à contacter : <n_téléphone>
Identification de l'enquête Nom & prénom :< Médecin_du_travail>.....	Date de l'interview (jj/mm/année) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

- Ce questionnaire téléphonique a pour but de recueillir le vécu des médecins du travail sur la relation entre la santé des salariés et le climat social qui règne dans leurs entreprises.  
 • Vous avez normalement été prévenu de cette enquête par un courrier de l'inspection régionale.  
 • Pour assurer la qualité des résultats, nous avons besoin que vous répondiez à toutes les questions

**1.** Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin du Travail ?

1. Moins de 5 ans  
 2. De 5 à 10 ans  
 3. De 10 à 15 ans  
 4. De 15 à 20 ans  
 5. Plus de 20 ans

**2.** Vos activités concernent une ou plusieurs entreprises ?

1. Une  
 2. Plusieurs

**3.** Si "Plusieurs" combien ? : [.....]

**Nous vous interrogeons, à présent, plus particulièrement par rapport à  
(annoncer le chiffre) X entreprise(s) sélectionnée(s) dans un échantillon.**

**4.** Depuis combien de temps intervenez-vous dans (l') ou (les) entreprises suivante(s) ?

Nom de l'entreprise	<Nom_de_la_société>		
Durée d'intervention			
1. Moins de 2 ans			
2. De 2 à 5 ans			
3. De 5 à 10 ans			
4. Plus de 10 ans			

**5.** En pratique, le temps dont vous disposez pour effectuer votre “ *activité en milieu de travail* ” est-il ? [en général, et dans la (ou les) entreprise(s) concernée(s)]

Nom de l'entreprise : Le temps est-il ?	En général <Nom_de_la_socitéé>			
Très suffisant				
Plutôt suffisant				
Plutôt pas suffisant				
Pas du tout suffisant				

**6.** Dans ces (cette) entreprise(s) comment qualifiez-vous l'accueil de l'employeur ou de son représentant à votre égard ?

Nom de l'entreprise : L'accueil de l'employeur est-il ?	<Nom_de_la_socitéé>			
1. Très satisfaisant				
2. Plutôt satisfaisant				
3. Indifférent, neutre				
4. Plutôt pas satisfaisant				
5. Pas du tout satisfaisant				

**7.** Dans l'exercice de votre métier, au sein de cette (ou ces) entreprise(s), estimatez-vous bénéficier de toute l'autonomie nécessaire ? ( Suivi salariés) Pour répondre, évaluer-la sur une échelle de 0 à 10 : (0 pour absence d'autonomie et 10 pour autonomie totale).

Nom de l'entreprise : Degré d'autonomie ?	<Nom_de_la_socitéé>			
Échelle de 0 à 10 :	.....	.....	.....	.....

**8.** D'après vos informations le nombre de CDD dans ces entreprises est-il :

Nom de l'entreprise	<Nom_de_la_socitéé>			
1. Très élevé				
2. Plutôt élevé				
3. Moyen				
4. Plutôt faible				
5. Faible				

**9.** D'une manière **générale**, dans les 5 dernières années avez-vous constaté une évolution significative du nombre de problèmes de santé liés à l'activité de travail ? (*Quantitatif*)

- 1. Hausse significative
- 2. Légère progression
- 3. Stabilité
- 4. Légère diminution
- 5. Baisse significative
- 6. NSP

**10.** Et d'une manière **particulière** maintenant, comment les entreprises concernées se situent-elles par rapport à la tendance générale ?

Nom de l'entreprise :	<Nom_de_la_société>		
Tendance à la moyenne ?			
1. Identique à la tendance			
2. Plutôt davantage de problème de santé			
3. Plutôt moins de problèmes de santé			
4. NSP			

**11.** Y a-t-il eu un changement dans la **direction** de l'entreprise au cours des cinq dernières années ? (au niveau **Local** = votre unité concernée) *Si, oui passez Q 12, sinon passez à la Q13*

Nom de l'entreprise :	<Nom_de_la_société>		
Un changement de direction ?			
1. Aucun changement			
2. Depuis moins d'un an			
3. Il y a 2 à 3 ans			
4. Il y a 4 à 5 ans			

**12.** Les salariés vous ont-ils témoigné d'une satisfaction ou d'une insatisfaction face à ce changement de direction ?

Nom de l'entreprise :	<Nom_de_la_société>		
Appréciation du changement ?			
1. Aucune réaction			
2. Plutôt satisfaction			
3. Plutôt insatisfaction			
4. NSP			

**13.** S'agissant de la nature des pathologies, certaines sont-elles en progression ? (*Qualitatif*)

- 1. OUI
- 2. NON
- 3. NSP

**14.** Si "Oui", Veuillez préciser : .....

**15.** Certaines sont-elles en diminution ? (s'agissant toujours de la nature des pathologies).

- 1. OUI
- 2. NON
- 3. NSP

**16.** Si "Oui", Veuillez préciser : .....

 ► Si médecin dans une **seule entreprise** (ou de gestion des R.H. identique) allez directement à la question n°19

**17.** D'après votre expérience (*intervention dans plusieurs entreprises*) constatez-vous un lien entre l'état de santé des salariés et le type de **gestion** du personnel de l'entreprise ?

- 1. OUI
- 2. NON

**18.** Si "Oui", où situeriez-vous l'(ou les) entreprises de l'échantillon par rapport à la fréquence moyenne de ces problèmes de santé ?

Nom de l'entreprise :	<Nom_de_la_société>		
Lien : Santé / Gestion des RH ?			
Dans la moyenne			
Plus fréquent que la M.			
Moins fréquent que la M.			

**19.** Avez-vous déjà eu des cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles dans la (ou les) entreprise(s) non déclarés par les patients ?

Nom de l'entreprise :	<Nom_de_la_société>		
AT ou MP non déclarés			
1. Oui			
2. Non. ...passez à Q 22			
3. NSP ...passez à Q 22			

**20.** Si "Oui" pour quelles raisons la déclaration n'a pas été effectuée ? Précisez :

.....

**21.** Si "Oui" toujours, à quel pourcentage estimez-vous ces non-déclarations?

.....

**22.** Avez-vous remarqué une relation significative entre la réduction d'effectif de l'entreprise et les arrêts maladies ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP

**23.** A votre avis, y a-t-il des pathologies favorisées par un mauvais climat social dans l'entreprise ?

- 1. OUI
- 2. NON

**24.** Si OUI, quelles sont-elles ? (Directement et indirectement) :

:.....

**25.** Selon vous, ces pathologies liées au climat social donnent-elles lieu à des arrêts de travail ?

- 1. Jamais
- 2. Rarement
- 3. Parfois
- 4. La plupart du temps
- 5. Dans tous les cas

/ ☼► Si “ **jamais** ”, passer directement à la question n° **27**

**26.** A quel pourcentage des arrêts malades liés au travail ou à son organisation s'élèvent, à votre avis, ceux imputables au climat social ? [NB/ *arrêts liés directement ou indirectement au travail, c.a.d. excluant toute maladie ou accident non lié au travail, de type grippe, gastro, etc entreprises précises*]

[.....] [.....] [.....]

**27.** S'agissant des conditions **environnementales** du travail, dans lequel des **deux** grands **domaines** suivants, les facteurs pathogènes vous paraissent-ils les plus difficiles à corriger ? (NB/ *en général, puis au sein des entreprises de l'échantillon dont vous avez la surveillance*).

Nom de l'entreprise : Domaines	En général	<Nom_de_la_société>		
1. Le domaine <b>ergonomique et technique</b>				
2. Le domaine <b>organisationnel et relationnel</b>				

**28.** Dans le domaine n°1 : **ergonomique et technique**, quels sont parmi les **6 secteurs** suivants, ceux où des changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ? (par les employeurs) En **choisir trois** à **numéroter** par ordre d'importance décroissant : donc, n°1 pour le plus important, puis n°2 et enfin n°3)

Nom de l'entreprise :	<Nom_de_la_société>			
Secteurs les plus rigides du domaine <i>ergonomique et technique</i> ?				
1. aménagement du poste de travail				
2. adaptation des outils et machines				
3. ambiance physique ou chimique				
4. salubrité des locaux, hygiène				
5. éclairage, bruits, poussières,				
6. postures, vibrations, déplacements				

**29.** Dans le domaine n° 2 : **organisationnel et relationnel**, quels sont parmi les **6 secteurs** suivants des **ressources humaines** ceux où des changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ? (par les employeurs) (En **choisir trois** à numéroter par ordre d'importance décroissant : donc, n°1 pour le + important, puis n°2 et enfin n°3)

Nom de l'entreprise :	<Nom_de_la_société>			
Secteurs les plus rigides du domaine <i>organisationnel et relationnel</i> ?				
<b>Dans les ressources humaines</b>				
1. aménagement des horaires				
2. organisation du travail				
3. liberté décisionnelle				
4. relations interpersonnelles				
5. isolement social ou physique				
6. reconnaissance des mérites				

**30.** Toujours dans le domaine **organisationnel**, quels sont parmi les 5 secteurs suivants relatifs au **contenu du travail** ceux où des changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ? (par les employeurs) (En choisir trois à numérotter par ordre d'importance décroissant : donc, n°1 pour le + important, puis n°2 et enfin n°3)

Nom de l'entreprise :	<Nom_de_la_société>			
Secteurs les plus rigides du domaine <i>organisationnel et relationnel</i> ?				
<b>Dans le contenu du travail</b>				
1. variétés des tâches et cycles				
2. surcharges de travail				
3. rythme de travail				
4. monotonie				
5. enrichissement des tâches				

**31.** Dans votre vie professionnelle quelles sont, du point de vue de votre fonction, les situations face auxquelles vous éprouvez de l'impuissance ou de la colère ?

.....

**32.** Dans votre vie professionnelle, par rapport à ce que vous pouvez - ou souhaiteriez - apporter à des salariés en difficulté, quelles sont les situations face auxquelles vous éprouvez de l'impuissance ou de la colère ?

.....

**33.** Si vous en aviez la possibilité, quelles seraient les trois améliorations majeures que vous suggéreriez dans les relations de travail :

(par ordre d'importance décroissante)

1. .....
2. .....
3. .....

**34.** Vos salariés expriment-ils des doutes quant à :

(Lire les propositions, puis annoncer : “ Vous devez numérotter chaque cas par ordre d'importance n°1 en tête, le + fréquent, au n°5 en queue, le – fréquent ”).

<b>Doutes</b>	<b>Nom de l'entreprise</b>	<b>En général</b>	<Nom_de_la_socité>		
1. Leurs qualités professionnelles					
2. Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps					
3. Leur résistance physique (épuisement professionnel)					
4. Un manque de reconnaissance à leur égard					
5. Autres					

**35.** Si 'autres', précisez :

:.....

**36.** Vos salariés vous parlent-ils parfois de leur vie privée : *scolarité de leurs enfants, relations familiales ou de couple, ou encore projet ou soucis immobiliers, etc... ?*

Nom de l'entreprise Parlent de la vie privée	En général	<Nom_de_la_societé>		
1. Jamais				
2. Rarement				
3. Parfois				
4. Assez souvent				
5. Très souvent				

/ ☺► Si “ **jamais** ”, passer directement à la question n° **39**

**37.** La scolarité problématique de leurs enfants est-elle abordée : ....

Nom de l'entreprise Scolarité problématique	<Nom_de_la_societé>			
1. Jamais				
2. Rarement				
3. Parfois				
4. Assez souvent				
5. Très souvent				
6. NSP				

**38.** Avez-vous eu connaissance des cas de violence domestique ?

Nom de l'entreprise Violence domestiques ?	<Nom_de_la_societé>			
1. Jamais				
2. Rarement				
3. Parfois				
4. Assez souvent				
5. Très souvent				
6. NSP				

**39.** Leurs relations familiales ou de couple sont-elles fréquemment décrites de manière :

Nom de l'entreprise Famille	<Nom_de_la_so ciété>			
1. Très problématique				
2. Plutôt problématique				
3. Plutôt normale				
4. Plutôt positive				
5. Très positive				
6. NSP				

**40** Vous parlent-ils de leurs projets immobiliers ou de leurs difficultés en matière d'habitation ?

Nom de l'entreprise Projet immobilier	<Nom_de_la_so ciété>			
1. Jamais				
2. Rarement				
3. Parfois				
4. Assez souvent				
5. Très souvent				
6. NSP				

**41.** Par rapport à l'exposition moyenne au **tabac** qu'on symbolisera par le chiffre 5 sur une échelle de 0 à 10, comment situeriez-vous, sur cette échelle, la consommation des salariés de chacune des entreprises de l'échantillon ?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

*Si une seule entreprise*

: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | **5** | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | **5** | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | **5** | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | **5** | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

**42. Idem**, pour la consommation de médicaments **psychotropes** ?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

*Si une seule entreprise*

: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | **5** | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | **5** | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | **5** | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | **5** | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

NSP =.....

**43. Idem, pour les cas d'alcoolisme ou de toxicomanie ?**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Si une seule entreprise*

: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**44. Vos salariés vous parlent-ils de leurs relations avec :**

Vous pouvez cocher 2 cases au maximum.

1. Leur hiérarchie supérieure  
 2. Les collègues, leurs subalternes  
 3. Les clients (usagers, élèves, etc.)

**45. Lorsqu'ils vous en parlent, c'est en termes plutôt négatif ou positif ?**

<i>Nom de l'entreprises</i> <i>Nature des relations</i>	<b>Si nécessaire ventilation selon les types</b>		
<b>Pour les supérieurs</b>			
1. en termes plutôt <b>négatifs</b> -			
2. en termes plutôt <b>positifs</b> +			
<b>Pour les collègues</b>			
3. en termes plutôt <b>négatifs</b> -			
4. en termes plutôt <b>positifs</b> +			
<b>Pour les clients</b>			
5. en termes plutôt <b>négatifs</b> -			
6. en termes plutôt <b>positifs</b> +			
<b>Pour les subalternes</b>			
7. en termes plutôt <b>négatifs</b>			
8. en termes plutôt <b>positifs</b>			

**46. Avez-vous remarqué des comportements d'agressivité ou de colère plus fréquents ?  
( au cours des visites ...ou signalés par le salarié lui-même à propos de son comportement)**

<b>Nom de l'entreprise</b>	<b>En Général</b>	<b>&lt;Nom_de_la_socité&gt;</b>		
Agressivité ou colère ?				
1. Oui				
2. Non				

**47** Si "Oui", dans quelles circonstances ?

.....

**48.** Avez-vous constaté des cas de souffrance au travail ou des cas de salariés qui se disent harcelés ?

<b>Nom de l'entreprise</b>	<b>En Général</b>	<b>&lt;Nom_de_la_societé&gt;</b>		
Cas de harcèlement ?				
1. Oui				
2. Non				

**49.** Est-ce qu'il y a eu au cours des 5 dernières années, un ou plusieurs cas de suicides ? (*dans les entreprises enquêtées*)

1. OUI  
 2. NON  
 3. NSP

☀► Si “NON”, passez à la question n°**50**

**50.** (Si OUI) Pouvez-vous dire combien et des salariés de quelle entreprise ?

.....

**51.** Existe-t-il, à votre avis, entre les entreprises que vous avez rencontrées au cours de votre vie professionnelle, des différences de gestion du personnel ?

1. OUI  
 2. NON

**52.** Dites-nous, parmi les qualificatifs suivants, celui dont la gestion de l'entreprise se rapproche le plus ?

Nom de l'entreprise : <i>Management des R.H.- qualificatif le + proche :</i>	<b>&lt;Nom_de_la_societé&gt;</b>		
1. <b>Très directif</b> et autoritaire			
2. <b>Plutôt directif</b> avec peu de dialogue social			
3. <b>Sans distinction</b> particulière (dans la moyenne)			
4. <b>Plutôt ouvert</b> au dialogue social			
5. <b>Assez participatif</b> , incluant quelque instance de concertation			
6. <b>Très participatif</b> ou de type coopératif			

**53.** Êtes-vous confronté à des situations où les salariés se saisissent de la santé comme instrument de **médiation** sociale ?

Nom de l'entreprise : Santé comme médiation sociale ?	<b>En général</b>	<Nom_de_la_societé>		
1. Très souvent				
2. Assez souvent				
3. Souvent				
4. Parfois				
5. Rarement				
6. Jamais				

**54.** Si vous avez répondu entre “parfois” et “Très souvent”, veuillez préciser en **numérotant** par ordre d’importance le (ou les) type(s) d’entreprises où ces sollicitations sont les plus fréquentes : (Consigne : *en n°1 le + fréquent, puis n°2, etc.*)

<i>Types d'entreprises</i>	<b>Entreprises selon la nature de la GRH</b>						
	<i>Fréquence des sollicitations</i>	1 <b>Très directive</b> et autoritaire	2 <b>Plutôt directive</b> et peu de dialogue social	3 <b>Sans distinction</b> particulière (moyenne)	4 <b>Plutôt ouverte</b> au dialogue social	5 <b>Assez participatif</b> Présence d'instance de concertation	6 <b>Très participatif</b> fou de typecoopératif
1. numéroter par ordre							

NSP .....

**55.** Vos salariés se plaignent-ils d'un climat **conflictuel** ou **délétère** dans leur entreprise ?

Nom de l'entreprise : Plainte d'un climat conflictuel ?	<Nom_de_la_societé>		
1. Jamais			
2. Rarement			
3. Occasionnellement			
4. Assez souvent			
5. Très souvent			

**56.** Ces plaintes sont-elles plus au moins fréquentes selon le type de management dans l'ensemble de vos entreprises ? (Au cours de votre carrière).

<i>Types d'entreprises</i>	<b>Entreprises selon la nature de la GRH</b>					
	1 <b>Très directive</b> et autoritaire	2 <b>Plutôt directive</b> et peu de dialogue social	3 <b>Sans distinction</b> particulière (moyenne)	4 <b>Plutôt ouverte au dialogue social</b>	5 <b>Assez participatif</b> Présence d'instance de concertation	6 <b>Très participatif</b> ou de type coopératif
<i>Plainte climat délétère</i>						
1. Jamais						
2. Rarement						
3. Occasionnellement						
4. Assez souvent						
5. Très souvent						

NSP .....

**57.** Parmi ces salariés, avez-vous constaté, par ordre de priorité (à numérotter de n°1 le plus fréquent à n°4 (le moins fréquent).

Nom de l'entreprise : Pathologies constatées	<Nom_de_la_société>			
1. Dépression				
2. Anxiété				
3. "Burn out"				
4. Troubles du sommeil				

**58.** D'une manière générale, devant quelles situations pathologiques établissez-vous une corrélation au contenu du travail ou à son organisation matérielle ou relationnelle ? (trois choix prioritaires)

- 1. Troubles du sommeil
- 2. TMS
- 3. Lombalgie
- 4. Réaction allergique
- 5. Syndrome d'anxiété et angoisse
- 6. Maladies cardio-vasculaires
- 7. Syndrome dépressionnaire et dépression
- 8. Maladies psychosomatiques

**59.** Observez-vous plus souvent qu'il y a une dizaine d'années, des pathologies de type :

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).*

- 1. Perte de cheveux
- 2. Acné
- 3. Crise d'urticaire
- 4. Eczéma
- 5. Psoriasis
- 6. Troubles digestifs
- 7. Ulcère de l'estomac
- 8. Maladie inflammatoire de l'intestin
- 9. Asthme,
- 10. Surcharge pondérale
- 11. migraine
- 12. Règles douloureuses
- 13. Autres

**60.** Si 'Autres', précisez :

.....

**61.** Les cas de psychopathologies ou de souffrance au travail sont-ils fréquents dans cette (ou ces) entreprises de l'échantillon ? (*anxiété, peur, stress, dépression, souffrance, etc.*)

Nom de l'entreprise :	<Nom_de_la_société>			
Fréquence du stress ?				
1. Très fréquent				
2. Plutôt fréquent				
3. Peu fréquents				
4. Plutôt rare				
5. Très rare				

**62.** Si vous exercez – ou avez exercé - dans plusieurs entreprises pouvez-vous établir un lien entre les psychopathologies - ou les cas de souffrance au travail - et le type de gestion du personnel ? (*si vous exercez dans une seule allez directement à la question n° 63*)

1. OUI

2. NON

**63.** Si OUI, à quel niveau psychopathogénique situez-vous chacun de ces types de gestion du personnel, sur une échelle de 0 à 10 ? Entreprises très directives et plutôt directives

(0 pour le moins pathogène, 10 pour le plus pathogène)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

1. *Très directive et autoritaire :*



2. *Plutôt directive :*



3. *Sans distinction particulière :*



4. *Plutôt ouverte au dialogue :*



5. *Assez participative, concertation :*



6. *Très participative, coopérative :*



**64.** Si vous deviez absolument répondre à cette question, diriez-vous que les constats de psychopathologie ou de souffrance au travail vous apparaissent davantage fonction de la catégorie socioprofessionnelle du salarié ou davantage fonction du climat social régnant dans son entreprise ? // Si ce n'est pas possible, diriez-vous : Les deux à la fois ? Autre ?

- 1. Catégorie socioprofessionnelle
- 2. Climat social
- 3. Les deux
- 4. Autre

**65.** Si " Autre " (précisez) : .....

.....

**66.** A catégorie socioprofessionnelle équivalente, le climat social de l'entreprise vous paraît-il influencer les constats de psychopathologie ? (quantitative et/ou qualitative)

- 1. OUI
- 2. NON

**67.** Si OUI, veuillez indiquer pour chaque type d'entreprise la catégorie socioprofessionnelle correspondant au plus fort degré de psychopathologie. *Cochez la ou les case(s) correspondante(s)*

<i>Types d'entreprises Stress</i>	<b>Entreprises selon la nature de la GRH</b>					
	1 <b>Très directive</b> et autoritaire	2 <b>Plutôt directive</b> et peu de dialogue social	3 <b>Sans distinction</b> particulière (moyenne)	4 <b>Plutôt ouverte au dialogue social</b>	5 <b>Assez participatif</b> Présence d'instance de concertation	6 <b>Très participatif</b> ou de type coopératif
1. Ouvrier						
2. Employé						
3. Cadres moyens						
4. Cadres supérieurs						
5. Autres						

NSP .....

**68.** Comment vous estimatez que votre activité est perçue par les salariés ?

- 1. Très favorablement
- 2. Favorablement
- 3. Plutôt pas favorablement
- 4. Pas du tout favorablement

**69.** Comment vous estimatez que votre activité est perçue par les employeurs ?

- 1. Elle est perçue favorablement
- 2. Elle est perçue de manière normale
- 3. Elle est perçue de manière plutôt défavorable
- 4. Elle est perçue totalement défavorable

**70.** Accepteriez-vous de participer à un complément d'enquête, courant 2005, via un questionnaire destiné à interroger un échantillon de vos salariés ? (*Questionnaire constitué de quelques items de type SUMER 2002*)

- 1. OUI
- 2. NON

**71.** Accepteriez-vous un entretien, éventuellement, avec un chercheur de l'équipe réalisant cette enquête ?

- 1. OUI
- 2. NON

**72.** Quel est votre tranche d'âge ?

- 1. Moins de 35 ans
- 2. De 35 à 45 ans
- 3. De 46 à 60 ans
- 4. Plus de 60 ans

**73.** Quel est votre sexe ?

- 1. Masculin
- 2. Féminin

**74.** Numéro du département dans lequel vous exercez ? .....

**Avec tous nos remerciements**

\*  
\* \*

## Annexe n°6

**Tri à plat**

**Enquête auprès des MEDECINS DU TRAVAIL**

*Perceptions de leur vécu et saisie de leur expérience*

*selon les échantillons d'entreprises A & B*

**Q 1. - Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin du Travail ?**

Ancienneté profession	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 5 ans	14	15,2%
De 5 à 10 ans	15	16,3%
De 10 à 15 ans	5	5,4%
De 15 à 20 ans	21	22,8%
Plus de 20 ans	37	40,2%
TOTAL OBS.	92	100%

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 30,61$ ,  $ddl = 4$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

**Q 2. - Vos activités concernent une ou plusieurs entreprises ?**

Activité/nombre entreprise	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	1,1%
Une	1	1,1%
Plusieurs	90	97,8%
TOTAL OBS.	92	100%

**Q 3. - Si 'Plusieurs', précisez :**

Activité/nombre entreprise AUTRE	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	3	3,3%
Moins de 60	4	4,3%
De 60 à 120	17	18,5%
De 120 à 180	22	23,9%
De 180 à 240	14	15,2%
De 240 à 300	7	7,6%
De 300 à 360	16	17,4%
360 et plus	9	9,8%
TOTAL OBS.	92	100%

Minimum = 41, Maximum = 460

**Q 4. - Depuis combien de temps intervenez-vous dans (l') ou (les) entreprises suivante(s) ?**

Temps entreprise	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 2 ans	8	8,7%
De 2 à 5 Ans	38	41,3%
De 5 à 10 ans	21	22,8%
Plus de 10 ans	25	27,2%
TOTAL OBS.	92	100%

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 19,91$ ,  $ddl = 3$ ,  $1-p = 99,98\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

**CONDITION D'EXERCICE DE LA PROFESSION****Q5. - En pratique, le temps dont vous disposez pour effectuer votre "activité en milieu de travail" est-il ? en général :**

Temps disposé général	Nb. cit.	Fréq.
Très suffisant	3	3,3%
Plutôt suffisant	37	40,2%
Plutôt pas suffisant	41	44,6%
Pas du tout suffisant	9	9,8%
Non réponse	2	2,2%
Autres	0	0,0%
TOTAL OBS.	92	100%

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 113,04$ ,  $ddl = 5$ ,  $1-p = >99,99\%$ . Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité

## **ACCUEIL DE L'EMPLOYEUR**

**Q6. - Dans cette entreprise comment qualifiez-vous l'accueil de l'employeur ou de son représentant à votre égard ?**

Accueil employeur/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Patriarcale (autoritaire)	Gestion Managériale participative	Managériale (dialogue social)
Très satisfaisant	28,0% (14)	<b>76 %</b>	38,1% (16)	<b>88,1 %</b>
Plutôt satisfaisant	48,0% (24)		50,0% (21)	
Indifférent, neutre	10,0% ( 5)		9,5% ( 4)	
Plutôt pas satisfaisant	8,0% ( 4)		2,4% ( 1)	<b>2,4 %</b>
Pas du tout satisfaisant	4,0% ( 2)	<b>14 %</b>	0,0% ( 0)	
Jamais visitée	2,0% ( 1)		0,0% ( 0)	
<b>TOTAL</b>	100% (50)		100% (42)	

**Q7. - Dans l'exercice de votre métier, au sein de cette entreprise, estimatez-vous bénéficier de toute l'autonomie nécessaire ? Evaluation dans une échelle de 0 à 10.**

Degré d'autonomie	Nb. cit.	Fréq.
0	0	0,0%
1	0	0,0%
2	1	1,1%
3	3	3,3%
4	1	1,1%
5	6	6,5%
6	6	6,5%
7	23	25,0%
8	30	32,6%
9	13	14,1%
10	8	8,7%
Non réponse	1	1,1%
<b>TOTAL CIT.</b>	92	100%

La question est à réponse unique sur une échelle.

Les paramètres sont établis sur une notation de 1 (0) à 11 (10).

Les calculs sont effectués sans tenir compte des non-réponses.

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 135,74, ddl = 11, 1-p = >99,99%.

Le chi2 est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

### ***Les CDD selon le type de gestion dans l'entreprise***

**Q 8. - D'après vos informations, le nombre de CDD dans ces entreprises est-il :**

Nombre CDD/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Très élevé	10,0% ( 5)	7,1% ( 3)	8,7% ( 8)
Plutôt élevé	12,0% ( 6)	11,9% ( 5)	12,0% (11)
Moyen	14,0% ( 7)	19,0% ( 8)	16,3% (15)
Plutôt faible	38,0% (19)	35,7% (15)	37,0% (34)
Faible	20,0% (10)	26,2% (11)	22,8% (21)
NSP	2,0% ( 1)	0,0% ( 0)	1,1% ( 1)
Autres	14,0% ( 7)	14,3% ( 6)	14,1% (13)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (55)</b>	<b>100% (48)</b>	<b>100% (103)</b>

### ***SANTE ET TRAVAIL***

**Q 9. - D'une manière générale dans les 5 dernières années avez-vous constaté une évolution significative du nombre de problèmes de santé liés à l'activité de travail ?**

Nombres problèmes de santé/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Non réponse	2,0% ( 1)	4,8% ( 2)	3,3% ( 3)
Hausse significative	44,0% (22)	33,3% (14)	39,1% (36)
Légère progression	38,0% (19)	42,9% (18)	40,2% (37)
Stabilité	12,0% ( 6)	11,9% ( 5)	12,0% (11)
Légère diminution	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
Baisse significative	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
NSP	4,0% ( 2)	7,1% ( 3)	5,4% ( 5)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

**Q 10. - Et d'une manière particulière maintenant, comment les entreprises concernés se situent-elles par rapport à la tendance générale ?**

Entreprise et tendance générale/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Non réponse	2,0% ( 1)	4,8% ( 2)	3,3% ( 3)
Identique à la tendance	38,0% (19)	57,1% (24)	46,7% (43)
Plutôt davantage de problèmes de santé	26,0% (13)	4,8% ( 2)	16,3% (15)
Plutôt moins de problèmes de santé	22,0% (11)	23,8% (10)	22,8% (21)
NSP	12,0% ( 6)	9,5% ( 4)	10,9% (10)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

La dépendance est peu significative. chi2 = 8,80, ddl = 4, 1-p = 93,37%.

***Q 11. - Y a-t-il eu un changement dans la direction de l'entreprise au cours de cinq dernières années ?***

Changement direction/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Non réponse	2,0% ( 1)	4,8% ( 2)	3,3% ( 3)
Aucun changement	34,0% (17)	45,2% (19)	39,1% (36)
Depuis moins d'un an	14,0% ( 7)	19,0% ( 8)	16,3% (15)
Entre un an et deux ans	8,0% ( 4)	4,8% ( 2)	6,5% ( 6)
Il y a 2 à 3 ans	24,0% (12)	21,4% ( 9)	22,8% (21)
Il y a 4 à 5 ans	12,0% ( 6)	4,8% ( 2)	8,7% ( 8)
NSP	2,0% ( 1)	0,0% ( 0)	1,1% ( 1)
Autres	6,0% ( 3)	0,0% ( 0)	3,3% ( 3)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (51)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (93)</b>

***Q12. - Les salariés vous ont-ils témoigné d'une satisfaction ou d'une insatisfaction face à ce changement ?***

Les non-réponses représentent 43,5%, les réponses exprimées se répartissant ainsi :

Appréciation du changement/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Aucune réaction	16,0% ( 8)	14,3% ( 6)	15,2% (14)
Plutôt satisfaction	10,0% ( 5)	16,7% ( 7)	13,0% (12)
Plutôt insatisfaction	18,0% ( 9)	9,5% ( 4)	14,1% (13)
Autres	20,0% (10)	16,7% ( 7)	18,5% (17)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (32)</b>	<b>100 % (24)</b>	<b>100 % (56)</b>

## ***PROGRESSION PATHOLOGIES***

***Q13. - S'agissant de la nature des pathologies, certaines sont-elles en progression ?***

<i>Progression pathologies</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Oui	80	87,0%
Non	11	12,0%
NSP	2	2,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>92</b>	

**Q14. - Si « oui » veuillez préciser**

Regroupement de la question ouverte Si "oui" précisez

<i>Progression maladies</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
TMS et tendinites	64	34,2%
Souffrances et ambiance au travail	25	13,4%
Syndromes psychopathologiques	23	12,3%
Dépression et anxiété	19	10,2%
Stress et harcèlement	18	9,6%
Lombalgies	15	8,0%
surdité	1	0,5%
Cancers, amiantes et risque chimique	6	3,2%
Allergies	3	1,6%
Obésité et diabète	2	1,1%
somatisation	1	0,5%
Rhumatologie	1	0,5%
fribromyalgies	1	0,5%
Non réponse	8	4,3%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>187</b>	<b>100 %</b>

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 282,94$ ,  $ddl = 14$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

Le tableau est construit sur 92 observations.

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de citations.

**Q15. - Certaines sont-elles en diminution ?**

Diminution pathologies/Type d'entreprise	TOTAL	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative
Oui	30,4% (28)	24,0% (12)	38,1% (16)
Non	42,4% (39)	40,0% (20)	45,2% (19)
NSP	26,1% (24)	34,0% (17)	16,7% (7)
Non réponse	1,1% (1)	2,0% (1)	0,0% (0)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (92)</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>

### **Q. 16 Si Oui veuillez préciser**

<i>Diminution de Pathologies</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Alcool et substances illicites	3	3,0%
Surdité	10	10,1%
Pathologies liées aux facteurs psychosociaux	2	2,0%
Troubles digestifs	1	1,0%
Dermatose et allergies dans le secteur du BTP	6	6,1%
Baisse accident avec machine	5	5,1%
Autres	9	9,1%
Non réponse	63	63,6%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>99</b>	<b>100 %</b>

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 242,41$ ,  $ddl = 8$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

Le tableau est construit sur 92 observations.

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de citations.

### ***Lien : gestion du personnel / santé***

***Q17. - D'après votre expérience, constatez-vous un lien entre l'état de santé des salariés et le type de gestion du personnel de l'entreprise ?***

Lien gestion personnel/santé/ Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Non réponse	72,0% (36)	45,2% (19)	59,8% (55)
Oui	28,0% (14)	54,8% (23)	40,2% (37)
Non	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

45,2 % des médecins d'entreprises participatives n'ont pas répondu et 72% des médecins d'entreprises non-participatives. Les réponses exprimées sont sans équivoque : **100% de Oui** dans les deux cas.

**Q18. - Si 'Oui', où situez-vous l'entreprise de l'échantillon par rapport à la fréquence moyenne de ces problèmes de santé ?**

Lien gestion personnel/santé_Si Oui/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Non réponse	72,0% (36)	45,2% (19)	59,8% (55)
Dans la moyenne	<b>12,0% ( 6)</b>	<b>33,3% (14)</b>	21,7% (20)
Plus fréquent que la Moyenne	12,0% ( 6)	11,9% ( 5)	12,0% (11)
Moins fréquent que la moyenne	4,0% ( 2)	9,5% ( 4)	6,5% ( 6)
<b>TOTAL</b>	100 % (50)	100 % (42)	100 % (92)

La dépendance est significative. chi2 = 8,58, ddl = 3, 1-p = 96,46%.

**Q19. - Avez-vous déjà eu de cas d'accidents du travail ou des maladies professionnelles dans l'entreprise non déclarés par les patients ?**

AT ou MP non déclarés/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Oui	50,0% (25)	40,5% (17)	45,7% (42)
Non	44,0% (22)	57,1% (24)	50,0% (46)
NSP	6,0% ( 3)	2,4% ( 1)	4,3% ( 4)
<b>TOTAL</b>	100% (50)	100% (42)	100% (92)

**Q20. - Si, oui pour quelles raisons**

Raisons de non déclaration (DAT)	Nb. cit.	Fréq.
Employeur critique les arrêts	9	9,8%
La DAT est superflu et pas de couverture mutuelle	3	3,3%
Mauvaise information du salarié	12	13,0%
Peur de conséquences sur leur poste de travail et inaptitude	20	21,7%
Médecin traitant ne fait pas la déclaration	1	1,1%
Peur de perte d'emploi	15	16,3%
Le salarié estime que ce n'est pas nécessaire	8	8,7%
Une MP est plus difficile à déclarer / aux AT	2	2,2%
Le salarié préfère l'invalidité à la MP	4	4,3%
Bobologie	6	6,5%
Non réponse	50	54,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	92	

**Q21. - Si, oui, toujours, à quel pourcentage estimez-vous ces non déclarations ?**  
**Regroupement des réponses ouvertes sur les estimations de la non déclaration en %**

<i>Estimation pourcentage DAT</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
De 50 % à 90 %	3	3,3%
De 20 % à 30 %	5	5,4%
De 5 % à 15 %	15	16,3 %
NSP	17	18,5 %
Non réponse	51	55,4 %
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>92</b>	

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 82,02$ ,  $ddl = 4$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

La somme des pourcentages est inférieure à 100% du fait des suppressions.

**Q22. Avez-vous remarqué une relation significative entre la réduction d'effectif de l'entreprise et les arrêts maladies ?**

<i>Effectif/maladies</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Non réponse	44	47,8%
Oui	13	14,1%
Non	17	18,5%
NSP	8	8,7%
Autres	10	10,9%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>92</b>	100 %

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 47,02$ ,  $ddl = 5$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

**Q23. - A votre avis, y a-t-il des pathologies favorisées par un mauvais climat social dans l'entreprise ?**

Climat social et pathologies / Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Oui	88,0% (44)	85,7% (36)	87,0% (80)
Non	10,0% (5)	14,3% (6)	12,0% (11)
NSP	2,0% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

**Q. 24. Pathologies favorisées par le climat social : Si OUI, quelles sont-elles ? (Directement et indirectement) :**

<i>Pathologies favorisées par un mauvais climat social</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Harcèlement	3	1,8%
Pathologie neuropsychiatrique	15	8,8%
TMS	44	25,7%
Stress et souffrance au travail	14	8,2%
Dépression et syndrome anxiodépressifs	44	25,7%
Douleurs lombaires	12	7,0%
Troubles du sommeil	16	9,4%
Problèmes digestifs voire cardiaques	5	2,9%
Ambiance de travail pour la gestion de la maladie	1	0,6%
Non réponse	12	7,0%
Autres	5	2,9%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 144,01, ddl = 11, 1-p = >99,99%.

Le chi2 est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

**Q25. - Selon vous, ces pathologies liées au climat social donnent-elles lieu à des arrêts de travail ?**

Climat social/arrêt travail/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Jamais	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
Rarement	4,0% ( 2)	2,4% ( 1)	3,3% ( 3)
Parfois	40,0% (20)	42,9% (18)	41,3% (38)
La plupart du temps	46,0% (23)	40,5% (17)	43,5% (40)
Dans tout les cas	2,0% ( 1)	7,1% ( 3)	4,3% ( 4)
Non réponse	8,0% ( 4)	7,1% ( 3)	7,6% ( 7)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

**Q26. A quel pourcentage des arrêts maladies liés au travail ou à son organisation s'élèvent, à votre avis, ceux imputables au climat social ? [NB/ arrêts liés directement ou indirectement au travail, c.a.d. excluant toute maladie ou accident non lié au travail, de type grippe, gastro, etc entreprises précises]**

<i>Estimation % arrêt maladie / climat social</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
De 1 à 10 %	13	14,1%
De 10 à 20 %	5	5,4%
De 20 à 30 %	18	19,6%
De 40 à 50 %	2	2,2%
Supérieur à 60 %	6	6,5%
Non réponse	13	14,1%
NSP	35	38,0%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 56,52$ ,  $ddl = 7$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

**Q27. - S'agissant des conditions environnementales du travail, dans lequel des deux grands domaines suivants, les facteurs pathogènes vous paraissent-ils les plus difficiles à corriger EN GENERAL ?**

Correction environnement/ Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Le domaine organisationnel et relationnel	82,0% (41)	76,2% (32)	79,3% (73)
Le domaine ergonomique et technique	16,0% (8)	21,4% (9)	18,5% (17)
NSP	0,0% (0)	2,4% (1)	1,1% (1)
Non réponse	2,0% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

**Q27 bis. - S'agissant des conditions environnementales du travail, dans lequel des deux grands domaines suivants, les facteurs pathogènes vous paraissent-ils les plus difficiles à corriger dans l'entreprise concernée ?**

Correction de l'environnement / Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Le domaine ergonomique et technique	32,0% (16)	31,0% (13)	31,5% (29)
Le domaine organisationnel et relationnel	68,0% (34)	64,3% (27)	66,3% (61)
NSP	0,0% (0)	4,8% (2)	2,2% (2)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

**Q28. - Dans le domaine ergonomique et technique, quels sont parmi les 6 secteurs suivants ceux où des changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ?**

Les résistances/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Aménagement du poste de travail	52,0% (26)	52,4% (22)	52,2% (48)
Adaptation des outils et machines	60,0% (30)	57,1% (24)	58,7% (54)
Ambiance physique ou chimique	28,0% (14)	38,1% (16)	32,6% (30)
Salubrité des locaux hygiène	8,0% (4)	0,0% (0)	4,3% (4)
Eclairage, bruits, poussières	22,0% (11)	21,4% (9)	21,7% (20)
Postures, vibrations, déplacements	42,0% (21)	40,5% (17)	41,3% (38)
Autres	14,0% (7)	19,0% (8)	16,3% (15)
NSP	6,0% (3)	0,0% (0)	3,3% (3)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (116)</b>	<b>100 % (96)</b>	<b>100 % (212)</b>

**Q29. - Dans le domaine organisationnel et relationnel, quels sont parmi les 6 secteurs suivants des ressources humaines ceux où les changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ?**

RH résistances/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Aménagement des horaires	60,0% (30)	50,0% (21)	55,4% (51)
Organisation du travail	62,0% (31)	61,9% (26)	62,0% (57)
Liberté décisionnelle	54,0% (27)	61,9% (26)	57,6% (53)
relations interpersonnelles	30,0% (15)	31,0% (13)	30,4% (28)
Isolément social ou physique	6,0% (3)	4,8% (2)	5,4% (5)
Reconnaissance des mérites	50,0% (25)	40,5% (17)	45,7% (42)
Autres	4,0% (2)	7,1% (3)	5,4% (5)
NSP	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (133)</b>	<b>100 % (108)</b>	<b>100 % (241)</b>

**Q 30. - Toujours dans le domaine organisationnel, quels sont parmi les 5 secteurs suivants relatifs au contenu du travail ceux où des changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ?**

Résistances contenu travail/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Variétés des tâches et cycles	42,0% (21)	38,1% (16)	40,2% (37)
Surcharges de travail	58,0% (29)	47,6% (20)	53,3% (49)
Rythme de travail	66,0% (33)	73,8% (31)	69,6% (64)
Monotonie	34,0% (17)	40,5% (17)	37,0% (34)
Enrichissement des tâches	40,0% (20)	26,2% (11)	33,7% (31)
Autres	4,0% (2)	4,8% (2)	4,3% (4)
NSP	4,0% (2)	2,4% (1)	3,3% (3)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (124)</b>	<b>100 % (98)</b>	<b>100 % (222)</b>

**Q 31. - Dans votre vie professionnelle quelles sont, du point de vue de votre fonction, les situations face auxquelles vous éprouvez de l'impuissance ou de la colère**

Regroupement des réponses ouvertes

Impuissance face	Nb. cit.	Fréq.
L'employeur ne tient pas compte des conseils du médecin du travail	40	25,0%
Le médecin du travail a un rôle trop limité ou pas assez de soutien	31	19,4%
Maintien dans l'emploi et aménagement du poste	22	13,8%
Souffrance, absence de reconnaissance et harcèlement	22	13,8%
L'employeur conteste ou met en doute la situation du salarié	17	10,6%
Prévention des cancérogènes	2	1,3%
L'organisation du travail freine	8	5,0%
TMS	4	2,5%
Législation abondante pas respectée	4	2,5%
Non réponse	10	6,3%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 91,13, ddl = 10, 1-p = >99,99%.

**Q32. - Dans votre vie professionnelle, par rapport à ce que vous pouvez ou souhaitez, apporter à des salariés en difficulté, quelles sont les situations face auxquelles vous éprouvez de l'impuissance ou de la colère**

Aides salariés en difficulté	Nb. cit.	Fréq.
Aide dans les situations d'inaptitude et reclassement	46	50,0%
Mauvaise foi employeur et management par la peur	27	29,3%
Etre démunis face à l'organisation du travail	14	15,2%
Retour après un arrêt (mi temps thérapeutique, contrat rééducation professionnelle, etc.)	13	14,1%
Dépression, Stress, souffrance	12	13,0%
Les salariés handicapés ou considérés comme improductifs et non reconnaissance	10	10,9%
Licenciement économique et suivi du salarié	2	2,2%
Harcèlement	8	8,7%
Le médecin du travail n'a pas la confiance des salariés	5	5,4%
Le médecin du travail comme "soupape" dans les conflits	3	3,3%
Non réponse	8	8,7%
TOTAL OBS.	92	

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 121,05, ddl = 11, 1-p = >99,99%.

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (3 au maximum).

**Q33. - Si vous aviez la possibilité, quelles seraient les trois améliorations majeures que vous suggériez dans les relations de travail**

Regroupement variable ouverte

<i>Modifications majeures 1</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Amélioration relations employeurs/salariés	46	23,6%
La reconnaissance des salariés, liberté décisionnelle, participation	46	23,6%
Adaptation de l'organisation du travail (cadences)	23	11,8%
Améliorer le rôle des CHS-CT et des syndicats	15	7,7%
Reconnaissance du rôle du médecin du travail	13	6,7%
Coordination acteurs extérieurs (Cram, inspection du travail, médecine générale)	13	6,7%
Amélioration relation médecin, employeur et salarié	11	5,6%
Plus des moyens pour la médecine du travail et inspection. Respect du code	9	4,6%
Augmenter les salaires	3	1,5%
Réduction charge mentale, stress et souffrance	5	2,6%
Employeurs autoritaire	4	2,1%
Non réponse	7	3,6%
TOTAL CIT.	195	100%

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 151,15, ddl = 12, 1-p = >99,99%.

## **DOUTES exprimés par les salariés**

**Q34 - Vos salariés expriment-ils des doutes quant à (en général) tous types d'entreprise confondus :**

Doutes général / Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Non réponse	1,0% ( 2)	1,3% ( 2)	1,1% ( 4)
Leurs qualités professionnelles	20,7% (40)	21,3% (33)	21,0% (73)
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	24,9% (48)	25,2% (39)	25,0% (87)
Leur résistance physique (épuisement profes.)	23,3% (45)	23,9% (37)	23,6% (82)
Un manque de reconnaissance à leur égard	24,9% (48)	25,8% (40)	25,3% (88)
Autres	5,2% (10)	2,6% ( 4)	4,0% (14)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (193)</b>	<b>100 % (155)</b>	<b>100 % (348)</b>

**Q34 Bis. Vos salariés expriment-ils des doutes quant à (entreprise) :**

Doutes entreprise/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Non réponse	0,0% ( 0)	1,5% ( 2)	0,6% ( 2)
Leurs qualités professionnelles	20,6% (37)	18,2% (24)	19,6% (61)
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	25,6% (46)	26,5% (35)	26,0% (81)
Leur résistance physique (épuisement profes.)	25,0% (45)	23,5% (31)	24,4% (76)
Un manque de reconnaissance à leur égard	25,6% (46)	24,2% (32)	25,0% (78)
Autres	3,3% ( 6)	4,5% ( 6)	3,8% (12)
NSP	0,0% ( 0)	1,5% ( 2)	0,6% ( 2)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (180)</b>	<b>100 % (132)</b>	<b>100% (312)</b>

**Q34 - Vos salariés expriment-ils des doutes quant à (en général) tous types d'entreprise confondus : avec le classement**

Doutes général	Nb. cit. rang 1	Fréq.	Nb. cit. rang 2	Fréq.	Nb. cit. rang 3	Fréq.	Nb. cit. rang 4	Fréq.	Nb. cit. rang 5	Fréq.	Nb. cit. somme	Fréq.
Non réponse	4	4,3%	0	0,0%	3	3,3%	15	16,3%	57	62,0%	4 (4,53)	4,3%
Leurs qualités professionnelles	2	2,2%	10	10,9%	10	10,9%	45	48,9%	6	6,5%	73 (3,59)	79,3%
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	25	27,2%	32	34,8%	24	26,1%	6	6,5%	0	0,0%	87 (2,13)	94,6%
Leur résistance physique (épuisement professionnel)	8	8,7%	19	20,7%	41	44,6%	13	14,1%	1	1,1%	82 (2,76)	89,1%
Un manque de reconnaissance à leur égard	50	54,3%	25	27,2%	9	9,8%	4	4,3%	0	0,0%	88 (1,63)	95,7%
Autres	3	3,3%	2	2,2%	1	1,1%	2	2,2%	6	6,5%	14 (3,43)	15,2%
TOTAL OBS.	92		92		92		92		92		92	

**Q34 Bis. Vos salariés expriment-ils des doutes quant à (entreprise) : avec classement**

Doutes entreprise	Nb. cit. rang 1	Fréq.	Nb. cit. rang 2	Fréq.	Nb. cit. rang 3	Fréq.	Nb. cit. rang 4	Fréq.	Nb. cit. rang 5	Fréq.	Nb. cit. somme	Fréq.
Non réponse	2	2,2%	9	9,8%	7	7,6%	15	16,3%	53	57,6%	2 (4,26)	2,2%
Leurs qualités professionnelles	3	3,3%	3	3,3%	15	16,3%	38	41,3%	2	2,2%	61 (3,54)	66,3%
Le fait de ne pas pouvoir gérer le temps	25	27,2%	35	38,0%	14	15,2%	7	7,6%	0	0,0%	81 (2,04)	88,0%
Leur résistance physique (épuisement professionnel)	21	22,8%	19	20,7%	27	29,3%	8	8,7%	1	1,1%	76 (2,33)	82,6%
Un manque de reconnaissance à leur égard	35	38,0%	24	26,1%	14	15,2%	4	4,3%	1	1,1%	78 (1,87)	84,8%
Autres	4	4,3%	0	0,0%	4	4,3%	2	2,2%	2	2,2%	12 (2,83)	13,0%
NSP	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2 (1,00)	2,2%
TOTAL OBS.	92		92		92		92		92		92	

La question est à 5 réponses multiples ordonnées.

Le tableau donne les effectifs pour chaque rang et pour la somme.

Le rang moyen de citation de chaque modalité est indiqué entre parenthèses dans l'avant-dernière colonne.

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 188,19$ ,  $ddl = 7$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (5 au maximum).

## ***LIBRES CONFIDENCES DES SALARIES***

### ***Enfants - scolarité, etc.***

**Q36. - Vos salariés vous parlent-ils parfois de leur vie privée : scolarité de leur enfants, relations familiales, projet immobilier, etc... ? (en général) tous types d'entreprise confondus :**

Parlent vie privée général/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Jamais	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
Rarement	0,0% ( 0)	4,8% ( 2)	2,2% ( 2)
Parfois	28,0% (14)	33,3% (14)	30,4% (28)
Assez souvent	50,0% (25)	50,0% (21)	50,0% (46)
Très souvent	20,0% (10)	11,9% ( 5)	16,3% (15)
NSP	2,0% ( 1)	0,0% ( 0)	1,1% ( 1)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (50)</b>	<b>100% (42)</b>	<b>100% (92)</b>

### ***... Pour les entreprises concernées***

**Q36. - bis. - Vos salariés vous parlent-ils parfois de leur vie privée : scolarité de leurs enfants, relations familiales, projet immobilier, etc... ? (selon le type de management) :**

Parlent vie privée entreprise/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Jamais	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
Rarement	8,0% ( 4)	4,8% ( 2)	6,5% ( 6)
Parfois	32,0% (16)	40,5% (17)	35,9% (33)
Assez souvent	40,0% (20)	45,2% (19)	42,4% (39)
Très souvent	20,0% (10)	9,5% ( 4)	15,2% (14)
NSP	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (50)</b>	<b>100% (42)</b>	<b>100% (92)</b>

**Q37. - La scolarité problématique de leurs enfants est-elle abordée ?**

**Quel groupe d'entreprise ?**

Scolarité problématique/ Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Jamais	66,7% ( 8)	33,3% ( 4)	100% (12)
Rarement	58,1% (18)	41,9% (13)	100% (31)
Parfois	45,5% (15)	54,5% (18)	100% (33)
Assez souvent	54,5% ( 6)	45,5% ( 5)	100% (11)
Très souvent	100% ( 1)	0,0% ( 0)	100% ( 1)
NSP	50,0% ( 2)	50,0% ( 2)	100% ( 4)
<b>TOTAL</b>	<b>54,3% (50)</b>	<b>45,7% (42)</b>	<b>100% (92)</b>

La dépendance n'est pas significative. chi2 = 2,83, ddl = 5, 1-p = 27,37%.

% de variance expliquée (V de Cramer) : 3,08%

### *Famille/couple*

#### **Q38. - Avez-vous eu connaissance des cas de violence domestique ?**

Quel groupe d'entreprise ?

Violence domestique/ Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Jamais	58,5% (24)	41,5% (17)	100% (41)
Rarement	52,8% (19)	47,2% (17)	100% (36)
Parfois	38,5% (5)	61,5% (8)	100% (13)
Assez souvent	100% (1)	0,0% (0)	100% (1)
Très souvent	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
NSP	100% (1)	0,0% (0)	100% (1)
<b>TOTAL</b>	<b>54,3% (50)</b>	<b>45,7% (42)</b>	<b>100% (92)</b>

#### **Q39. - Leurs relations familiales ou de couple sont-elles fréquemment décrites de manière :**

Famille/couple/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Très problématique	0,0% (0)	2,4% (1)	1,1% (1)
Plutôt problématique	20,0% (10)	21,4% (9)	20,7% (19)
Plutôt normale	46,0% (23)	35,7% (15)	41,3% (38)
Plutôt positive	6,0% (3)	19,0% (8)	12,0% (11)
Très positive	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
NSP	26,0% (13)	21,4% (9)	23,9% (22)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (49)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (91)</b>

### *Projet immobilier par Type d'entreprise*

**Q40. - Vous parlent-ils de leurs projets immobiliers ou de leurs difficultés en matière d'habitation ?**

Projet immobilier/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Jamais	16,0% (8)	11,9% (5)	14,1% (13)
Rarement	28,0% (14)	38,1% (16)	32,6% (30)
Parfois	28,0% (14)	38,1% (16)	32,6% (30)
Assez souvent	22,0% (11)	11,9% (5)	17,4% (16)
Très souvent	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
NSP	2,0% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
Non réponse	4,0% (2)	0,0% (0)	2,2% (2)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

### *Tabac*

**Q41. - Par rapport à l'exposition moyenne au tabac qu'on symbolisera par le chiffre 5 sur une échelle de 0 à 10, comment situerez-vous, sur cette échelle, la consommation des salariés de chacune des entreprises de l'échantillon ?**

Tabac / Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
0	0,0% (0)	2,4% (1)	1,1% (1)
1	4,0% (2)	7,1% (3)	5,4% (5)
2	8,0% (4)	2,4% (1)	5,4% (5)
3	12,0% (6)	16,7% (7)	14,1% (13)
4	12,0% (6)	11,9% (5)	12,0% (11)
5	26,0% (13)	33,3% (14)	29,3% (27)
6	10,0% (5)	7,1% (3)	8,7% (8)
7	20,0% (10)	11,9% (5)	16,3% (15)
8	2,0% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
9	2,0% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
10	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
NSP	4,0% (2)	7,1% (3)	5,4% (5)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

**Q42. - Pour la consommation de médicaments psychotropes ? Quel groupe d'entreprise ?**

Psychotropes/ Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
0	4,0% ( 2)	7,1% ( 3)	5,4% ( 5)
1	2,0% ( 1)	14,3% ( 6)	7,6% ( 7)
2	12,0% ( 6)	11,9% ( 5)	12,0% (11)
3	16,0% ( 8)	16,7% ( 7)	16,3% (15)
4	10,0% ( 5)	0,0% ( 0)	5,4% ( 5)
5	20,0% (10)	26,2% (11)	22,8% (21)
6	20,0% (10)	14,3% ( 6)	17,4% (16)
7	6,0% ( 3)	7,1% ( 3)	6,5% ( 6)
8	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
9	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
10	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
Non réponse	2,0% ( 1)	0,0% ( 0)	1,1% ( 1)
NSP	8,0% ( 4)	2,4% ( 1)	5,4% ( 5)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

**Q43. - Pour l'alcoolisme ou toxicomanie ? Quel groupe d'entreprise ?**

Alcool/Toxicomanie/ Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
0	14,0% ( 7)	19,0% ( 8)	16,3% (15)
1	16,0% ( 8)	14,3% ( 6)	15,2% (14)
2	18,0% ( 9)	7,1% ( 3)	13,0% (12)
3	12,0% ( 6)	11,9% ( 5)	12,0% (11)
4	8,0% ( 4)	7,1% ( 3)	7,6% ( 7)
5	18,0% ( 9)	21,4% ( 9)	19,6% (18)
6	6,0% ( 3)	7,1% ( 3)	6,5% ( 6)
7	0,0% ( 0)	4,8% ( 2)	2,2% ( 2)
8	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
9	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
10	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
NSP	8,0% ( 4)	4,8% ( 2)	6,5% ( 6)
Autres	0,0% ( 0)	2,4% ( 1)	1,1% ( 1)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (50)</b>	<b>100 % (42)</b>	<b>100 % (92)</b>

**Q44. - Vos salariés vous parlent-ils de leurs relations avec :**

<i>Relations avec :</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Non réponse	1	1,1%
Leur hiérarchie supérieure	86	93,5%
Les collègues	71	77,2%
Les subalternes	11	12,0%
Les clients (usagers, élèves, etc.)	11	12,0%
NSP	3	3,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>92</b>	

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 233,03$ ,  $ddl = 6$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

**Q45. - Lorsqu'ils vous parlent, c'est en termes plutôt négatifs ou positifs ?**

<i>Nature de la relation</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Non réponse	3	3,3%
Pour les supérieurs en termes négatifs	55	59,8%
Pour les supérieurs en termes positifs	21	22,8%
Pour les collègues en termes négatifs	22	23,9%
Pour les collègues en termes positifs	39	42,4%
Pour les subalternes en termes négatifs	13	14,1%
Pour les subalternes en termes positifs	14	15,2%
Pour les clients (usagers) en termes négatifs	7	7,6%
Pour les clients (usagers) en termes positifs	4	4,3%
Autres	22	23,9%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>92</b>	

**Q46. - Avez-vous remarqué de comportements d'agressivité ou de colère plus fréquents en général ?**

<i>Agressivité/colère général</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Non	54	58,7%
Oui	33	35,9%
NSP	4	4,3%
Non réponse	1	1,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 82,87$ ,  $ddl = 3$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

**Q46. - Bis Avez-vous remarqué de comportements d'agressivité ou de colère plus fréquents entreprise ?**

Agressivité/colère entreprise	Nb. cit.	Fréq.
Oui	26	28,3%
Non	64	69,6%
NSP	2	2,2%
TOTAL OBS.	92	100%

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 63,74$ ,  $ddl = 3$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

**Q 47. - Si oui, dans quelles circonstances ?**

rébellion contre la hiérarchie	3	12,0 %
sentiment d'inquiétude, fatalité	3	12,0 %
Dégénération des relations employeur-employés, salaire pas à la hauteur	1	4,0%
effet des 35 heures : sentiment d'exploitation	1	4,0%
en lien avec les clients	1	4,0%
Incivilité	1	4,0%
jalousie	1	4,0%
lié au climat social, aux actionnaires	1	4,0%
liées à l'organisation du travail, relatif au contrat du travail, horaires supplémentaires non payées	1	4,0%
lors de la réforme, il y a eu une remise en question du rôle du médecin du travail de la part de l'employeur	1	4,0%
Notation de poste, changement de cycle, relations personnelles	1	4,0%
pas d'écoute	1	4,0%
problème d'inaptitude, perte d'emploi	1	4,0%
problèmes d'ordre relationnel dans l'entreprise et ou collègue de travail	1	4,0%
quand il y a des problèmes hiérarchiques, problème de respect	1	4,0%
refus d'aménagement d'un poste, refus de congés, polyvalence imposée, avoir qu'un rôle exécuteur	1	4,0%
Refus de reconnaissance d'une erreur	1	4,0%
remboursement de client, influence sur les collègues,	1	4,0%
ressenti par rapport à la hiérarchie, doute de l'employeur sur la validité de la raison de l'arrêt maladie	1	4,0%
situation d'alcoolisme	1	4,0%
utilité de la visite de la médecine du travail	1	4,0%

Nombre de valeurs différentes : 21 'sentiment d'inquiétude, fatalité' est le plus cité : 3 observations. Il y a 67 non-réponses.

**Q48. - Avez-vous constaté des cas de souffrance au travail ou des cas de salariés qui se disent harcelés ? Général**

Cas de harcèlement général	Nb. cit.	Fréq.
Oui	87	94,6%
Non	3	3,3%
Non réponse	2	2,2%
TOTAL CIT.	92	100%

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 155,24$ ,  $ddl = 2$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

**Q49. - Est-ce qu'il y a eu au cours des 5 dernières années, un ou plusieurs cas de suicide ? (dans les entreprises enquêtées)**

Suicide	Nb Cit.	Fréq.
Oui	18	19.6%
Non	62	67.4%
NSP	11	12.0%
Non réponses	1	1.1%
Total obs.	92	100%

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 94,52$ ,  $ddl = 3$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

**QUESTION N° 50 SUICIDE AUTRE PRECISIONS**

Suicide autres précisions

Suicide (autre précisions : branche de l'entreprise)	Nb. cit.	Fréq.
Papeterie	1	1,1%
Suicides liés à l'alcool	1	1,1%
Fabrication des instruments de mesure	1	1,1%
Transport	2	2,2%
Agroalimentaire	6	6,5%
Non réponse	78	84,8%
TOTAL OBS.	92	

## ***DIFFERENCE***

**Q51. - Existe-t-il, à votre avis, entre les entreprises que vous avez rencontrées au cours de votre vie professionnelle, des différences de gestion du personnel ?**

Gestion personnel/différence/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Oui	98,0% (49)	100% (42)	98,9% (91)
Non	2,0% ( 1)	0,0% ( 0)	1,1% ( 1)
TOTAL	100% (50)	100% (42)	100% (92)

## ***PERCEPTION DE LA GESTION***

**Q52. - Dites-nous, parmi les qualificatifs suivants, celui dont la gestion de l'entreprise se rapproche le plus ?**

Qualificatifs/Gestion/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Très directif	24,0% (12)	2,4% ( 1)	14,1% (13)
Plutôt directif	32,0% (16)	31,0% (13)	31,5% (29)
Sans distinction	18,0% ( 9)	14,3% ( 6)	16,3% (15)
Plutôt ouvert	14,0% ( 7)	23,8% (10)	18,5% (17)
Assez participatif	18,0% ( 9)	26,2% (11)	21,7% (20)
Très participatif	2,0% ( 1)	4,8% ( 2)	3,3% ( 3)
NSP	0,0% ( 0)	2,4% ( 1)	1,1% ( 1)
TOTAL	100% (54)	100% (44)	100% (98)

## ***SANTE COMME MEDIATION SOCIALE***

**Q53. - Êtes-vous confronté à des situations où les salariés se saisissent de la santé comme instrument de médiation sociale (en général) ?**

Santé médiation sociale général/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Très souvent	4,0% ( 2)	0,0% ( 0)	2,2% ( 2)
Assez souvent	22,0% (11)	14,3% ( 6)	18,5% (17)
Souvent	4,0% ( 2)	19,0% ( 8)	10,9% (10)
Parfois	42,0% (21)	45,2% (19)	43,5% (40)
Rarement	18,0% ( 9)	16,7% ( 7)	17,4% (16)
Jamais	4,0% ( 2)	2,4% ( 1)	3,3% ( 3)
NSP	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)	0,0% ( 0)
Non réponse	6,0% ( 3)	2,4% ( 1)	4,3% ( 4)
TOTAL	100% (50)	100% (42)	100% (92)

**Q53 Bis. - Êtes-vous confronté à des situations où les salariés se saisissent de la santé comme instrument de médiation sociale (dans l'entreprise concernée) ?**

Santé médiation sociale entreprise/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Très souvent	2,0% ( 1)	2,4% ( 1)	2,2% ( 2)
Assez souvent	20,0% (10)	19,0% ( 8)	19,6% (18)
Souvent	6,0% ( 3)	7,1% ( 3)	6,5% ( 6)
Parfois	32,0% (16)	23,8% (10)	28,3% (26)
Rarement	20,0% (10)	23,8% (10)	21,7% (20)
Jamais	14,0% ( 7)	19,0% ( 8)	16,3% (15)
NSP	4,0% ( 2)	4,8% ( 2)	4,3% ( 4)
Non réponse	2,0% ( 1)	0,0% ( 0)	1,1% ( 1)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (50)</b>	<b>100% (42)</b>	<b>100% (92)</b>

**FREQUENCE DES SOLICITATIONS**

**Q54. - Si vous avez répondu entre "parfois et Très souvent" veuillez préciser en numérotant par ordre d'importance le (ou les) types d'entreprises où ces sollicitations sont les plus fréquentes :**

Fréquence des sollicitations/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Très directive	44,0% (22)	40,5% (17)	42,4% (39)
Plutôt directive	48,0% (24)	47,6% (20)	47,8% (44)
Sans distinction	44,0% (22)	38,1% (16)	41,3% (38)
Plutôt ouverte	40,0% (20)	38,1% (16)	39,1% (36)
Assez participative	38,0% (19)	31,0% (13)	34,8% (32)
Très participatif	36,0% (18)	31,0% (13)	33,7% (31)
Aucun lien	18,0% ( 9)	19,0% ( 8)	18,5% (17)
Non réponse	20,0% (10)	19,0% ( 8)	431,5% (18)
NSP	8,0% ( 4)	14,3% ( 6)	10,9% (10)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (148)</b>	<b>100% (117)</b>	<b>100% (265)</b>

## **PLAINE D'UN CLIMAT CONFLICTUEL**

**Q55. - Vos salariés se plaignent-ils d'un climat conflictuel ou délétère dans leur entreprise ?**

Plainte climat conflictuel/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Jamais	14,0% ( 7)	14,3% ( 6)	14,1% (13)
Rarement	18,0% ( 9)	35,7% (15)	26,1% (24)
Occasionnellement	32,0% (16)	26,2% (11)	29,3% (27)
Assez souvent	22,0% (11)	21,4% ( 9)	21,7% (20)
Très souvent	14,0% ( 7)	2,4% ( 1)	8,7% ( 8)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (50)</b>	<b>100% (42)</b>	<b>100% (92)</b>

**Q56. - Comment estimez-vous que se ventile la fréquence de ces plaintes selon le type de management ?**

Fréquences de plaintes	Très directif	Plutôt directif	Sans distinction	Plutôt ouverte au dialogue	Assez participative	Très participative
Jamais	1,10%	0,00%	0,00%	0,00%	2,20%	2,20%
Rarement	4,30%	4,30%	9,80%	37,00%	38,00%	40,20%
Occasionnellement	5,40%	15,20%	54,30%	30,40%	26,10%	16,30%
Assez souvent	34,80%	46,70%	8,70%	7,60%	5,40%	3,30%
Très souvent	34,80%	7,60%	1,10%	0,00%	1,10%	1,10%
Non répons	12,00%	18,50%	17,40%	16,30%	18,50%	20,70%
NSP	7,60%	7,60%	8,70%	8,70%	8,70%	16,30%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

La dépendance est très significative. chi2 = 331,45, ddl = 30, 1-p = >99,99%.

### *Pathologies constatées par Type d'entreprise*

**Q57. - Parmi ces salariés, avez-vous constaté, par ordre de priorité :**

Pathologies constatées/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Dépression	76,0% (38)	73,8% (31)	75,0% (69)
Anxiété	82,0% (41)	90,5% (38)	85,9% (79)
Burn out	50,0% (25)	45,2% (19)	47,8% (44)
Troubles du sommeil	84,0% (42)	85,7% (36)	84,8% (78)
Non réponse	2,0% (1)	0,0% (0)	97,8% (1)
Aucune	8,0% (4)	9,5% (4)	8,7% (8)
<b>TOTAL</b>	<b>100 % (151)</b>	<b>100 % (128)</b>	<b>100 % (279)</b>

**Q58. - D'une manière générale, devant quelles situations pathologiques établissez-vous une corrélation au contenu du travail ou à son organisation ?**

Corrélations et pathologies	Nb. cit. (rang 1)	Fréq.	Nb. cit. (rang 2)	Fréq.	Nb. cit. (rang 3)	Fréq.	Nb. cit. (somme)	Fréq.
Troubles du sommeil	43	<b>46,7%</b>	4	4,3%	6	6,6%	53 (1,30)	19,3%
TMS	38	41,3%	30	<b>32,6%</b>	5	5,5%	73 (1,55)	<b>26,5%</b>
Lombalgie	4	4,3%	28	<b>30,4%</b>	14	15,4%	46 (2,22)	16,7%
Réaction allergique	1	1,1%	2	<b>2,2%</b>	2	<b>2,2%</b>	5 (2,20)	<b>1,8%</b>
Syndrome d'anxiété et angoisse	4	4,3%	21	22,8%	30	<b>33,0%</b>	55 (2,47)	20,0%
Maladies cardio-vasculaires	0	0,0%	0	<b>0,0%</b>	2	<b>2,2%</b>	2 (3,00)	<b>0,7%</b>
Syndrome dépres. et dépression	0	0,0%	3	3,3%	18	<b>19,8%</b>	21 (2,86)	7,6%
Maladies psychosomatiques	2	2,2%	4	4,3%	14	15,4%	20 (2,60)	7,3%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>92</b>		<b>92</b>		<b>91</b>		<b>275</b>	<b>100%</b>

La question est à 3 réponses multiples ordonnées.

Le tableau donne les effectifs pour chaque rang et pour la somme.

Le rang moyen de citation de chaque modalité est indiqué entre parenthèses dans l'avant-dernière colonne.

La différence avec la répartition de référence est très significative.  $\chi^2 = 136,61$ ,  $df = 8$ ,  $1-p = >99,99\%$ .

Le  $\chi^2$  est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

Le tableau est construit sur 92 observations.

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de citations.

**Q59. - Observez-vous plus souvent qu'il y a une dizaine d'années, des pathologies de type :**

<i>Types de pathologies</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Surcharge pondérale	60	65,2%
Autres	51	55,4%
Troubles digestifs	40	43,5%
Eczéma	37	40,2%
Asthme	31	33,7%
Migraine	23	25,0%
Psoriasis	20	21,7%
Maladie inflammatoire de l'intestin	18	19,6%
Non réponse	4	4,3%
Crise d'urticaire	3	3,3%
Acné	3	3,3%
Règles douloureuses	2	2,2%
Perte de cheveux	1	1,1%
Ulcère de l'estomac	0	0,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>92</b>	

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 252,81, ddl = 14, 1-p = >99,99%.

**Q60. - Si autres pathologies précisez**

<i>Autres pathologies depuis 10 ans</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Cancers	2	1,8%
Pathologies thyroïdiennes	3	2,7%
Anxiété et dépression	17	15,5%
TMS	14	12,7%
Problèmes lombaires	3	2,7%
Psychopathologies	6	5,5%
Stress, souffrance au travail	5	4,5%
Allergies, Fibromyalgies, tachycardie hypertension	10	9,1%
Troubles du sommeil	6	5,5%
Non réponse	41	37,3%
Autres	3	2,7%
<b>TOTAL CIT.</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

La différence avec la répartition de référence est très significative. chi2 = 129,40, ddl = 11, 1-p = >99,99%.

Le chi2 est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

Le tableau est construit sur 92 observations.

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de citations.

### *Fréquence Stress par Type d'entreprise*

**Q61. - Les cas de psychopathologies ou de souffrance au travail sont-ils fréquents dans cette entreprise de l'échantillon ?**

Fréquence Stress/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative
<b>Fréquents, dont</b>		
Très fréquents	<b>36 %</b>	10 %
Plutôt fréquents		26 %
<b>Occasionnels dont</b>		
Peu fréquents	<b>60 %</b>	34 %
Plutôt rare		20 %
Très rare		6 %
Autres	2 %	0 %
Non réponse	2 %	0 %
Total	100 %	100 %
		100 %
		100 %

### ***GESTION DU PERSONNEL ET PSYCHOPATHOLOGIES***

**Q62. - Si vous exercez dans plusieurs entreprises pouvez-vous établir un lien entre les psychopathologies et le type de gestion du personnel ?**

Gestion du personnel/ Psychopathologies/ Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Oui	60,0% (30)	71,4% (30)	65,2% (60)
Non	0,0% ( 0)	2,4% ( 1)	1,1% ( 1)
Non réponse	40,0% (20)	26,2% (11)	33,7% (31)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (50)</b>	<b>100% (42)</b>	<b>100% (92)</b>

**Q63. – Si Oui à quel niveau psycho-pathogène situeriez-vous, sur une échelle de 0 à 10, les types de gestion du personnel suivant :**

Type d'entreprise : Niveau psychopathogénique	Très directive et autoritaire	Plutôt directive et autoritaire	Sans distinction particulière	Plutôt Ouverte au dialogue	Assez participative concertation	Très participative coopérative
0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,70%	<b>7,40%</b>
1	0,00%	0,00%	0,00%	1,20%	2,40%	<b>25,90%</b>
2	0,00%	0,00%	3,80%	20,70%	<b>30,50%</b>	16,00%
3	<b>0,00%</b>	0,00%	8,90%	25,60%	29,30%	25,90%
4	0,00%	9,80%	15,20%	26,80%	20,70%	9,90%
5	7,20%	6,10%	<b>46,80%</b>	17,10%	11,00%	9,90%
6	2,40%	15,90%	16,50%	7,30%	1,20%	3,70%
7	15,70%	<b>32,90%</b>	5,10%	1,20%	0,00%	1,20%
8	<b>30,10%</b>	<b>26,80%</b>	3,80%	0,00%	1,20%	0,00%
9	<b>20,50%</b>	8,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
10	<b>24,10%</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

.Résultats sur la base des seules réponses **exprimées** :

La dépendance est très significative. chi2 = 623,51, ddl = 50, 1-p = >99,99%. Les cases encadrées en bleu sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.

### **CSP OU CLIMAT SOCIAL ?**

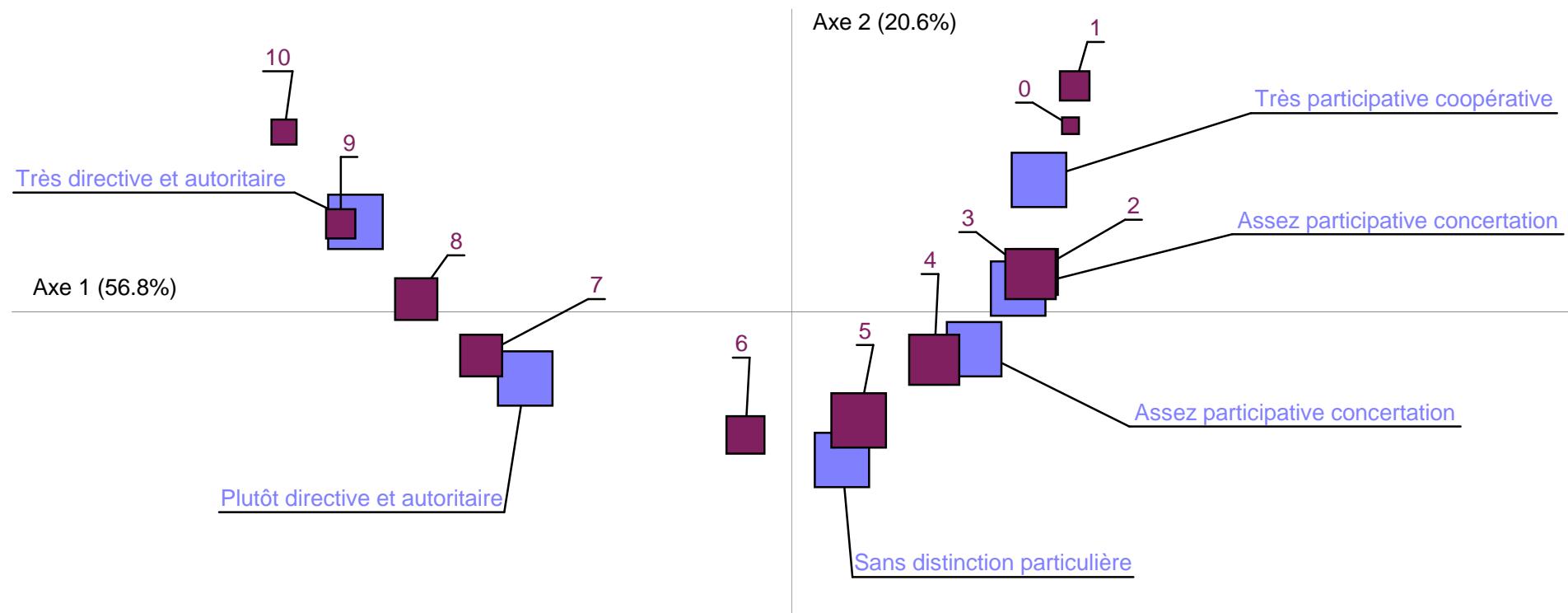
**Q64. - Si vous deviez choisir, diriez-vous que les constats de la psychopathologie ou de souffrance au travail, vous apparaissent davantage fonction de la CSP ou fonction du climat social régnant dans l'entreprise ?**

CSP ou Climat social/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Catégorie socioprofessionnelle	4,0% ( 2)	0,0% ( 0)	2,2% ( 2)
Climat social	64,0% (32)	66,7% (28)	65,2% (60)
Les deux	28,0% (14)	26,2% (11)	27,2% (25)
Non réponse	2,0% ( 1)	0,0% ( 0)	1,1% ( 1)
Autres	10,0% ( 5)	19,0% ( 8)	14,1% (13)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (54)</b>	<b>100% (47)</b>	<b>100% (101)</b>

**Q 66. - A catégorie socioprofessionnelle équivalente, le climat social de l'entreprise vous paraît-il influencer les constats de psychopathologies ?**

Influence le climat/psychopatho	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
Oui	85	92,4%
Non	2	2,2%
NSP	3	3,3%
Non réponse	2	2,2%
TOTAL OBS.	92	100%

Carte factorielle de la question n° 63. "Si OUI, à quel niveau psychopathogénique situez-vous, sur une échelle de 0 à 10, chacun de ces types de gestion du personnel ?" *Entreprises très directives et plutôt directives*



On observe que l'axe 1 sépare nettement la gestion très directive et autoritaire de la gestion plutôt ouverte au dialogue.

## ***INFLUENCE DU CLIMAT SOCIAL***

**Q67. - Si OUI, veuillez indiquer pour chaque type d'entreprise la catégorie socioprofessionnelle correspondant au plus fort degré de psychopathologie**

	Ouvrier	Employé	Cadres moyens	Cadres supérieurs	TOTAL
Très directive et autoritaire	26,7%	27,2%	25,1%	21,0%	100%
Plutôt directive et peu de dialogue social	30,1%	25,8%	32,3%	11,8%	100%
Sans distinction particulière	21,1%	52,6%	18,4%	7,9%	100%
Plutôt ouverte au dialogue social	16,7%	13,9%	38,9%	30,6%	100%
Assez participatif et concertation	13,3%	30,0%	40,0%	16,7%	100%
Très participatif	14,3%	21,4%	39,3%	25,0%	100%
Ensemble	24,3%	27,9%	29,3%	18,6%	100%

La dépendance **est très significative**.  $\chi^2 = 31,88$ ,  $ddl = 15$ ,  $1-p = 99,33\%$ .

Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.

### **Une autre représentation de la question N° 67**

Pour réaliser un graphique, on part d'un tableau de citations.

CSP / Psychopathologie : <i>Gestion</i>	Ouvrier	Employé	Cadres moyens	Cadres supérieurs	TOTAL
Très directive et autoritaire	12,4%	12,6%	11,7%	9,8%	46,4%
Plutôt directive et peu de dialogue social	6,7%	5,7%	7,1%	2,6%	22,1%
Sans distinction particulière	1,9%	4,8%	1,7%	0,7%	9,0%
Plutôt ouverte au dialogue social	1,4%	1,2%	3,3%	2,6%	8,6%
Assez participatif et concertation	1,0%	2,1%	2,9%	1,2%	7,1%
Très participatif	1,0%	1,4%	2,6%	1,7%	6,7%
Ensemble	24,3%	27,9%	29,3%	18,6%	100 %

### Tableau de citations

CSP / Psychopathologie : <i>Gestion</i>	Ouvrier	Employé	Cadres moyens	Cadres supérieurs	TOTAL
Très directive et autoritaire	52	53	49	41	195
Plutôt directive et peu de dialogue social	28	24	30	11	93
Sans distinction particulière	8	20	7	3	38
Plutôt ouverte au dialogue social	6	5	14	11	36
Assez participatif et concertation	4	9	12	5	30
Très participatif	4	6	11	7	28
Ensemble	102	117	123	78	420

La dépendance est très significative.  $\chi^2 = 31,88$ ,  $ddl = 15$ ,  $1-p = 99,33\%$ .

Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique

### **Q68. - Comment estimez-vous que votre activité est perçue par les salariés ?**

Activité perçue par les salariés	Nb. cit.	Fréq.
Très favorablement	3	3,3%
Favorablement	77	83,7%
Plutôt pas favorable	4	4,3%
Pas du tout favorablement	0	0,0%
Non réponse	1	1,1%
NSP	7	7,6%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

### **Q69. - Comment vous estimez que votre activité est perçue par les employeurs ?**

Activité perçue employeur/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Elle est perçue favorablement	18,0% ( 9)	9,5% ( 4)	14,1% (13)
Elle est perçue de manière normale	48,0% (24)	78,6% (33)	62,0% (57)
Elle est perçue de manière plutôt défavorable	<b>24,0% (12)</b>	4,8% ( 2)	15,2% (14)
Elle est perçue totalement défavorable	6,0% ( 3)	2,4% ( 1)	4,3% ( 4)
NSP	2,0% ( 1)	4,8% ( 2)	3,3% ( 3)
Non réponse	2,0% ( 1)	0,0% ( 0)	1,1% ( 1)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (50)</b>	<b>100% (42)</b>	<b>100% (92)</b>

## Age des médecins

**Q72. - Quelle est votre tranche d'âge ?**

Age	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	1,1%
Moins de 35 ans	3	3,3%
De 35 à 45 ans	19	20,7%
De 46 à 60 ans	64	69,6%
Plus de 60 ans	5	5,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

## SEXE DES MEDECINS PAR TYPE D'ENTREPRISE

**Q. 73 Quel est votre sexe ?**

Sexe/Type d'entreprise	Autoritaire gestion patriarcale	Gestion Managériale participative	TOTAL
Homme	40,0% (20)	45,2% (19)	42,4% (39)
Femme	60,0% (30)	54,8% (23)	57,6% (53)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (50)</b>	<b>100% (42)</b>	<b>100% (92)</b>

\*  
\* \*

## Annexe n°7

DONNEES SANTE SUR LES ENTREPRISES DE L'ECHANTILLON

### *Résultats de l'enquête statistique CRAM*

#### **RESULTATS GLOBAUX : Toutes BRANCHES CONFONDUES**

*SUR LA BASE DES EFFECTIFS BRUTS DE L'ECHANTILLON (BRANCHES NON PONDÉRÉES)*

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	4.62	3.05	<b>1.57</b>	4.73	3.44	<b>1.29</b>	6.22	4.10	<b>2.12</b>	<b>1.66 j</b>
Accidents du Travail	7.23%	5.54%	<b>1.69%</b>	6.95%	5.81%	<b>1.14%</b>	6.35%	5.52%	<b>1.66%</b>	<b>1.50%</b>
Maladies Professionnelles	1.66%	0.90%	<b>0.76%</b>	2.14%	0.77%	<b>1.37%</b>	2.40%	1.12%	<b>1.28%</b>	<b>1,14%</b>
Accidents mortels	0.01%	0.00%	<b>0.01%</b>	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	<b>ε</b>

## RESULTATS : INDUSTRIE ALIMENTAIRE

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	9.67	6.31	<b>3.36</b>	9.05	7.48	<b>1.57</b>	13.48	9.03	<b>4.45</b>	<b>3.13 j</b>
Accidents du Travail	11.73%	11.25%	<b>0.48%</b>	10.81%	11.91%	<b>-1.1%</b>	10.04%	11.80%	-	<b>- 0,78%</b>
Maladies Professionnelles	4.32%	2.35%	<b>1.97%</b>	5.28%	1.19%	<b>4.09%</b>	6.28%	2.71%	<b>3.57%</b>	<b>3,21%</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : TRANSPORTS

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	4.88	1.76	<b>3.16</b>	6.48	1.65	<b>4.83</b>	6.36	1.77	<b>4.59</b>	<b>4,19 j</b>
Accidents du Travail	13.24%	0.25%	<b>12.99%</b>	15.05%	0.36%	<b>14,69 %</b>	13.62%	0.12%	<b>13.50 %</b>	<b>13,73%</b>
Maladies Professionnelles	0.00%	0.13%	<b>- 0.13%</b>	0.17%	0.00%	<b>0.17%</b>	0.34%	0.24%	<b>0.10%</b>	<b>0,05%</b>
Accidents mortels	0.075%	0.00%	<b>0.075%</b>	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	<b>0,03%</b>

## RESULTATS : FABRICATION MACHINES & GROS EQUIPEMENTS

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	5.37	2.61	<b>2.76</b>	7.86	3.07	<b>4.79</b>	6.59	3.71	<b>2.88</b>	<b>3,48 J</b>
Accidents du Travail	20.00%	9.71%	<b>10.29%</b>	18.91%	6.48%	<b>12.43 %</b>	16.04%	4.77%	<b>11.27 %</b>	<b>11,33%</b>
Maladies Professionnelles	1.20%	0.62%	<b>0.58%</b>	1.37%	1.32%	<b>0.05</b>	0.71%	0.40%	<b>0.31%</b>	<b>0,31%</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : FABRICATION INSTRUMENTS DE PRECISION, RADIO, ELECTRONIQUE, MATERIEL MEDICAL

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	2.34	0.90	<b>1.44</b>	2.29	1.01	<b>1.28</b>	1.93	1.21	<b>0.72</b>	<b>1,15 J</b>
Accidents du Travail	2.83%	2.64%	<b>0.19%</b>	2.18%	2.46%	- <b>0.28%</b>	2.32%	1.85%	<b>0.47%</b>	<b>0,13%</b>
Maladies Professionnelles	0.69%	0.67%	<b>0.02%</b>	0.86%	0.75%	<b>0.11%</b>	0.34%	0.44%	- <b>0.10%</b>	<b>ε</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : INDUSTRIE AUTOMOBILE & AUTRE MATERIEL DE TRANSPORT

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	5.6	0.57	<b>5.03</b>	5.79	1.47	<b>4.32</b>	4.75	0.18	<b>4.57</b>	<b>4,64 J</b>
Accidents du Travail	10.50%	2.87%	<b>7.63%</b>	14.43%	4.81%	<b>9.62%</b>	11.85%	3.86%	<b>7.99%</b>	<b>8,41%</b>
Maladies Professionnelles	0.72%	0.00%	<b>0.72%</b>	2.35%	1.44%	<b>0.91%</b>	1.39%	0.00%	<b>1.39%</b>	-
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : CONSTRUCTION ET BATIMENT

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : <i>Indicateurs santé</i>	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	5.28	2.88	<b>2.40</b>	7.68	1.52	<b>6.16</b>	7.07	1.19	<b>5.88</b>	<b>4,81 J</b>
Accidents du Travail	7.14%	3.33%	<b>3.81%</b>	1.75%	4.35%	- <b>2.26%</b>	0.00%	2.15%	- <b>2.15%</b>	- <b>0,2%</b>
Maladies Professionnelles	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : COMMERCE DE GROS

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	0.51	2.47	<b>-1.96</b>	5.39	2.44	<b>2.95</b>	1.45	3.18	<b>-1.73</b>	<b>-0,74 J</b>
Accidents du Travail	2.86%	5.52%	<b>-2.66%</b>	7.58%	5.87%	<b>1.71%</b>	6.25%	5.89%	<b>0.36%</b>	<b>-0,59%</b>
Maladies Professionnelles	0.00%	0.00%	-	1.52%	0.31%	<b>1.21%</b>	0.00%	0.41%	-	<b>0,69%</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : COMMERCE DE DETAIL & GRANDES SURFACES

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	2.89	3.15	<b>- 0.26</b>	4.01	3.24	<b>0.77</b>	3.63	5.26	<b>- 1.63</b>	<b>- 1,12 J</b>
Accidents du Travail	6.64%	5.65%	<b>0.99%</b>	6.59%	4.67%	<b>1.92%</b>	5.62%	8.05%	<b>- 2.43%</b>	<b>0,48%</b>
Maladies professionnelles	1.53%	0.76%	<b>0.77%</b>	1.42%	0.33%	<b>1.09%</b>	0.61%	1.71%	<b>- 1.1%</b>	<b>0,25%</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	<b>-</b>	0.00%	0.00%	<b>-</b>	0.00%	0.00%	<b>-</b>	<b>-</b>

## RESULTATS : TRAVAIL DU BOIS & CARTON

Années	2001			2002			2003			Sur la période	
	Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	3.56	2.9	<b>0.66</b>	2.53	4.33	<b>- 1.8</b>	3.49	6.21	<b>- 2.72</b>	<b>- 3,86 J</b>	
Accidents du Travail	14.37%	2.31%	<b>12.06%</b>	10.98%	2.78%	<b>8.2%</b>	7.94%	1.62%	<b>6.32%</b>	<b>8,86%</b>	
Maladies Professionnelles	0.00%	0.46%	<b>- 0.46%</b>	1.48%	1.16%	<b>0.32%</b>	0.59%	1.39%	<b>- 0.8%</b>	<b>- 0.94%</b>	
Accidents mortels	0.00%	0.00%	<b>-</b>	0.00%	0.00%	<b>-</b>	0.00%	0.00%	<b>-</b>	<b>-</b>	

## RESULTATS : TEXTILES

Années	2001			2002			2003			Sur la période
	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	
Type d'entreprise : Indicateurs santé										
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	3.63	3.75	<b>- 0.12</b>	4.25	2.79	<b>1.46</b>	3.57	4.91	<b>-1.34</b>	<b>0.00</b>
Accidents du Travail	3.68%	3.48%	<b>0.20%</b>	3.42%	3.68	<b>- 0.26%</b>	2.61%	3.10%	<b>- 0.49%</b>	<b>- 0.14%</b>
Maladies Professionnelles	0.54%	0.83%	<b>- 0.29%</b>	1.31%	0.84	<b>0.26%</b>	1.41%	1.09%	<b>0.32%</b>	<b>0.10%</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : INDUSTRIE CHIMIQUE

Années	2001			2002			2003			Sur la période écart moyen
	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	
Type d'entreprise : Indicateurs santé										
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	0.15	1.18	<b>- 1.03</b>	0.66	1.65	<b>-1.05</b>	0.30	0.80	<b>- 0.5</b>	<b>- 0.86 j</b>
Accidents du Travail	0.54%	2.14%	<b>- 2.21%</b>	2.51%	1.86%	<b>0.65%</b>	4.04%	2.22%	<b>1.82%</b>	<b>0 .09%</b>
Maladies Professionnelles	0.54%	0.00%	<b>0.54%</b>	0.00%	0.00%	<b>0.00%</b>	0.45%	0.00%	<b>0.45%</b>	<b>0.35%</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : INDUSTRIE DU CAOUTCHOUC & PLASTIQUE

Années	2001			2002			2003			Sur la période
	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	
Type d'entreprise : Indicateurs santé										
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	0.35	2.97	<b>- 2.62</b>	0.52	3.64	<b>-3.12</b>	1.13	4.72	<b>-3.59</b>	<b>-3.11 j</b>
Accidents du Travail	0.95%	5.12%	<b>- 4.17%</b>	0.86%	9.86%	<b>- 9%</b>	1.05%	7.28%	<b>- 6.23%</b>	<b>-6.47%</b>
Maladies Professionnelles	0.17%	0.58%	<b>- 0.41%</b>	0.37%	1.44%	<b>- 1.07%</b>	0.55%	1.15%	<b>- 0.6%</b>	<b>-0.69%</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : FINANCES & CO

Années	2001			2002			2003			Sur la période écart moyen
	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	
Type d'entreprise : Indicateurs santé										
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	0.22	0.11	<b>0.11</b>	0.43	0.31	<b>0.12</b>	0.61	0.26	<b>0.35</b>	<b>0.19</b>
Accidents du Travail	0.70%	0.11%	<b>0.59%</b>	0.85%	0.28%	<b>0.57%</b>	0.62%	0.17%	<b>0.35%</b>	<b>0.50%</b>
Maladies Professionnelles	0.00%	0.06%	<b>- 0.06%</b>	0.00%	0.06%	<b>- 0.06%</b>	0.00%	0.06%	<b>- 0.06%</b>	<b>- 0.06%</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : CONSEIL, SERVICES, IMMOBILIER & ADMINISTRATION

Années	2001			2002			2003			Sur la période
Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire )	Managériale (dialogue)	écart	écart moyen
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	1.44	0.00	<b>1.44</b>	1.74	0.01	<b>1.73</b>	6.09	1.45	<b>4.64</b>	<b>2.60 j</b>
Accidents du Travail	15.87%	0.00%	<b>15.87</b>	11.11%	0.62%	<b>10.49 %</b>	10.61%	0.49%	<b>4.12%</b>	<b>10.10%</b>
Maladies Professionnelles	0.00%	0.00%	<b>0.00 %</b>	0.00%	0.00%	<b>0.00%</b>	0.00%	0.49%	<b>1.03%</b>	<b>0.34%</b>
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-

## RESULTATS : IMPRIMERIE

Années	2001			2002			2003			Sur la période	
	Type d'entreprise : Indicateurs santé	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	Patriarcale (autoritaire)	Managériale (dialogue)	écart	
Arrêts maladie : Nb de jours m par salarié	7.37	0.37	<b>7.00</b>	4.14	0.00	<b>4.14</b>	1.69	0.00	<b>1.69</b>	<b>4.28 j</b>	
Accidents du Travail	5.06%	2.44%	<b>2.62%</b>	9.41%	0.00%	<b>9.41%</b>	4.12%	0.00%	<b>4.12%</b>	<b>5.38%</b>	
Maladies Professionnelles	0.00%	0.00	<b>0.00%</b>	0.00%	0.00%	<b>0.00%</b>	1.03%	0.00%	<b>1.03%</b>	<b>0.34%</b>	
Accidents mortels	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	0.00%	0.00%	-	-	

## DONNEES SANTE SUR LES ENTREPRISES DE L'ECHANTILLON

*Résultats de l'enquête statistique CRAM (suite)***En données brutes (effectifs réels)**

Année 2001

<b>Entreprises de l'échantillon par branche</b>					
Industrie alimentaire					
Industrie textile et habillement					
Travail du bois & carton					
Imprimerie					
Industrie chimique					
Industrie du caoutchouc & Plastiques					
Métallurgie & Travail des métaux					
Fabrication de machines & Gros équipements					
Fabrica. d'équipements de précision, radio, électro., médical					
Industrie automobile & autres matériels de transport					
Construction & Bâtiment					
Commerce de gros					
Commerce de détail & Grandes surfaces					
Transports					
Finances & Banques					
Conseils, Services, Immobilier, Administration					
<b>TOTAL</b>					

<b>LISTE A 2001</b>					
<b>Effectifs salariés</b>	<b>Arrêts</b>	<b>A.T</b>	<b>M.P</b>	<b>Acc. Mortels</b>	
5 156	49 868	604	223	0	
927	3 369	34	5	0	
341	1 214	49	0	0	
79	582	4	0	0	
184	28	1	1	0	
2 415	848	23	4	0	
354	578	21	1	0	
415	2 228	83	5	0	
1 590	3 717	45	11	0	
277	1 552	29	2	0	
56	295	4	0	0	
70	36	2	0	0	
783	2 210	52	12	0	
1 337	6 531	177	0	1	
1 895	421	13	0	0	
63	91	10	0	0	
15 942	73 568	1 151	264	1	

<b>LISTE B 2001</b>					
<b>effectifs salariés</b>	<b>Arrêts</b>	<b>A.T</b>	<b>M.P</b>	<b>Acc. Mortels</b>	
3 530	22 293	397	83	0	
604	2 266	21	5	0	
432	1 255	10	2	0	
41	15	1	0	0	
280	331	6	0	0	
1 036	3 076	53	6	0	
525	2 720	36	4	0	
968	2 530	94	6	0	
1 932	1 752	51	13	0	
244	140	7	0	0	
90	259	3	0	0	
960	2 372	53	0	0	
655	2 064	37	5	0	
792	1 391	2	1	0	
1 748	196	2	1	0	
125	0	0	0	0	
13 962	42 660	773	126	0	

**En données brutes (*effectifs réels*)**

Année 2002

<b>Entreprises de l'échantillon par branche</b>					
Industrie alimentaire					
Industrie textile et habillement					
Travail du bois & carton					
Imprimerie					
Industrie chimique					
Industrie du caoutchouc & Plastiques					
Métallurgie & Travail des métaux					
Fabrication de machines & Gros équipements					
Fabrica. d'équipements de précision, radio, électro., médical					
Industrie automobile & autres matériels de transport					
Construction & Bâtiment					
Commerce de gros					
Commerce de détail & Grandes surfaces					
Transports					
Finances & Banques					
Conseils, Services, Immobilier, Administration					
<b>TOTAL</b>					

**LISTE A 2002****LISTE B 2002**

<b>Effectifs salariés</b>	<b>Arrêts</b>	<b>A.T</b>	<b>M.P</b>	<b>Acc. Mortels</b>
5 282	47 776	571	279	0
995	4 232	34	13	0
337	851	37	5	0
85	353	8	0	0
199	132	5	0	0
2 453	1 268	21	9	0
353	835	30	1	0
439	3 451	83	6	0
1 513	3 472	33	13	0
298	1 726	43	7	0
57	438	1	0	0
66	356	5	1	0
774	3 106	51	11	0
1 203	7 793	181	2	0
2 113	901	18	0	0
54	94	6	0	0
16 221	76 784	1127	347	0

<b>effectifs salariés</b>	<b>Arrêts</b>	<b>A.T</b>	<b>M.P</b>	<b>Acc. Mortels</b>
3 351	25 049	399	40	0
597	1 664	22	5	0
432	1 869	12	5	0
42	0	0	0	0
269	445	5	0	0
1 109	4 037	109	16	0
508	2 928	39	4	0
987	3 034	64	13	0
1 872	1 884	46	14	0
208	306	10	3	0
92	140	4	0	0
954	2 329	56	3	0
600	1 941	28	2	0
831	1 371	3	0	0
1 809	556	5	1	0
162	2	1	0	0
13 823	47 555	803	106	0

**En données brutes (*effectifs réels*)**

Année 2003

<b>Entreprises de l'échantillon par branche</b>					
Industrie alimentaire					
Industrie textile et habillement					
Travail du bois & carton					
Imprimerie					
Industrie chimique					
Industrie du caoutchouc & Plastiques					
Métallurgie & Travail des métaux					
Fabrication de machines & Gros équipements					
Fabrica. d'équipements de précision, radio, électro., médical					
Industrie automobile & autres matériels de transport					
Construction & Bâtiment					
Commerce de gros					
Commerce de détail & Grandes surfaces					
Transports					
Finances & Banques					
Conseils, Services, Immobilier, Administration					
<b>TOTAL</b>					

**LISTE A 2003**

<b>Effectifs salariés</b>	<b>Arrêts</b>	<b>A.T</b>	<b>M.P</b>	<b>Acc. Mortels</b>
5 317	71 698	534	334	0
995	3 557	26	14	0
340	1 188	27	2	0
97	164	4	1	0
223	67	9	1	0
2 381	2 698	25	13	0
355	1 588	35	3	0
424	2 796	68	3	0
1 466	2 831	34	5	0
287	1 362	34	4	0
56	396	0	0	0
64	93	4	0	0
819	2 968	46	5	0
1 182	7 513	161	4	0
2 108	1 275	13	0	0
66	402	7	0	0
16 180	100 596	1 027	389	0

**LISTE B 2003**

<b>effectifs salariés</b>	<b>Arrêts</b>	<b>A.T</b>	<b>M.P</b>	<b>Acc. Mortels</b>
3 357	30 300	396	91	0
548	2 691	17	6	0
431	2 677	7	6	0
42	0	0	0	0
270	217	6	0	0
1 126	5 315	82	13	0
503	1 865	24	2	0
1 024	3 549	86	13	0
2 057	2 482	38	9	0
207	38	8	0	0
93	111	2	0	0
985	3 128	58	4	0
584	3 074	47	10	0
830	1 470	1	2	0
1 792	470	3	1	0
202	292	1	1	0
14 051	57 679	776	158	0

## BIBLIOGRAPHIE

## BIBLIOGRAPHIE

Adhelme, *Patrologia Latina*, PL 89.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, « *Research on Work-related Stress* », Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E., 2000, ISBN 92-828-9255-7, peut être commandé à l'Office des publications des Communautés européennes EUR-OP, à Luxembourg ou auprès de ses agents de vente. Disponible en anglais sur le site Web de l'agence européenne.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS*, n° 8, 22, 30, 31, 32,...

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *Travailler sans stress !*, magazine n°5, 2002, 29 p.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS*, n° 22, *Stress au travail*, ISSN 1681 – 2131, 2002.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS* n° 32, *Problèmes psychosociaux et stress au travail, résumé d'un rapport de l'agence*, n°32, ISSN 1681-2131, 2002.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS* n° 31, *Conseils pratiques travailleurs pour maîtriser le stress lié au travail et ses causes*, n°31, ISSN 1681-2131, 2002.

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL, *FACTS* n° 8, *Stress au travail, résumé d'un rapport de l'Agence*. TE - 42 -02-844-FR-D, 2002.

AGIUS C., ROSSIGNOL François, « Prévention du risque de licenciement pour inaptitude. Rôle du médecin traitant pour favoriser le maintien dans l'emploi des salariés présentant des restrictions progressives d'aptitude », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 1997, 1, p.1-6

AÏCH Philippe, CEBE Dominique, *Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socioculturels et méthodologiques de différenciation*, Paris, INSERM, 1991, 110 p.

ALLIEZ J., HUBER J. P., « L'acédie ou le déprimé entre le péché et la maladie », *Annales Medico Psychologiques*, 45, 5, 1987, p. 393-408.

ALLVIN Michaël, ARONSSON Gunnar, et Al., *Gränslöts arbete eller arbetets nya gränser. Arbeta och Hälsa*, Stockholm : Arbetslivsinstitutet, 21, 1998.

APPAY Béatrice, THEBAUD-MONY Annie, *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO, 1997, 579 p.

APPELBAUM E., *The Impact of New Forms of Work Organization on Workers*, Economic Policy Institute, 1997.

ASKENAZY Philippe, *Le désordre au travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil, 2004, 95 p.

ASKENAZY Philippe, *Les désordres du travail, enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil, coll. La république des idées, 2004, 96 p.

ASKENAZY P., CAROLI Eve, MARCUS Vincent, « New organizational practices and working conditions : evidence from France in the 1990's », *Recherches économiques de Louvain-Louvain Economic Review*, n° 68 (1-2), 2002, p.91-110.

ASKENAZY P., CAROLI E. et MARCUS V., « Organizational innovations and working. Conditions : an empirical approach », *Recherches économiques de Louvain, Economic review*, Vol. 68, 2002, p. 1-2.

ASSOCIATION DE SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, Syros, 1998, 400 p.

ATKINSON J., « Manpower strategies for flexible organisation », *Personnel management*, august, 1985, p. 28-31.

- ATKINSON P., HEALT C., *Medical work. Realities and routines*, Wesmead, Gower. 1981.
- AUBERT Nicole, de GAULEJAC Vincent, *Le coût de l'excellence*, Paris, Seuil, 1991, 342 p.
- AUBERT Nicole, GRUERE Jean-Pierre, JABES Jak, LAROCHE Hervé, MICHEL Sandra, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris, PUF, 656 p.
- BACHRACH Peter, BARATZ Morton S., « The two faces of power », *American Political Science Review*, n° 56, 1962, p. 947-952.
- BAILLY Jean-Paul, JACQUARD Albert, MEDA Dominique, VIARD Jean, *Représenter les temps*, Rennes, Editions de l'Aube, 2004, 135 p.
- BANYASZ Laurence, « Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 1. Modèles conceptuels du stress en psychologie : apports et limites », NS 173, 1998, 38 p.
- BARTLETT, S., “Acedia : The Ethiology of Work-Engendered Depression”, *New Ideas in Psychology*, 8, 3, 1990, p. 389-396.
- BAUDOIN C., *L'œuvre de Jung et la psychologie complexe*, Paris, Payot, 1993.
- BEAUVOIS Jean-Léon, JOULE Robert-Vincent, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1987, 229 p.
- BEAUVOIS Jean-Léon, JOULE Robert-Vincent, *La soumission librement consentie : comment amener les gens à faire librement ce qu'il doivent faire ?*, Paris, PUF, 2001, 214 p.
- BELLINI Stéphane, LABIT Anne 2005, *Des petits chefs aux managers de proximité*, Paris, L'harmattan, (Coll. « logiques sociales »), 2005, 210 p.
- BENOIT Jacques, *L'entreprise démocratique*, Lyon, Chronique sociale, 1994, 184 p.
- BENOIT-GUILBOT Odile, MOSCOVICI Marie, « Consommation moderne, gestion du budget et perspective d'avenir », in Henri Mendras et Marc Oberti (dir.), *Le sociologue et son terrain. Trente recherches exemplaires*, 2000, p. 242-250.
- BENSAÏD A., DEJOURS Christophe, « Psychopathologie et psychodynamique du travail », in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Toxicologie-pathologie professionnelle*, 1994, 16, 535-P-10, 7 p.
- BERTAUX Daniel, *Histoires de vie ou récits de pratiques ? Méthodologie de l'approche biographique en Sociologie*. Rapport final, I, Convention CORDES, 23, CNRS, 1976.
- BERTHET E., *Information et éducation sanitaire*, Paris, PUF, Coll. Que sais-je ?, 1983.
- BETCHERMAN G., MC.MULLEN K., DAVIDMAN K., « La formation et la nouvelle économie : un rapport de synthèse », *Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques*, 1998.
- BONNET Estelle, « Les visions indigènes de la qualité. A propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie », numéro spécial de la *Revue d'Economie industrielle*, n° 75, 1996.
- BOURGEOIS E., VERELLEN C., « Le stress chez les cambistes : de l'identification des facteurs d'influence à l'ébauche d'un modèle prédictif et préventif du stress au travail », *Psychologie du Travail et des Organisations*, 2, 1-2, 1996, p.149-162.
- BOURGET Paul, *Le démon de midi*, Paris, Plon, 1914.
- BOURGUIGNON A. « Arrêts de travail : l'Ordre rappelle les exigences de la confidentialité », *Le Quotidien du Médecin*, 6730, 2000.
- BOURRET A., TRINH T., DUPUIS P., BRUNET L., *Satisfaction et motivation au travail chez les cadres scolaires du Québec au mitan de la vie*, Université de Montréal, Faculté des Sciences de l'Éducation (monographie RR. 045), 1996.
- BOUVET Marie, YAHOU Nouara, « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique », *Premières synthèses*, DARES, N° 31.1, 2001, p.1-7.

BRUNET J.-P., BRUNET Luc, « L'école québécoise, ses paradoxes et leur gestion. », in Fabi B., Lescarbeau R. (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: réorganisation du travail*, 2, 1998, p.163-179.

BRUNET J.-P., BRUNET Luc, *Les paradoxes en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 2001.

BRUNET Luc, « Structure et fonctionnement des groupes informels en milieu de travail: premiers résultats empiriques », *Revue Québécoise de psychologie*, 16 (1), 1995, p. 63-81.

BRUNET Luc, « La gestion des conflits chez les directions d'école : étude de cas », in P. Toussaint, R. Fortin (dir.), *Gérer la diversité en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1997, p. 305-321.

BRUNET Luc, « Stress et climat de travail chez les enseignants. Résonances », *Mensuel de l'école valaisanne*, 10, 1998, 3-5.

BRUNET Luc, « Un changement de mentalité important au Québec: déontologie et éthique chez l'administrateur scolaire », in P. Toussaint et Paul Laurin (dir.), *L'accélération du changement en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1999, p. 167-177.

BRUNET Luc, « Éthique et direction d'école », *Le Point en Administration Scolaire*, 3 (3), 2001, 18-19.

BRUNET Luc, DUPONT P., LAMBOTTE X., « La satisfaction des enseignants », Belgique, Editions Labor, 1991.

BRUNET Luc, BRASSARD A., CORRIVEAU L., *L'efficacité organisationnelle des institutions scolaires au Québec: le rôle du climat organisationnel et du leadership des directions d'école*, Montréal, Agence d'ARC, 1991.

BRUNET Luc, DUPUIS Philippe, THRIN THI, Tuyet, L'implication au travail de personnels scolaires vieillissants: enseignants, cadres et directeurs, *Gestion des paradoxes dans les organisations: réorganisation du travail*, 2, 1998, p.179-189

BRUNET Luc, HETU, Y., SAVOIE, A. (1998). « Habilétés de gestion et sélection des directions d'école », in L. Corriveau et M. St-Germain (dir.), *Transformation des enjeux démocratiques en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1998, p. 311-335.

BRUNET Luc, LABRIE S., « L'influence des membres de groupes informels en milieu de travail: la fin d'un mythe? », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 217-229.

BRUNET Luc, SAVOIE André, « Compétence et sélection des directions d'école », *Le Point en Administration Scolaire*, 1 (2), 1998, p. 13-17

BRUNET Luc, SAVOIE André, *Le climat de travail : un levier pour le changement*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1999.

BUE Jennifer, ROUGERIE Catherine, « L'organisation du travail entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête conditions de travail 1998 », *Premières synthèses*, DARES, n° 32.1, 1999, p. 1-8.

BRUNET Luc, SAVOIE André, PERREAULT C., « L'aliénation groupale et le groupe informel », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, p. 237-245.

BRUNET Luc, SAVOIE André, SPENARD A., « L'administrateur scolaire et la gestion des groupes informels de son école », in J. Moisset et J-P. Brunet (dir.), *Culture et transformation des organisations en éducation*, Montréal, Les Éditions Logiques, 1997, p. 159-175.

BRUNET Luc, SAVOIE André, COURCY F., GUERTIN C., TREMBLAY I., « Le groupe informel et les conduites adoptées par ses membres au travail », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 229-237.

BRUNET Luc, SAVOIE André, HETU Y., « Le développement d'un programme d'appréciation du potentiel administratif pour les fins de sélection chez les directions d'école », *Ressources humaines*, 12 (3), 1998, p. 20-35.

BRUNET Luc, SAVOIE André, MARCIL-DENAULT E., « Le groupe informel : dispositif social naturel de gestion du stress au travail », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations : leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 205-217.

BRUNET Luc, SAVOIE André, COURCY F., GUERTIN C., TREMBLAY I., « Le groupe informel et les conduites adoptées par ses membres au travail », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations : leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 229.

BRUNET Luc, SAVOIE André, ROUSSON M., « Les groupes informels dans les organisations : de réjouissantes données empiriques », in A. Savoie (dir.), *Gestion des paradoxes dans les organisations: leadership et pouvoir, équipes et groupes*, 4, 1998, p. 195-205.

BRUCHON-SCHWEITZER M., DANTZER R., « Introduction à la psychologie de la santé », Paris, PUF, 2000 (épuisé chez l'éditeur).

BUE Jennifer, COUTROT Thomas, PUECH Isabelle, *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquête*, Toulouse, Octares, (Coll. « Travail et activité humaine »), 2005, 166 p.

BUNGE G., Akédia, *la doctrine spirituelle d'Evagre le Pontique sur l'acédie*, Begrolle-en-Mauge, Spiritualité Orientale, 1991.

CADRES CFDT, *Evaluation global et management responsable*, Paris, CFDT, n° 400, juillet 2002, 121 p.

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS), « Dépenses d'assurance maladie : résultats 2004 (premières estimations sur l'ONDAM) » [en ligne], *Point d'information mensuel*, le 8 février 2005. Site disponible sur : <http://www.ameli.fr>

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS), « Arrêts maladie : une étude dresse le profil des patients en arrêt de travail de 2 à 4 mois » [en ligne], *Point d'information mensuel*, le 6 octobre 2004. Site disponible sur : <http://www.ameli.fr>

CANNON W. B., *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, New-York, Appleton, 1929.

CANOUI Pierre, *Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel*, Thèse de doctorat en éthique médicale et santé publique, Paris V, 1996.

CAPDEVIELLE Philippe, « Évolution des accidents du travail et des maladies professionnelles : un point de vue statistique », In *L'évaluation des risques professionnels*, Strasbourg, Ed. Pus, 1995, p. 101.

CARTRON Damien, GOLLAC Michel, « Intensité et conditions de travail », *quatre pages*, CEE, n° 58, 2003, p. 1-4.

CASSIEN J., 465. *Institutions cénobitiques*. Paris, Le Cerf, 1965.

CATU-PINAULT A., VELLUET L. « A propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale ». *La revue Exercer*, 2004, 70, p. 69-74.

CAUVIN P., CAILLOUX G., *Les types de personnalité : les comprendre et les appliquer avec le MBTI*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 1994.

CENTRE DES JEUNES DIRIGEANTS D'ENTREPRISE, *L'entreprise au XXIe siècle*, Paris, Flammarion, 1996, 158 p.

CEZARD Michel, HAMON-CHOLET Sylvie, « Efforts et risques au travail », *Premières synthèses*, n° 16-1, 1999.

CEZARD Michel, VINCK Lydie, « En 1998, plus d'un salarié sur deux utilise l'informatique dans son travail », *Premières synthèses*, DARES, n° 53.2, 1998, p. 1-9.

CHANLAT Jean-François, « Théories du stress et psychopathologie du travail », *Prévenir*, 1990, n° 20, p.117-124.

- CHARBONNEAU George, *Tristesse, acédie et médecine des âmes dans la tradition monastique*, ed. Beauchesne, 2005.
- CHARREIRE Sandra, HUAULT Isabelle, *Les grands auteurs en management*, Colombelles, éditions EMS, coll. management & société, 2002, 463 p.
- CHAUCER Geoffrey, “1400. The Parson's Tale”, in *The Canterbury Tales*, Cambridge, Cambridge University Press, 1975.
- CHAZAUD Jean, *La souffrance de l'idéal (étude psychanalytique sur la mélancolie)*, Toulouse, Privat, 1979.
- CHERBONNIER Alain, « Evaluation quand tu nous tiens ! », *Education santé*, n° 93, 1994.
- CHOUANIÈRE Dominique et coll. « Évaluation des conditions de travail dans le secteur du livre et des industries graphiques », TF 114, Documents pour le médecin du travail , n° 90, 2002, p. 147-155. (format pdf, 197 ko).
- CHOUANIÈRE Dominique, JOLIBOIS Samuel. et coll., « Une base documentaire sur le stress professionnel », *Travail et Sécurité*, n° 579, décembre 1998, p. 8-11.
- CHOUCHAN Dominique, « Bien-être au travail. Un nouveau sujet de droit », *Travail et Sécurité*, n° 614, janvier 2002, p. 22-24. (format pdf, 346 ko).
- CHOUANIÈRE Dominique, FRANÇOIS Martine et al., « Le stress au travail. Point des connaissances sur », ED 5021, INRS, 2003, 4 p.
- CICUREL Michel, *La Génération inoxydable*, Paris, Grasset, 1989.
- CITEAU Jean-Pierre, *Gestion des ressources humaines, principes généraux et cas pratiques*, Paris, Armand Colin, 4<sup>e</sup> éd., 2002, 260 p.
- CLAIRVAUX Bernard de, *Traité de la demeure intérieure*, PL 134.
- COBB S., ROSE R.M., *Stress*, Time-Life Books, 1976.
- COHEN S., EDWARDS J. R., “Personality characteristics as moderator of the relationship between stress and disorder”, in R. W. J. Neufeld (ed.), *Advande in the Investigation of Psychological Stress*, New York, Wiley, 1989.
- COHIDON Christine, CHOUANIÈRE Dominique, NIEDHAMMER Isabelle, « Catégorie socioprofessionnelle et contraintes au travail », *Note scientifique et technique*. NS 227. 2002. (format pdf, 1,1 Mo).
- « Stress dans le secteur du livre. Une étude scientifique débouche sur deux pistes de prévention », *Travail et Sécurité*, n° 618 , mai 2002, p. 22-24. (format pdf, 586 ko).
- COLLECTIF, *Souffrances et précarité au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris, Syros, 1994, 356 p.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Prescription et contrôle des arrêts de travail pour cause de maladie au regard de la déontologie médicale » [en ligne] : in CNOM-rapport de la session d'avril 2000. Site disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr> (Page consultée le 29 mars 2004).
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, *La prévention en matière de santé*, Rapport présenté par Guy Robert en séance des 25-26 novembre 2003, *Journal Officiel*, mercredi 3 décembre 2003, 157 p.
- COURCY François, SAVOIE André, BRUNET Luc (dir.), *Violences au travail: Diagnostic et prévention*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2004, 222 p.
- COURPASSON David, *L'action contrainte. Organisations libérales et domination*, Paris, PUF, 2000, 320 p.
- COUTROT Thomas, « Innovations dans le travail : la pression de la concurrence internationale, l'atout des qualifications », DARES, *Premières synthèses*, N°09.2, 2000, p. 1-11.

COUTROT Thomas, « Innovations et gestion de l'emploi », DARES, *Premières synthèses*, N° 12.1, 2000, p. 1-9.

CRISTOFARI Marie-France, « Les accidents du travail. Indicateurs de précarisation de la santé au travail », in B. Appay, A. Thébaud-Mony (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé* ; Paris, IRESCO, 1997, p. 54.

CRISTOFARI Marie-France, *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel*, CEE, oct. 2003, chap. 3, p. 30.

CROZIER Michel, FRIEDBERG Ehrard, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1997, 437 p.

DAHL Robert A., « The concept of power », *Behavioral science*, n° 2, 1957, p. 201-215.

DANTZER Robert, *L'illusion psychosomatique*, Paris, Odile Jacob, 1989.

DARES, Les dossiers de la Direction de l'Animation de la Recherche des Études et des Statistiques (DARES), enquêtes « Conditions de Travail » de 1978, 1984, 1991, 1998.

DARES, Troisième enquête « Conditions de travail » du ministère chargé du Travail auprès d'un échantillon représentatif de la population active française (la première enquête date de 1984). La même année, des questions sur la charge mentale de travail sont incluses dans le questionnaire (dossiers de la DARES), 1991.

DARES, Enquête SUMER sur les risques professionnels réalisée par des médecins de travail, incluant des questions sur les « risques organisationnels », (dossiers de la DARES), 1994.

DARES, Quatrième enquête du ministère chargé du Travail sur les conditions de travail des Français, renforçant l'étude de la charge mentale (dossiers de la DARES), 1998.

DARES, "Efforts, risques et charge mentale au travail. Résultats des enquêtes Conditions de travail 1984, 1991, et 1998". *Les dossiers de la DARES*, Hors-série /99. La documentation française, 2000, 184 p.

DARES, "L'organisation des horaires de travail. Résultats des enquêtes Conditions de travail de 1984, 1991, et 1998". *Les dossiers de la DARES* . N° 1-2 / 2000. La documentation française, 2000, 267 p.

DARES, "Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail. SUMER 1994". *Les dossiers de la DARES* . N° 5-6 / 98. La documentation française, 1999, 150 p.

DARES, Enquête menée entre novembre 2000 et janvier 2001 auprès de 1 618 salariés, et conduite par la Direction de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère de l'Emploi.

DARES, Numéro 24 de Premières informations et premières synthèses de la DARES, « Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement », juin 2003.

DARWIN Charles, *The Expression of the Emotion in Man and Animals*, New-York, Oxford University Press, 1998.

DAUBAS-LETOURNEUX Véronique, HAMON-CHOLET Sylvie, LORIOT Daniel, THEBAUD-MONY Annie, « La difficile (re)connaissance des accidents du travail », in Jennifer Bué, Thomas Coutrot et Isabelle Puech (dir.), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse, Octares, 2005, p. 101-117.

DAVEZIES Philippe, « Harcèlement moral au travail », *Médecine et travail*, 2000, 186, p.47-48.

DEJOURS Christophe, *Plaisir et souffrance dans le travail*, Paris, Édition de l'AOCIP, 1988.

DEJOURS Christophe, *Travail usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Ed. 1993.

DEJOURS Christophe, *Le Facteur humain*, Paris, PUF, 1995.

DEJOURS Christophe, *Souffrance en France*, Paris, Seuil, 1998.

DEJOURS Christophe, *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*. Paris, Seuil, 1998, 197 p.

DEJOURS Christophe,, « Travail, souffrance et subjectivité », *Sociologie du travail*, 42, 2, 2000, p. 329-340.

DEJOURS Christophe, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard, 3<sup>e</sup> éd., 2000, 262 p.

DEJOURS Christophe, RAIX A., « Incidences psychopathologiques des nouvelles formes d'organisation du travail, du management et des gestions des entreprises », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 1999, 60, 6, p. 533-541.

DELAVIER Frédéric, *Rôle des différents acteurs médicaux dans la prise en charge du harcèlement moral au travail*, Thèse de doctorat en médecine, Amiens, Université Jules Verne, 2002, 88 p.

Enquête ESTEV : Enquête Santé Travail et Vieillissement, Inserm, unité 170, CREAPT, 1990-1995.

DERRIENNIC Francis, TOURANCHET Annie, VOLKOFF Serge, « Age, travail, santé. Étude sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990 », Éditions INSERM, 1996, 458 p.

DESERT F. *Souffrance psychique au travail : étude de 162 cas adressés en consultation de pathologie professionnelle à Nantes*, Thèse de doctorat en médecine, Nantes, Université de Nantes, 2002, 236 p.

DESMAREZ Pierre, *La sociologie industrielle aux Etats-Unis*, Paris, Armand Colin (Coll. « U »), 1986, p. 34.

DESSORS Dominique, « Pour les CHSCT, les absents n'ont pas toujours tort », *Santé et travail*, n° 47, 2004, p. 26.

DICTIONNAIRE DE MEDECINE FLAMMARION, Paris, Flammarion, 4<sup>e</sup> éd., 1992, 988 p.

*Discours, organisation et souffrance au travail* : colloque, Namur, 11-13 novembre 1999. Namur : 2000, 346p.

DODIER Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, (Coll. « Leçons de choses »), 1993, p. 13.

DODIER Nicolas, « Causes et mises en cause, innovation sociotechnique et jugement moral face aux accidents du travail », *Revue française de sociologie*, avril-juin XXXV-2, 1994, p. 251-281.

DODIER Nicolas, *Les hommes et les machines, la conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Métailié (Coll. « Leçons de choses »), 1995, 385 p.

DODIER Nicolas, « Remarques sur la conscience du collectif dans les réseaux socio-techniques », *Sociologie du travail*, n° 2, XXXIX, 1997, p. 143

DOUILLER Philippe, APTEL Michel, *Prévenir les troubles musculosquelettiques liés au travail*, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, (ANACT, Lyon, France), Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS, Nancy, France), 2005.

DRESS, « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé, une approche exploratoire », *Etudes et résultats* n° 247, juillet 2003.

DUCLOS Denis, *La santé et le travail*, Paris, La Découverte, (Coll. « Repères »), 1984, 123 p.

DUCROS C., ROVAN A., « Malaise chez les managers », *Le Figaro Entreprises*, 5 avril 2004, p. 10-14.

DUMONT D., LE FLAHEC C., « Aptitude au travail : rôles respectifs du médecin du travail et du médecin traitant », *La Revue du Praticien*, 1994, 44, 4, p. 549-551.

DUPONT P., LECLERCQ D., CLAUS S., BRUNET L., DELOOZ P., LAMBILLOTTE T., LAMBOTTE X., OSSANDON M., *Analyse de la communication dans les établissements secondaires de la Communauté française*, Université de Mons-Hainaut, Institut d'Administration Scolaire, Rapport de recherche, 1998.

DURAND Jean-Pierre, BASZANGER Isabelle, DEJOURS Christophe, « Souffrance en France. Banalisation de l'injustice sociale ». *Sociologie du travail*, 2000, 42, 2, p. 313-340.

DUXBURY L., HIGGINS C., "Work-Life Balance in the New Millenium: Where are We? Where Do We Go from Here?", Document de travail W-12, Ottawa, Canadian Policy Research Networks, 2001.

DUXBURY L., HIGGINS C., *Enquête nationale sur le conflit entre le travail et la vie personnelle - 2001*, Santé Canada, voir [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca), 2002.

DWYER Tom, *Life and death at work. Industrial accident as a case of socially produced error*, New York and London, Plenon press (Coll. "Studies in work and industry"), 1991, 318 p.

ÉDUCATION PERMANENTE, *Reconnaitre les acquis et valider les compétences*, n° 133, 1998.

ÉDUCATION PERMANENTE, *La formation permanente entre travail et citoyenneté*, n° 149, novembre 2001, 266 p.

EPSING-ANDERSON Gösta, *Social Foundations of Post-Industrial Economies*, Oxford University Press, 1999.

ERBES-SEGUIN Sabine, *La sociologie du travail*, Paris, La Découverte, Repères, 1999, 127 p.

ERDAL David, *Effects of Living in an egalitarian environment*, thèse à la School of Psychology University of St Andrew.

ERIKSON Erik H., *Adolescence et crise : la quête de l'identité*, Paris, Flammarion, 1972.

ERTEL M., PECH E. et ULLSPERGER P., "Telework in perspective – new challenges to occupational health and safety", dans Isaksson K., Hogskdt C., Eriksson C., & Theorell T. (dir.), *Health Effects of the New Labour Market*, p. 169-182, New York, Kluwer Academic, 2000.

ÉVAGRE LE PONTIQUE, *Traité pratique, ou Le moine*. Paris, Le Cerf, 1996.

FACTS, « Stress au travail », n° 22, ISSN 1681 – 2131, 2002.

FERNANDEZ-ZOÏLA, A., *Récits de vie et crises d'existence*, Paris, L'Harmattan, 1999.

FERRIE JE., SHIPLEY M. J., MARMOT M. G., STANSFELD S., SMITH G.D., "The health effects of major organisational change and job insecurity", *Social Science & Medicine*, vol. 46 (2), 1998, p. 243-254.

FILOCHE Gérard, *Carnets d'un inspecteur du travail*, Paris, Ramsay, 2004, 322 p.

FINNIE R. *The Dynamics of Poverty in Canada*, C.D. Howe Institute, 2000.

FITUSSI Jean-Paul, *La démocratie et le marché*, Paris, Grasset, 2004, 103 p.

FONDATION EUROPEENNE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL, *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail de 2000*, Luxembourg, 2001, <http://www.fr.eurofound.ie/publications/EF0121.htm>

FONDATION EUROPEENNE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL, enquête périodique auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population active européenne. En 2000, 21 703 travailleurs (1500 par état membre)

FORTHOMME B., *De l'acédie monastique à l'anxiodepression*, Paris, Les Empêcheurs de tourner en rond, 2000.

FRANÇOIS Martine, BANYASZ Laurence, « Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 2. Essai de caractérisation des demandes sociales à partir de résultats d'enquête », NS 198. 2000, 31 p.

FRANÇOIS M., « Le travail temporaire en milieu industriel. Incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs », *Travail humain*, N° 54, n, 1991, °p. 39.

FRANÇOIS Monique, LIEVIN D., « Approche des risques professionnels des travailleurs intérimaires », ND, INRS, 1986, p. 305-317.

FREYDT C., LEGERON P., PAOLOLLO A.G. *Stress au travail*. La FMC du généraliste, 2004, 2286 (cahier détachable)

GAUDART Corinne, LAVILLE Antoine et al., « Age des opérateurs et travail répétitif, une approche démographique et ergonomique », *Relations industrielles*, vol. 50 (4), 1995.

GOLDBERG M. Co-auteur(s) : ZINS M., LECLEREC A., BONENFANT S., BUGEL I., CHASTANG J.F., KANIEWSKI N., NIEDHAMMER I., OZGULER A., PICIOTTI M., SCHMAUS A., « La cohorte Gazel, un laboratoire épidémiologique ouvert. Le point après treize ans de suivi », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 31, 2001, p. 147-149.

GOLLAC Michel, « Le capital est dans le réseau : la coopération dans l'usage de l'informatique », *Travail et emploi*, n° 68, 1996, p. 3-96.

GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, Collection Repères, 2000, 128 p.

GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, « La mise au travail des stéréotypes de genre : les conditions de travail des ouvrières », *Travail Genre et Sociétés*, n°8, 2002, p. 25-53.

GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, « L'analyse des conditions de travail » In J. Allouche (coord.), *Encyclopédie des ressources humaines*, ed. Vuibert, 2003, p. 250-258.

GONIK V., KURTH S., « Autonomie et reconnaissance au travail : le cas des enseignants et des policiers », colloque international, à Nancy, Metz et Mondorf-Les-Bains au Luxembourg, sur le thème : « *Entreprise, Santé et Travail : homme et organisation un équilibre impossible ?* », les 22-23-24 novembre 2004.

GORIS Anne-Marie, « Etude sur le stress. A chaque emploi ses contraintes », *Travail et Sécurité*, n° 628, avril 2003, pp. 35-36.

GOT Claude, *Risquer sa peau*, Paris, Bayard, 2001.

GOT Claude, *La légitimité du cadre géographique des politiques de prévention au regard de l'épidémiologie*, *Les politiques de prévention*, Médecine-Sciences Flammarion, 2003.

GOUT Didier, « Dossier : stress professionnel, une multiplicité de facteurs en cause », *Travail et Sécurité*, n° 582 , mars 1999, p. 26-36.

GRANDGUILLOT D. « Les institutions représentatives du personnel », in *L'essentiel du droit du travail*, Paris, Editions Gualino, 2003, 120p. (Collection Les Carrés).

GREEN Francis, “It’s been a hard day’s night : the concentration and intensification of work in late twentieth century Britain”, *British journal of industrial relations*, 1. 2001,

GREEN Francis, *Clients or customers* : en 1986, 37-2, et en 1997 53-9.

GREEN Francis, *Supervisors or bosses* : en 1986, 26-7, et en 1997 41-0.

GRENIER-PEZE Marie, « Le harcèlement moral : approche psychosomatique, psychodynamique, thérapeutique ». *Cahiers de médecine interprofessionnelle*, 2001, 2, p.169-177.

GRENIER-PEZE Marie, BOUAZIZ Paul, BUIGUES C., et al. « La notion de harcèlement dans le travail : réparation ou reconnaissance de la souffrance au travail ? », *Travailler. Revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail*, 2002, 9, p.189-205.

GRENIER-PEZE Marie, SOULA Marie-Christine, « Harcèlement au travail : l’interrompre en urgence », *La Revue du Praticien - médecine générale*, 2001, 537, 15, p. 973-978.

GRENIER-PEZE Marie, SOULA Marie-Christine, « Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral », *Documents pour le médecin du travail*, 2002, 90, p. 137-145.

GRENIER-PEZE Marie, SOULA Marie-Christine, BOUAZIZ Paul et al. « La maltraitance dans les relations de travail. Prise en charge pluridisciplinaire », *Le Concours médical*, 2001, 123-30, p.2013-2016.

- GRENIE-PEZE Marie, SOULA Marie-Christine, DAVEZIES Philippe, « Les impasses du harcèlement moral ». *Travailler. Revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail*, 2004, 11, p.83-90
- GRITTI J., *L'événement, techniques d'analyse de l'actualité*, Paris, Fleurus, 1969.
- GROSJEAN Vincent, RIBERT-VAN DE WEERDT C., *Les modes de management dans un centre d'appel et leurs conséquences sur le bien-être des opérateurs*, NS 234. 2003, 40 p. (format pdf, 1,37 Mo)
- GUIGNON Nicole, HAMON-CHOLET Sylvie, « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *Premières synthèses*, DARES, N° 09.3, 2003, p. 4.
- GUIOL Patrick, « Participation dans l'entreprise et comportements socio-politiques », in « La participation dans l'entreprise », *Cahiers de la Fondation Charles de Gaulle*, n° 5, 1998, p. 75-108.
- GUIOL Patrick, « Aliénation ou émancipation ? », in « La démocratie dans l'entreprise : une utopie ? », revue *Panoramiques*, numéro 46, ed Corlet-Hennebelle, 2000, p. 70-78.
- GUIOL Patrick, LAMBERT Yves, SABOURAUD Olivier, *La démocratie dans l'entreprise : une utopie ?* Condé-sur-Noireau, ed. Corlet-Hennebelle, revue *Panoramiques*, n° 46, 2000, 215 p.
- GUIOL Patrick(dir.), LE GOFF Jacques, PORTIER Philippe, BERCEGEAY Marylène, *Mouvement du management et paysage politique*, rapport d'enquête pour le MRES, N° : MRT / 88 VO654, juin 1994, 141 p.
- HAMON-CHOLET Sylvie, « Accidents du travail : vers des statistiques plus proches de la réalité ? », *La santé de l'homme*, n°3555, septembre-octobre 2001.
- HAMON-CHOLET Sylvie, « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998 », *Premières synthèses*, DARES, n° 20.1, 2002, p. 7.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La Santé en France*, 2002, Paris, La documentation française, février 2002.
- HIRIGOYEN Marie-France, *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*. Paris, La Découverte et Syros (Collection Pocket), 1999, 251 p.
- HIRIGOYEN Marie-France, *Le harcèlement moral dans la vie professionnelle. Démêler le vrai du faux*, Paris, Editions La Découverte et Syros (Collection Pocket), 2001, 443 p.
- HIRIGOYEN Marie-France, « Us et abus du terme harcèlement moral ». *Synapse*, 2000, 164, 75 p.
- HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Le Cerf, (Coll. « passages »), 2000, 163 p.
- HONNETH Axel, « Intégrité et mépris. Principes d'une morale de la reconnaissance », *Recherches sociologiques*, vol. 30, No 2, 1999, 11-22.
- INSPECTION MEDICALE DU TRAVAIL, *Enquête démographique 2002-2003*.
- INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS). (Dossiers du site Web INRS) : « Santé mentale au travail », « Travail et agressions. État des lieux et prévention des risques », « Harcèlement moral au travail. Généralités et contexte français ».
- INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS). : « Le stress au travail », mise à jour du 08/10/2003, <http://www.inrs.fr/>
- INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS). *Les maladies professionnelles. Guide d'accès au tableau du régime général et du régime agricole de la sécurité sociale*, Saint-Just-La-Pendu, INRS, 4e édition, 2004, 350 p.
- INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE (INRS). *Le stress au travail*. [en ligne]. In : les dossiers inrs. Site disponible sur : <http://www.inrs.fr/>
- INSERM, L'essentiel des enquêtes françaises sur les relations entre conditions de travail et santé mentale :
- 1989** : Première vaste enquête épidémiologique menée par l'INSERM, sur les problèmes de santé physique et mentale dans le secteur d'activité particulier EDF-GDF (enquête INSERM)

**1990** : Réalisation d'une enquête épidémiologique "âge, travail, santé" (ESTEV) étudiant les effets du travail sur la souffrance psychique (enquête ESTEV).

INSTITUT DE RECHERCHE SUR LE TRAVAIL ET LA SANTE, *Fact Sheet on Shift Work*, 2002, voir : [www.iwh.on.ca](http://www.iwh.on.ca).

INSTITUTE FOR WORK AND HEALTH. Fact Sheet on Shift Work, voir : [www.iwh.on.ca](http://www.iwh.on.ca), 2002.

JACKSON A., *Why We Don't Have to Choose Between Social Justice and Economic Growth: The Myth of the Equity-Efficiency Trade-Off*, Conseil canadien de développement social, voir [www.ccsd.ca](http://www.ccsd.ca), 2000.

JACKSON A. *The Unhealthy Canadian Workplace*, document présenté lors de la conférence sur « les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie », tenue à Toronto en novembre 2002.

JACKSON A., ROBINSON D., *Falling Behind: The State of Working Canada 2000*, Centre canadien de politiques alternatives, 2000.

JACKSON A., ROBINSON D., *Why We Don't Have to Choose Between Social Justice and Economic Growth: The Myth of the Equity-Efficiency Trade-Off*, 2000.

JANET Pierre, *Les obsessions et la psychasthénie*, tome 1, Paris, Alcan, 1919.

Jonas d'Orléans, *Patrologia Latina*, PL 106.

JONES F., BRIGHT JEH., SEARLE B., COOPER L., “Modelling occupational stress and health: The impact of the demand-control model on academic research and on workplace practice”, *Stress Medicine*, 1998, n° 14, p. 231-236.

JOSSO Marie-Christine, *La formation au cœur des récits de vie*, Paris, L'Harmattan, 2000.

Journal bimestriel de la fédération nationale des accidents du travail et des handicapés n° 204.

JUES Jean-Paul, *Gestion des ressources humaines, principe et points clés*, Paris, Ellipses éditions marketing, coll. spécialité HEC, 2002, 207 p.

JUNG Carl Gustav, *Types psychologiques*, Genève, Librairie de l'Université, 1950.

JUNG Carl Gustav, *Dialectique du Moi et de l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1964.

KARASEK Robert, « Occupational distribution of psychological demands and decision latitude », *International Journal of Health Services*, 19, 481 – 508, 1989.

KARASEK Robert, THEORELL T., *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990.

KARLSSON J., ERIKSSON B., *Flexibla arbetsplatser och arbetsvillkor. En empirisk prövning av en retorisk figur*. Arkiv förlag, 2000.

KERSVADOUÉ Jean (de), *La Santé n'est pas uniquement affaire de médecine, Santé publique et libertés individuelles (...)*

KIEV A., KOHN V., *Executive Stress*, New York, AMACOM, 1979.

KRIEGER N., *Society, biology and the logic of social epidemiology*, Int J Epidemiol, 2001.

KRISTENSEN T., “The demand-control-support model: Methodological challenges for future research”, *Stress Medicine*, 1995, n° 11, p. 17-26.

LABORIT Henri, *Biologie et Structure*, Paris, Gallimard, coll. « Idées », 1968.

LABORIT Henri, *L'homme imaginant*, Paris, coll. 10/18, union générale édition, 1970.

LABORIT Henri, *L'inhibition de l'action*, deuxième édition, Paris, Masson, 1986.

LABORIT Henri, *Eloge de la fuite*, Paris, Folio essais, 1999.

- LAE Jean-François, 1996, *L'instance de la plainte, Une histoire politique et juridique de la souffrance*, Paris, Ed. Descartes & Cie, 252 p.
- LARRONDE Claude, *L'Arsenal de Tarbes, Histoire et patrimoine*, Société Académique des Hautes-Pyrénées, 1991, 262 p.
- LARUE Anne, *L'autre mélancolie*, Paris, Hermann, 2001.
- LASFARGUES G., GUILLAUME A., « Santé mentale et travail », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 2004, 65, 2, p.124-125.
- LAURENT P., BERNADAC G., CARRAULT H., et al. *Photographie des pratiques relationnelles entre les médecins généralistes et les médecins du travail*, Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, 1999, 60, 2, p.124-131.
- LAUVEAY-BOUILLET Caroline, *La souffrance au travail ; dépistage et prise en charge en médecine générale. Revue de la littérature et enquête d'intention de pratique auprès des médecins généralistes des Hauts de Seine*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, juin 2005.
- LAVILLE Jean-Louis, *Une Troisième voie pour le travail*, Paris, Desclée de Brouwer, Collection : Sociologie économique, Paris, 1999, 224 p.
- LAZARSFELD Paul Félix, JAHODA M., ZEISEL H., (1<sup>er</sup>, 1932), *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, Minuit, 1981.
- LECADET J., VIDAL P., BARIS B., et al., « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000 », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2003, 34, 2, p.75-84
- LECLERC Annette et al., *Les inégalités sociales de santé*, (Sous la dir. A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang), Paris, La découverte, 2000, 448 p.
- LECOMTE B., *L'acédie, invention et devenir d'une psychopathologie dans le monde monastique*, Thèse de doctorat de médecine, Université de Nancy 1, 1991.
- LEGERON Patrick, *Le stress au travail*, (2001), Paris, Odile Jacob, 2003, 381 p.
- LE GOFF Jean-Pierre, (1997-1992), *Les illusions du management et Le mythe de l'entreprise*, Paris, ed. La découverte, 307 p..
- LEMOINE Claude, *Psychologie dans le travail et les organisations (relations humaines et entreprise)*, Paris, Dunod, 2003, 118 p.
- LEMPERIERE Th., FELINE A., *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 1987.
- LEVINAS Emmanuel, *Ethique et infini*, Paris, Livre de poche, (Coll. « Essai »), 1984, 120 p.
- LEYMANN H., *Mobbing : persécution au travail*. Paris, Seuil, 1996, 231p.
- LIVINGSTONE D.W., *Working and Learning in the Information Age: A Profile of Canadians*, Canadian Policy Research Networks, 2002.
- LINHART Robert, *L'établi*, Paris, Minuit, 1978, 177 p.
- LORENZ Edward, « Policies for participation : lesson from France and Germany », *The german Journal of Industrial relations*, 2, 1, 1995, p. 46-63.
- LORENZ Edward, VALEYRE Antoine, *Formes d'organisation du travail : comparaisons européennes*, Rapport à la DARES, Noisy-le-Grand, CEE, décembre 2003.
- LORENZ Edward, VALEYRE Antoine, « Modèles européens d'organisation du travail », in BUE J., COUTROT T., PUECH I. (dir.), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse, Octares, 2005, p. 125-137.
- LORIOL Marc, *Le temps de la fatigue*, Paris, Anthropos, 2000.

LORIOL Marc, « "Mauvaise fatigue" et contrôle de soi : une approche sociohistorique », *PISTES*, vol. 4 (1), mai 2002.

LORIOT Daniel, " Accidents et organisation du travail : les enjeux de l'arrêt de travail ", *Travail et emploi*, n° 88, 2001, p. 44.

LORTIE, G., SAVOIE Alain, BRUNET Luc, « Les groupes informels en milieu de travail; élaboration et validation d'une mesure », *Psychologie du travail et des organisations*, 1 (2-3), 1995, p. 65-74.

LORTIE, G., BRUNET Luc, SAVOIE Alin, « Le groupe informel en milieu de travail: dispositif social de soutien de ses membres », *Revue Québécoise de Psychologie*, 16 (1), 1995, p. 81-97.

LOWE G., *The Quality of Work: A People Centred Agenda*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

MAALOE Erik, *The employee owner (organizational & individual change within manufacturing companies as participation and shosing grow and expand)*, Danish Social science research concil, Academic Press, Copenhague, 1998, 477 p.

MAGNIN C., DORGET P., « Le vécu professionnel et le symptôme du salarié souffrant : observations en médecine générale », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 1995, 56, 3, p.207-208.

MANN Jonathan, « Ethique et droits de la personne », *Revue française de santé publique*, n° 3, 1998.

*Manuel d'orientation sur le stress lié au travail - Piment de la vie... ou coup fatal ?* Commission européenne. Luxembourg, 1999.

MARTOY Bernard, CROZET Daniel, *Gestion des ressources humaines, pilotage social performances*, Paris, Dunod, 5<sup>e</sup> éd., 2002, 303 p.

MASSE Raymond, « Contributions et limites du principlisme dans l'analyse des enjeux éthiques en promotion de la santé », *IUHPE-Promotion and Education*, hors série, 2001.

MAUREL-ARRIGHI E., DEJOUR C., MULLER P. « Dossier : La souffrance psychique ». *Pratiques : les cahiers de la médecine utopique*, 1998, 2, p.7-13.

MEAD Georges Herbert., *Le soi, le Je et le moi*, Paris, Ed. 19...,

MENARD Joël, IEPS, 2003.

MERCIER Patricia, « Le médecin généraliste face à la souffrance morale au travail », Séminaire MGform (branche formation du syndicat MG France), octobre 2003.

MERCIER M., FRANÇOIS Martine, « Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 3. Prévention, gestion du stress : analyse bibliographique », NS 204. 2001, 43 p.

MEYER Carole, TROGNON Alain, « Le changement organisationnel et son impact sur la santé des salariés, absentéisme et climat social », Université de Nancy 2, GRC, colloque international, « *Entreprise, Santé et Travail : homme et organisation un équilibre impossible ?* », 122-23-24 novembre 2004, à Nancy, Metz et Mondorf-Les-Bains au Luxembourg.

MILLET Lucien, *La Crise du Milieu de la Vie*, Paris, Masson, 1993.

MILET Lucien, « Le harcèlement moral au travail », *Revue pratique de droit social*, 2003, 701, p.273-288.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), *Premières synthèses* n°16.2, avril 2001.

MOLLET L., *La Crise du Milieu de la Vie*, Paris, Masson, 1993.

MONBOURQUETTE Jean, *À chacun sa mission*, Paris, Bayard, 2001.

MORGAN J., "Leisure education", *Research on contemplative life*, 1, 1, 1994, p. 10-30.

MUCCHIELLI Roger, *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale. Connaissance du problème*, Paris, éd. Sociales françaises, 1968, 75 p.

MULLER M. « Harcèlement moral : pourquoi c'est pire qu'avant ? », *Le Nouvel Observateur*, 2004, p. 12-26.

MUNOZ Jorge, « Une approche pragmatique de la responsabilité : le cas de la prise en charge des accidents du travail », *Lien Social et Politiques*, n° 46, 2002.

MUNOZ Jorge, *L'accident du travail. De la prise en charge au processus de reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, 286 p.

NEBOIT Michel, VEZINA Nicole, « Santé au travail et santé psychique », Octarès, 2002, 310 p.

NIEDHAMMER Isabelle, GOLBERG Michel et coll., “Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort”, *Scandinavian Journal of Environmental Health*, 24, 3, 1998, p.197-205.

NIEDHAMMER Isabelle, SIEGRIST Johannes, « Facteurs psychosociaux au travail et maladie cardiovasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses », *Revue d'épidémiologie de santé publique*, n°46, 1998.

NELSON Bob, ECONOMY Peter, *Managing for Dummies* ( 2001) : *Le management pour les Nuls*, traduit de l'américain par Anne-Carole Grillot, Paris, First éditions, 2003, 356 p.

NOUMBISSI-NANA Christine-Carole, *Souffrance psychique : prise en charge en médecine générale*. Thèse de doctorat en médecine, Brest, Université de Brest, 2004, 125 p.

NOYE Didier, *Manager les personnes, le management situationnel*, Paris, INSEP consulting éditions, 2003, 48 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Labour Market Changes and Job Insecurity”, *Regional Publications/European Series*, n° 81, 1999.

OSTINS-JOSSE Nolwen, *Le harcèlement moral en Bretagne : enquête épidémiologique auprès des médecins du travail de la région*, Thèse de doctorat en médecine, Rennes, Université de Rennes I, 2002, 97p.

PAOLI Pascal, MERLIE Damien, *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000*. Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail (FEACVT), 2001, 86p.

PAPIEU Isabelle, « Mal-être et Milieu de vie », *TSA Hebdo*, 28 janvier 2000, 769, p. 23-24.

PAUGAM Serge, *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*, Paris, PUF, (Coll. « Le lien social »), 2000, chapitre 6.

PAULHAM I., BOURGEOIS M., *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*, Paris, PUF Nodules, 1995.

PERETTI Jean-Marie, *Dictionnaire des ressources humaines*, Paris, Vuibert, 3<sup>e</sup> éd., 2003, 263 p.

PERILLEUX Thomas, *Les tensions de la flexibilité*, Paris, Desclée de Brouwer, 2001, 221 p.

POLANYI M., « Employment and Working Conditions: A Response », communication présentée à la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto, novembre 2002.

POUCHAIN D., ATTALI C., BUTLER (de) J., et al. *Médecine générale, concepts et pratiques*. Paris, Masson, 1996, 1 025 p.

PRIETO N., VOLCKMANN C., « Prise en charge des victimes d'agression ou de violence au travail », *Le Concours Médical*, 2003, 125, 31-32, p.1853-1860.

REICH Wilhem, *La révolution sexuelle*, Paris, Plon, 1970 ( ?).

RESEAUX CANADIENS DE RECHERCHE EN POLITIQUES PUBLIQUES, voir [www.QUALITEtravail.ca](http://www.QUALITEtravail.ca).

Revue Santé et travail, N° spécial, « Déclarer tous les accidents du travail », n° 15, mai/juin 1996.

Revue *Santé et travail*, N° spécial, « Arrêts maladie : les absents n'ont pas toujours tort », n° 47, avril 2004.

REYNAUD Jean-Daniel, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1997, 348, p.

RICOEUR Paul, « La souffrance n'est pas douleur », *Psychiatrie française*, 1992, XXIII sp, p. 9-18.

RINGLET Gabriel, *Le mythe au milieu du village*, Bruxelles, Vie ouvrière, 1981.

RIVAL L., *Impliquer les médecins généralistes dans la santé au travail : comment améliorer leurs relations avec les médecins du travail*, Thèse de doctorat en médecine, Paris, Université Paris VII-Denis Diderot-Faculté de médecine Xavier Bichat, 2000, 121p.

ROBERT-DEMONTROND Philippe, LE MOAL Yves, *L'acédie comme mal des ambitions déçues : repères théoriques et études de cas*, CREREG UMR CNRS 6585 devenu Centre de recherches en économie et management (CREM – UMR 6211) IGR-IAE de l'Université de Rennes 1, Publications de CREM, 2004.

ROQUELAURE Yves, Surveillance des principaux troubles musculo-squelettiques et de l'exposition aux risques dans les entreprises en 2002 et 2003, ed. 2005. Pays de la Loire. Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. ; Centre hospitalier universitaire d'Angers ; Institut de veille sanitaire

ROQUELAURE Yves, Réseau expérimental de surveillance épidémiologiques des troubles musculo-squelettiques dans les Pays de Loire. Surveillance des entreprises en 2002 (2005). [Texte imprimé].

ROQUELAURE Yves, Surveillance actives des TMS et de leurs facteurs de risque : Epidémiologie en santé au travail (1999).

ROQUELAURE Yves, Facteurs de risque des troubles musculo-squelettiques du membre supérieur liés au travail (1996).

ROQUES Olivier, *Les réactions des salariés aux transitions de carrière : une approche en termes de stress au travail*, Thèse de Doctorat ès sciences de gestion, Aix-Marseille, 1999.

ROQUES Olivier, ROGER A., « Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public », *Politiques et management public*, vol.22 (4), décembre 2004, p. 47-63.

ROSENMAN R.H., BRAND R.J., JENKINS C.D., FRIEDMAN M., STRAUSS R., WURN M., “Coronary heart disease in the Western Collaboratory Group Study : final follow-up experience of 8 ½ years”, *Journal of the American Medical Association*, 1975, 233, p. 872-877.

ROTTER J. B., “Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement”, *Psychological Monographs*, 80, 1966.

ROY P., « Une employée ‘harcelée’ jugée accidentée du travail », *Le Quotidien du Médecin*, 2000, 6674, p.32.

ROY P., « Suicide : le monde du travail en question », *Le Quotidien du Médecin*, 2002, 7054, p.14.

RUTEBEUF, « 1262. La voie du paradis », in *Oeuvres complètes*, Paris, Bordas, 1989.

*Santé et travail* (revue) N° spécial « Déclarer tous les accidents du travail » N°15 mai/juin, 1996.

SAVOIE André, BRUNET Luc, « Les équipes de travail: champ d'intervention privilégié pour les psychologues », in Jean-Luc Bernaud et Claude Lemoine (dir.), *Traité de psychologie du travail et des organisations*, Paris, Dunod, 2000, p. 171-203.

SAVOIE André, BRUNET Luc, « Culture et climat organisationnels : apports distincts ou redondance? », *Revue Québécoise de Psychologie*, 21 (3), 2000, p. 179-201.

SAVOIE André, BRUNET Luc, « Le groupe et l'équipe de travail; l'évolution continue », *Psychologie du travail et des organisations*, 1 (2-3), 1995, p. 5-11.

SCAND J., "Workspace control and pregnancy health in a population-base sample of employed women in Norway ", *Work Environ. Health*, 24, 1998, p. 206-212.

SCHNALL P.S., LANDSBERGIS P.A., BAKER D., "Job strain and cardiovascular disease", *Annual Review of Public Health*, 1994, n° 15, p. 381-411.

SEGRESTIN Denis, *Les chantiers du manager. L'innovation en entreprise : où en sommes-nous ? Comment piloter les changements et les maîtriser ?*, Paris, Armand Colin, (Coll. « Sociétales »), 2005, 343 p.

SEILER-VAN DAAL B., *Evaluation du harcèlement moral. Enquête dans une population de 1 210 salariés dans le but de construire un outil de dépistage*, Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg, Université Louis Pasteur, 2000, 182 p.

SERVAN-SCHREIBER Jean-Louis, *L'Art du temps*, Paris, Fayard, 1984.

SIFAKIS Y., RASCLE N., BRUCHON-SCHWEITZER M., *L'inventaire du stress professionnel de C.D. Spielberger (Job Stress Survey) : une adaptation française*, *Psychologie et psychométrie*, 1999, 20, 1, p.4-23.

SOLINS Bernard, « Une exploitation nationale statistiques des accidents du travail », *Revue économique*, Vol. XXVII, n° 3, mai 1976, p. 433-482.

*Statistical Abstract of The United States* : 2000.

STATISTIQUE CANADA, Les longues heures de travail et la santé, *Le Quotidien*, 16 novembre, 1999a.

STATISTIQUE CANADA, *Le Quotidien*, 9 novembre, 1999b.

SULLIVAN T. (ed.), *Injury and the New World of Work*, UBC Press, 2000.

THEBAUD-MONY Annie, *La reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, La documentation française (Coll. « Document de travail »), 1991, 284 p.

THEORELL T., "Stress and health - from a work perspective", in Dunham J. (ed.), *Stress in the Workplace: Past, Present, Future*, Londres, WHURR Publishers, 2001.

THEVENET Maurice, *Le plaisir de travailler*, Paris, Editions d'Organisation, 2000.

THIETART Raymond-Alain et coll., *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, 2<sup>e</sup> éd., 2003, 537 p.

THUDEROZ Christian, « Du lien social dans l'entreprise. Travail et individualisme coopératif », *Revue française de sociologie*, XXXVI, 1995, p. 325-354.

TODD Emmanuel, *Après l'empire, essai sur la décomposition du système américain*, Paris, Folio, 2004.

TOMASI Magda, « Depuis 10 ans le turnover est en phase avec l'activité économique », *Premières synthèses*, DARES, n°38, 2003, p.4.

TONNEAU Dominique, *Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ?*, Ministère de la solidarité, DREES, 2004.

TONNEAU Dominique, « Les réticences à entrer dans le cadre légal des 35 heures », in Jorand Y., Tonneau D., Doerflinger B., Fort F., Gelin J. M., Maufroy M., Pépin M., *Ministère du travail*, DARES, 2005.

TORRENTE J., « *La souffrance psychologique liée au travail* », *Le Concours Médical*, 123, 12, 2001, p. 795-798.

TREMBLAY Michel, ROGER Alain, "Individual, Familial, and organizational Determinants of Career Plateau", *Group & Organization Management*, 18, 4, 1993, p. 411-435.

TREMBLAY Michel, ROGER Alain, « Comment limiter les conséquences du plafonnement des carrières : une vérification empirique de trois pistes d'intervention auprès d'une population de cadres ». *Carriérologie*, été 1995, p. 470-484.

TRINQUET Pierre, *Maîtriser les risques du travail. Le cas du bâtiment et de l'industrie française*, Paris, PUF, (Coll. « Le travail humain »), 1996, 313 p.

WEIBEL Laurence, « Stress aux urgences médicales. Une étude scientifique pluridisciplinaire sur le terrain » *Travail et Sécurité*, n° 630, juin 2003, pp. 22-25.

WILKINSON Richard, *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*, London, Routledge, 1996.

WILKINSON Richard, *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*. London, Weidenfeld & Nicolson, 2000.

WILKINSON Richard, MARMOT M., *Social Determinants of Health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.

WILLIAMS Redford, WILLIAMS Virginea, *Anger Kills*, New York, Harper Peremonial, Harper Collins, 1994.

WISNIEWSKI Jean, *Les accidents du travail. Qui paie quoi ?*, Paris, Ed. D'organisation, 1983, 215 p.

ZELDIN Théodore, *Histoire des passions françaises : anxiété et hypocrisie* (Tome V), Paris, Éditions Encre, 1979.

\*  
\* \*