



LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 38 • juillet 2019

Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité

Actes du séminaire de recherche de la DREES
et de la DARES

Coordination Diane DESPRAT (DREES)

Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité

Actes du séminaire de recherche de la DREES
et de la DARES

Coordination Diane DESPRAT (DREES)

Remerciements : Les organisateurs du séminaire remercient les intervenants des quatre séances pour leur contribution.

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarités-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

Les jugements et opinions exprimés dans les actes du séminaire n'engagent que leurs auteurs.

Sommaire

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	9
Diane Desprat (MiRe/SEEE/DREES).....	9
EFFETS DES NOUVELLES FORMES D'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DU MANAGEMENT SUR LA SANTÉ MENTALE.....	12
Diane Desprat (MiRe/SEEE/DREES).....	12
Apports de la psychodynamique du travail et impact sur la santé mentale des évolutions récentes des organisations du travail et du management	14
Isabelle Gernet (Université Paris Descartes, PCPP)	14
Du management des individus à l'auto management	17
Danièle Linhart (CNRS, Cresppa-GTM)	17
La fabrique de l'Homme nouveau	18
Jean-Pierre Durand (Université d'Évry, Centre Pierre Naville)	18
Présentations des enquêtes de la DARES et de la DREES	20
Thomas Coutrot (DARES) et Aude Leduc (DREES).....	20
Synthèse des débats.....	22
LA SANTÉ MENTALE DES TRAVAILLEURS PRÉCAIRES ET DES CHÔMEURS.....	24
Diane Desprat (MiRe/SEEE/DREES).....	24
Introduction de la séance	26
Axelle Brodriez-Dolino (CNRS, Centre Norbert Elias).....	26
Précarité professionnelle, sociale et souffrance psychique : quelques pistes de réflexion	27
Michèle Lelièvre (DREES, ONPES)	27
Licenciement collectif et désinsertion professionnelle : quels effets ou risques sur la vie des (ex)-travailleurs ?.....	29
Manuella Roupnel-Fuentes (Université d'Angers-Cholet, Centre Maurice Halbwachs, ESO-Angers)	29
L'injonction à l'autonomie dans les politiques d'insertion : effets sociaux, effets psychiques	32
Nicolas Duvoux (Université Paris 8, CRESPPA).....	32
Le lien entre santé mentale et précarité : déconstruire les fausses évidences	34
Maryse Bresson (Université Versailles-Saint-Quentin, Printemps)	34
LE GENRE DE LA SANTÉ MENTALE EN LIEN AVEC LE TRAVAIL, LE CHÔMAGE ET LA PRÉCARITÉ.....	38
Diane Desprat (MiRe/SEEE/DREES).....	38
Présentation de la séance.....	40
Marc Lorient (Chargé de recherche CNRS, IDHES)	40
Perspectives sociologiques : acquis et questionnements sur le genre et la santé au travail.....	42
Paul Bouffartigue (Directeur de recherche au CNRS, LEST) & Sabine Fortino (Maître de conférences à l'Université Paris Nanterre, CRESPPA-GTM).....	42
Genre et santé mentale en lien avec le travail : résultats de l'étude HERACLES menée en médecine générale auprès de travailleurs.....	48
Nadia Younès (Université Versailles Saint Quentin, Centre Hospitalier de Versailles)	48

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarités-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

Division sexuelle du travail émotionnel et santé mentale : du <i>Care</i> au déni des émotions	52
Aurélie Jeantet (Maître de conférences à l'Université Nouvelle Sorbonne, CRESPPA-GTM)	52
Synthèse des débats	56
POLITIQUES DE PRÉVENTION ET PROCÉDURES DE RECONNAISSANCE ET DE RÉPARATION	57
Diane Desprat (DREES)	57
Introduction de la séance	59
Dominique Lhuillier (Professeure émérite, CNAM)	59
Quelle reconnaissance du caractère professionnel des troubles psychosociaux et quelles actions de prévention portées par la branche des risques professionnels ?	62
Laurent Bailly (Sous-directeur, Responsable du service aux assurés en matière de risque professionnel, CNAM)	62
Les rapports entre normes juridiques en santé au travail et responsabilité de l'employeur	65
Loïc Lerouge (Chargé de recherches CNRS, Université de Bordeaux, COMPTRASEC)	65
Question à propos de l'évaluation des interventions en santé au travail	69
Sabrina Rouat (Maître de conférences à l'Université Lyon 2, GREPS)	69
Le coaching, un dispositif d'hygiène psychique au travail ?	74
Scarlett Salman (Maître de conférences à l'université Paris-Est Marne-la-Vallée, LISIS)	74
Quelles luttes syndicales possibles contre la pénibilité du travail ?	77
Lucie Goussard (Maître de conférences à l'Université d'Évry, Centre Pierre Naville)	77
Synthèse des débats	80
■ CONCLUSION	81
■ GLOSSAIRE	82

La Mission Recherche (MiRe), le bureau État de santé de la population, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) de la DREES, et le bureau des conditions de travail et de santé de la DARES ont organisé un séminaire de recherche qui s'est tenu entre avril et décembre 2018.

Il visait à questionner les relations entre santé mentale, organisation du travail, chômage et précarité et souhaitait apporter des éléments de connaissance aux interrogations qui traversent actuellement l'espace public. Plus globalement, ce séminaire était l'occasion d'identifier les points aveugles des études actuelles et les nouvelles pistes de recherche à creuser sur ces thématiques pour déboucher sur la rédaction d'un appel à recherches en sciences humaines et sociales.

Ce dossier rassemble les transcriptions des interventions aux quatre séances du séminaire et une synthèse des échanges avec la salle. La première séance questionne l'impact des évolutions les plus récentes de l'organisation du travail et des entreprises sur la santé mentale. La deuxième se penche sur les effets du chômage et de la précarité. La troisième séance introduit le genre comme une composante importante de l'analyse des liens entre santé mentale, travail et chômage. Enfin, la quatrième aborde les dispositifs de prévention et de reconnaissance des souffrances professionnelles.

■ INTRODUCTION GÉNÉRALE

Diane Desprat (MiRe/SEEE/DREES)

La santé mentale au travail est devenue une question majeure de santé publique comme l'a rappelé l'avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) en 2013. Le terme de santé mentale, privilégié ici (encadré 1), renvoie « à une altération de l'état de santé allant du « simple » mal-être jusqu'à la pathologie psychiatrique » (Inserm, 2011). Au départ définie comme l'absence de troubles mentaux, la notion de santé mentale a évolué pour prendre également en considération la souffrance psychique, d'une part, et pour inclure un état positif procurant du bien-être et des satisfactions, d'autre part. Pour l'Organisation mondiale de la santé, la santé mentale est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2013, 7)¹.

Même si le travail est souvent bénéfique pour l'équilibre mental, on sait, depuis les travaux de Christophe Dejours notamment, que les conditions de travail (forte intensité du travail, faible soutien des collectifs de travail, etc.) et certains changements organisationnels (restructurations, réductions d'effectifs, augmentation des exigences de flexibilité et de mobilité, etc.) peuvent entraîner des formes de souffrance chez les individus. Dans le débat public, l'intérêt pour cette thématique est croissant et de nombreux travaux en sciences sociales y sont consacrés. « Risques psychosociaux » (RPS), « stress », « harcèlement moral », « souffrance au travail », « *burn-out* » constituent autant d'expressions qui abordent la question des conséquences possibles du travail professionnel sur la santé mentale des individus et donnent à voir les souffrances auxquelles les travailleurs peuvent être confrontés dans le cadre de leur activité professionnelle. En 2011, un collège d'experts, présidé par Michel Gollac, a donné sens au terme le plus couramment utilisé que sont les risques psychosociaux. Son rapport préconise de les classer en six types de facteurs (cf. encadré 1). L'objectif principal de cette catégorisation visait à faire progresser la mesure statistique et la compréhension des conséquences de ces risques sur les personnes au travail mais a également permis de mettre ces risques en débat dans les organisations (entreprises, fonction publique, etc.) et dans la société.

Depuis plusieurs années, les partenaires sociaux se saisissent également de cette thématique. Un accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail a ainsi été signé en 2013. Dans ce texte, la manière dont est définie la qualité de vie au travail renvoie aux conditions de réalisation du travail, mais surtout au vécu subjectif du salarié². Les risques psychosociaux ont ensuite été désignés comme risques prioritaires dans le cadre du plan santé au travail 2016-2020 (PST 3) et font l'objet d'un certain nombre d'actions de prévention coordonnées. Ces actions visent à sensibiliser et améliorer les connaissances des acteurs de la prévention en entreprise sur ces questions mais également à promouvoir des démarches visant à prévenir ces risques. Dans la continuité, la question de la reconnaissance des troubles de santé mentale liés au travail en accident du travail ou en maladie professionnelle et ses conséquences en termes de réparation est également apparue. Bien que rejetées par l'Assemblée nationale, différentes propositions de loi en 2016 et en 2018, sur la reconnaissance du « *burn-out* » et des pathologies psychiques d'origine professionnelle confirment la prise de conscience de ces questions dans la sphère politique.

Parallèlement à cela, le risque de chômage et la précarité croissante des emplois offerts (contrats courts, cumul d'emplois, ruptures répétées des contrats, etc.) exposent également les individus à la souffrance psychique. Ne plus avoir de collègues de travail, ne pas retrouver d'emploi, se sentir inutile, ne pas pouvoir envisager l'avenir, ne plus pouvoir payer son loyer, rencontrer des difficultés budgétaires accrues ou de surendettement, etc. sont autant de risques liés aux situations de chômage ou de précarité de l'emploi. Même s'il est largement admis que ces situations nuisent à la santé mentale, les mécanismes et les effets psychiques précis en sont rarement décrits (Debout, 2015).

¹ Comme le souligne le docteur Margaret Chan, alors directrice générale de l'OMS, « une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté. » (OMS, 2013, 5)

² Le vécu subjectif du travail renvoie à l'idée que le travail est investi de sens par les acteurs, en cela il est éminemment porteur de signification et tient un rôle important dans la manière dont les individus se représentent.

Encadré 1 • Quelle(s) définition(s) de la santé mentale ?

Concernant les effets pathogènes du travail sur la santé mentale au travail, plusieurs concepts coexistent dans ce domaine, et déterminer les frontières entre les termes de « souffrance », « *burn-out* », « risques psychosociaux » (etc.) est complexe. Pourtant, toutes ces notions donnent à voir différentes réalités des effets du travail sur la santé mentale qu'il importe d'appréhender. Il s'agit ici de donner une vision très générale des différents concepts ou notions qui ont structuré les recherches sur ces questions.

Le concept de souffrance, développé en psychodynamique du travail, renvoie à la capacité des individus à trouver du sens dans ce qu'ils vivent et la manière dont ils mobilisent un certain nombre de ressources pour se défendre de cette souffrance. Selon Christophe Dejours, la souffrance pathogène apparaît lorsqu'il y a « impossibilité de toute évolution vers son allègement. La certitude que le niveau atteint d'insatisfaction ne peut plus diminuer marque l'entrée dans la souffrance » (2015, 95). Ainsi, la souffrance en soi n'est pas délétère, c'est seulement lorsqu'elle ne peut plus être transformée que celle-ci devient problématique. De plus, le concept de souffrance renvoie à l'organisation du travail et comment celle-ci impacte la santé des travailleurs. L'apport de ce concept est de déconstruire une vision individualisante de la souffrance qui fait porter la responsabilité sur l'individu mais au contraire de la réinscrire dans une situation, une organisation, un collectif de travail. Face à ces situations, les travailleurs cherchent à invisibiliser certaines atteintes à la santé mentale pour se préserver par le biais de stratégies défensives (Dejours, *Ibid.*). Des études ont révélé combien ces atteintes, rencontrées dans l'exercice du travail, peuvent alors se traduire au travers de maladies somatiques ou psychopathologiques (Davezies, 2013).

Le *burn-out* renvoie à une situation d'épuisement professionnel et concerne, au départ, les professionnels aidants (infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, etc.). Progressivement, il s'est élargi à d'autres métiers en contact avec des clients notamment avec le développement d'une exigence de disponibilité et de prévenance (SBAM³, etc.). Selon la définition la plus commune, le *burn-out* est caractérisé par une fatigue émotionnelle, psychique et physique intense et est la résultante d'une dégradation continue du rapport au travail.

Dans la continuité, d'autres termes sont apparus comme celui de « stress ». Mais c'est aujourd'hui le terme de risques psychosociaux qui semble connaître une certaine reconnaissance institutionnelle par le biais du rapport d'expertise présidé par Michel Gollac, paru en 2011. Définis comme un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs dont les causes découlent des conditions de travail (organisation du travail et relation de travail) mais aussi des conditions d'emploi, ils sont classés en six types de facteurs : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, la souffrance éthique, l'insécurité de la situation de travail. Plus précisément, reprenant la définition de Loïc Lerouge, les risques psychosociaux renvoient « à une nouvelle catégorie de risques associés aux phénomènes de transformation du travail liés à l'intensification, à la précarisation, aux nouvelles organisations d'entreprises et à l'introduction de nouvelles technologies » (2009, 9). Cette catégorisation a été en partie critiquée du fait que les travailleurs apparaissent comme des sujets passifs face aux contraintes du travail et du fait que l'organisation du travail n'est pas centrale dans l'origine des risques (Clot, 2010). Néanmoins, elle connaît un certain intérêt chez les politiques publiques, les entreprises mais aussi le grand public et les médias.

Il n'est pas aisé de proposer une définition précise de la « santé mentale ». Longtemps définie comme l'absence de troubles mentaux – définition qui se heurtait au problème de la pertinence de la distinction entre le « normal » et le pathologique –, la notion de santé mentale a évolué pour prendre également en considération la souffrance psychique avant de s'infléchir très récemment vers la désignation d'un état positif procurant du bien-être et des satisfactions. Il demeure que maladie et santé s'apprécient aujourd'hui plutôt dans une continuité, où le contexte social de l'émergence des troubles est fondamental et a en retour une influence sur les prises en charges adaptées. Face à ces difficultés, nous nous limiterons ici à proposer une définition opérationnelle du terme de « santé mentale ». Ainsi, entreront pour nous dans le champ de la santé mentale deux types de situation : les troubles psychiques (pathologies qualifiées) et les capacités et difficultés des individus à se maintenir dans un état de bien-être psycho-social inséparable de leur insertion sociale (prévention, situations psychosociales « pathogènes » ...). Selon l'ergonome Colette Dion-Hubert (1985), cette conception dynamique de la santé mentale est pertinente en cela qu'elle respecte l'unicité de la personne.

Le choix de retenir ici le terme de « santé mentale » s'explique également par la volonté de privilégier une définition incluant aussi bien les effets positifs que délétères du travail sur les individus, dans une perspective dynamique qui s'attache à prendre en compte toutes les dimensions de l'individu et de son travail. En effet, d'un point de vue général, la santé mentale n'est pas synonyme de « bien-être », de même que la souffrance psychique n'est pas forcément le signe d'une pathologie psychiatrique. Il s'agit en revanche de penser la santé mentale comme un continuum allant de l'absence de souffrance à des formes de mal-être, voire jusqu'à certaines pathologies. Plus largement, elle peut être définie comme « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non sans révolte [...] » (Furtos, 2005, 32).

Inscrit dans une perspective pluridisciplinaire, le séminaire mêle à la fois la sociologie, la psychologie, le droit, l'économie mais aussi l'histoire et la psychiatrie. Il s'agit de souligner la nécessité d'adopter une vision globale de la santé mentale au travail en mettant en évidence la portée heuristique d'une approche croisant plusieurs champs disciplinaires.

³ SBAM (« Sourire, bonjour, au revoir, merci ») est une formule siglotypique traduisant la politique d'accueil des clients dans les métiers de service.

La première séance aborde les conséquences sur la santé mentale des changements les plus récents ou émergents des formes d'emplois, du travail et des modes de management (apparition de formes hybrides d'emploi à la frontière du salariat, impact du numérique et de l'intelligence artificielle sur le travail, *slow management*, « entreprise libérée », etc.). Cette séance, sous forme d'une table ronde avec des experts de ces évolutions, vise à dégager de nouvelles pistes de réflexion en vue de l'appel à projet.

La deuxième séance porte son attention sur la santé mentale des travailleurs précaires et des chômeurs. Plus précisément, il s'agit d'interroger les spécificités de l'impact de la précarisation de l'emploi et du travail ainsi que du chômage sur la santé mentale des individus et de permettre une meilleure connaissance des enjeux qui s'y jouent.

La troisième séance s'interroge sur le rôle du « genre du mal-être au travail » (Bercot, 2015), notamment les effets de la division sexuelle du travail sur le vécu des situations et sur la santé mentale. La question du genre est en effet transversale à l'ensemble des thématiques du séminaire, mais est rarement abordée de façon explicite.

La séance conclusive traite des politiques de prévention et des procédures de reconnaissance et de réparation en cas de souffrance mentale occasionnée par le travail et sur les pistes d'actions de prévention auprès des travailleurs précaires et des chômeurs.

Références bibliographiques

Brunet, S. (2013). [La prévention des risques psychosociaux](#). Les avis du CESE.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, France : La Découverte.

Davezies, P. (2013). [Souffrance au travail, répression psychique et troubles musculo-squelettiques](#). Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne].

Debout, M. (2015). *Le traumatisme du chômage*. Paris, France : Les éditions de l'Atelier.

Dejours, C. (2015). *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Montrouge, France : Éditions Bayard [1980].

Dion-Hubert, C. (1985). [L'ergonomie et la santé mentale au travail](#). Santé mentale au Québec, Vol. 10, n°2, 8-12.

Furtos, J. (2005). Introduction, in Furtos, J. et Laval, C. (Dir.), *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*. Paris, France : Éditions Erès, 9-38.

Gollac, M. Bodier, M. (dir.) (2011). [Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser](#). DARES, ministère du Travail et de l'Emploi.

Inserm (2011). *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*. Expertise collective.

Lerouge, L. (2009). *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*. Paris, France : L'Harmattan.

OMS (2013). [Plan d'action pour la santé mentale, 2013-2020](#).

EFFETS DES NOUVELLES FORMES D'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DU MANAGEMENT SUR LA SANTÉ MENTALE

SÉANCE 1 • 9 AVRIL 2018

Cadrage de la séance

Diane Desprat (MiRe/SEEE/DREES)

L'Organisation mondiale de la santé rappelle en 2010 que « les problèmes de santé mentale sont devenus l'une des principales causes d'absentéisme au travail et de retraite anticipée. » Face à ce constat, il importe de prendre la mesure du problème et de s'interroger sur les conséquences du travail sur la santé mentale, notamment sur ses effets pathogènes dont le suicide en est la forme la plus dramatique (Dejours, 2009 ; Gernet, 2014 ; Gernet et Rolo, 2015). Depuis les années 1980, un certain nombre de travaux ont porté sur la question de la souffrance au travail dans le secteur industriel, en lien avec l'automatisation des processus de production. Ces travaux ont abordé notamment les manières dont les travailleurs cherchent à invisibiliser certaines atteintes à la santé mentale pour se préserver et « tenir » au travail, entre autres par l'usage de substances licites ou illicites (alcool, médicaments psychotropes, etc.) (Dejours, 1980). Par la suite, cette prise de conscience de la souffrance liée au travail professionnel s'est déplacée vers le secteur tertiaire par le biais de l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail, en particulier en lien avec l'informatisation des tâches et des stratégies managériales qui tendent à valoriser l'investissement de la personne au travail. Une mobilisation inconditionnelle des salariés dans l'entreprise mais aussi l'apprentissage d'un certain savoir relationnel, lié au développement des emplois en contact avec le public, sont exigés par les directions.

Dès lors, cette séance questionne au niveau macroéconomique et microéconomique les évolutions récentes des formes d'emploi, du travail et du management et des enjeux en termes de santé mentale. En privilégiant une approche sur le contenu du travail et l'implication subjective, il s'agit de placer les évolutions les plus récentes du travail au centre des analyses pour comprendre ce qu'il fait aux travailleurs d'un point de vue de leur santé mentale. On pense notamment à l'apparition, au début des années 2010, du « slow management », nouveau modèle de travail privilégiant l'épanouissement et le bien-être dans l'activité professionnelle ou de l'« entreprise libérée », forme organisationnelle dans laquelle les salariés sont autonomes et responsables dans les actions qu'ils jugent bon — eux et non leur employeur — d'entreprendre. Les démarches, engagées par les entreprises, mettant en place de nouvelles formes d'organisations du travail ciblées sur la coopération (entreprises « bienveillantes ») et celles visant à prévenir les risques psychosociaux (Linhart, 2015), mal connues, méritent également d'être questionnées, notamment concernant leurs caractéristiques, leur mise en œuvre et leurs effets. Enfin, l'apparition de formes hybrides d'emploi à la frontière du salariat (emplois de l'économie collaborative, auto-entreprenariat, etc.), d'une part, l'impact du numérique et de l'intelligence artificielle sur le travail, d'autre part, nécessitent aussi d'être interrogés sous l'angle de leurs conséquences quant au vécu subjectif des travailleurs.

Dans cette perspective, cette séance revient sur les enjeux subjectifs du travail et les effets multiples qui en découlent. L'accent porte sur la nécessité de prendre en compte la question du contenu du travail dans l'analyse de la santé mentale des travailleurs, plus exactement « ce que les gens font concrètement (et non ce qu'on les « obligerait à faire ») et ce que cela leur fait de le faire » (Molinier et Flottes, 2012, 63).

Animée par **Jean-Pierre Durand** (Professeur de sociologie, Université d'Évry, Centre Pierre Naville), la séance alterne présentations et échanges selon l'ordre suivant :

- **Isabelle Gernet** (Maître de conférences en psychologie clinique, Université Paris Descartes, PCPP) : Apports de la psychodynamique du travail et impact sur la santé mentale des évolutions récentes des organisations du travail et du management.
- **Danièle Linhart** (Directrice de recherche émérite au CNRS en sociologie, Cresppa-GTM) : Du management des individus à l'auto management.
- **Jean-Pierre Durand** (Professeur de sociologie, Université d'Évry, Centre Pierre Naville) : La Fabrique de l'Homme nouveau.
- **Thomas Coutrot** (DARES) et **Aude Leduc** (DREES) : Présentations des enquêtes de la DARES et de la DREES.

Références bibliographiques

- Dejours, C. (2015). Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Montrouge, France : Éditions Bayard [1980].
- Dejours, C. Bègue, F. (2009). Suicide et travail : que faire ? Paris, France : PUF.
- Gernet, I. Rolo D. (coord.) (2015). Suicide et travail (2). Travailler, 5-58.
- Gernet, I. (coord.) (2014). Suicide et travail. Travailler, 5-149.
- Gollac, M. Bodier, M. (dir.) (2011). [Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser](#). DARES, ministère du Travail et de l'Emploi.
- Linhart, D. (2015). La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale. Paris, France : Erès.
- Molinier, P. et Flottes, A. (2012). [Travail et santé mentale : approches cliniques](#). Travail et emploi, 51-66.
- OMS (2013). [Plan d'action pour la santé mentale, 2013-2020](#).

Apports de la psychodynamique du travail et impact sur la santé mentale des évolutions récentes des organisations du travail et du management

Isabelle Gernet (Université Paris Descartes, PCPP)

Cette présentation propose une analyse en trois périodes, depuis la naissance de la psychodynamique du travail jusqu'à aujourd'hui, de l'ensemble des connaissances acquises dans cette discipline sur les rapports entre santé mentale et travail. Les problèmes de méthode rencontrés en matière d'intervention et d'analyse du rapport entre santé mentale et travail sont à souligner et s'expliquent, en particulier, par les transformations du monde du travail. Les expériences de terrain montrent que les conditions d'analyse et d'action actuelles ont également profondément évolué. Ce constat s'impose comme une question pour l'investigation scientifique, donc comme une question à instruire.

De la fin des années 1970 à la fin des années 1980

La première période se déploie jusqu'à la mise en place du séminaire interdisciplinaire « Souffrances et plaisirs dans le travail » entre 1987 et 1989. Elle a été consacrée au développement et à l'inscription de la psychodynamique du travail dans le champ épistémologique des sciences humaines et sociales. Ces travaux s'ancrent dans le redéploiement de la psychologie du travail d'après-guerre et dégagent une conception précise des rapports entre santé mentale et travail, à partir de l'analyse de la souffrance suscitée par la réalité du travail.

Cette souffrance, née de la confrontation et de la résistance des connaissances et des savoir-faire, est au départ de l'intelligence et de l'ingéniosité qui caractérisent le travail vivant. Dès lors, la normalité comme condition du maintien de la santé mentale ne peut pas être conçue comme un état de bien-être stabilisé, mais est au contraire le résultat d'une lutte, d'une recherche de compromis toujours à renouveler entre la souffrance et un ensemble de processus psychiques : la défense individuelle et collective.

Au cours de cette période, les demandes d'intervention étaient principalement exprimées par les syndicats et médiatisées par les instances paritaires et les services de médecine du travail. Elles portaient sur l'élucidation de la nature de la souffrance en rapport avec l'organisation du travail et ses conséquences possibles ou avérées sur la santé mentale.

Du début des années 1990 au début des années 2000

Au cours de cette deuxième période, le débat interdisciplinaire s'est enrichi d'un intérêt pour le rapport subjectif au travail, en particulier à travers le développement conséquent de travaux sur le genre, à partir de la prise en compte des rapports sociaux de sexe. Les travaux ont consisté à accorder à la théorie sociale de la domination un rôle majeur dans l'élucidation de la nature de la souffrance en rapport avec le travail. Ils rompaient ainsi avec les approches psychologisantes ou médicalisantes de la souffrance.

Dans ce cadre, un débat interdisciplinaire s'est développé avec la sociologie de l'éthique. Il a abouti à la formulation de la thèse de la servitude volontaire (Rolo, 2014) partant du constat renouvelé du problème posé par le consentement et les ressorts psychiques de la domination. Les questions posées étaient les suivantes : pour quelles raisons l'opposition des travailleurs aux exigences imposées par les nouvelles formes d'organisation du travail est-elle si faible ? En quoi, du fait des défenses élaborées contre la souffrance générée par l'organisation du travail, le sujet participe-t-il paradoxalement à la genèse de sa propre souffrance ?

L'efficacité des défenses, pour utile qu'elle soit dans la lutte contre la souffrance et la préservation de la santé mentale, repose toujours sur la diminution de la capacité de penser ce qui fait souffrir. De fait, ces défenses limitent les modalités d'intervention et de transformation de l'organisation du travail (Gernet, 2017 ; Dejours et Gernet, 2012 ; Dejours, 1980).

Ces propositions théoriques répondent aux mutations de la souffrance psychique, en rapport avec l'introduction des nouvelles formes d'organisation du travail. Les analyses ont en effet donné lieu à une critique systématisée des fondements de l'évaluation individualisée des performances, de la qualité totale, mais aussi de la précarisation. Les effets pathogènes de ces modalités d'organisation du travail sur les collectifs et les solidarités, amplement décrits par différents travaux, soulèvent des problèmes pratiques.

La plupart des demandes se limitent désormais à la dénonciation du malaise ou de la souffrance au travail. Les acteurs de terrain échouent à obtenir des transformations de l'organisation du travail à partir des résultats de l'enquête. Il en découle une tendance importante à la résignation pour les salariés, ce qui s'avère particulièrement problématique du point de vue de la lutte pour la santé. Se posent aussi des questions déontologiques en rapport avec les risques pour la santé mentale, liés à la multiplicité des interventions.

La santé mentale au travail repose aussi en majeure partie sur la promesse d'accomplissement portée par le travail et qui est en cause, en particulier dans le plaisir au travail. Les travaux sur l'intelligence individuelle et l'intelligence collective, en lien avec l'activité déontique⁴, la coopération et les enjeux subjectifs de la reconnaissance, mettent en évidence que le travail reste un médiateur incontournable pour l'accomplissement de soi dans le champ social (Dejours et Gernet, 2012 ; Lhuillier, 2009). Le rapport subjectif au travail n'est pas contingent et maîtrisable, mais repose sur le fait que le travail est intérieur. Celui-ci procède de la sublimation, liée à la construction de l'identité singulière. L'expérience intime du travail pouvant ouvrir sur la sublimation requiert cependant des conditions sociales favorables.

En quoi l'organisation du travail favorise-t-elle ou entrave-t-elle l'intelligence au travail aux niveaux individuel et collectif ? Les réponses possibles à cette question sont fortement contrastées et problématiques au regard de la progression constante des décompensations psycho-pathologiques, liée au travail.

Période en cours depuis le début des années 2000

Cette période se caractérise par des transformations de l'organisation du travail liées au tournant gestionnaire et sa systématisation sous la forme d'une « gouvernance par les nombres », selon l'expression d'Alain Supiot (2015). Aux principes d'organisation du travail susmentionnés s'ajoutent désormais le recours systématique à la standardisation et à la normalisation, ainsi qu'un appui privilégié à la communication de l'entreprise en interne et en externe comme moyen puissant pour maintenir la domination au sein des organisations du travail, privées ou publiques.

La psychopathologie du travail prend la forme d'une souffrance éthique, générée par le fait d'avoir à faire dans son travail des choses que l'on réprouve moralement. Dans le cas de suicides au travail, les investigations cliniques soulignent les rapports étroits existant entre dégradation des relations de coopération, souffrance éthique et passage à l'acte suicidaire.

Faire face à des tâches paradoxales dans l'isolement et la solitude s'avère risqué sur le plan psychique lorsque le sujet est conduit, par son travail, à trahir sa conscience professionnelle. L'apparition des suicides au travail a révélé la dégradation majeure et dramatique du rapport subjectif au travail au sein des nouvelles formes d'organisation du travail. En matière d'intervention, l'aggravation constante de la situation se traduit par des demandes souvent médiées par la référence au droit induite par l'obligation réglementaire de prévention des risques psychosociaux, dans un contexte social et politique marqué par la transformation des instances représentatives du personnel et par un affaiblissement majeur des syndicats.

Les atteintes à la santé mentale concernent tous les secteurs, de la justice aux hôpitaux, en passant par les télécoms, l'enseignement et la recherche scientifique. Du point de vue des logiques d'intervention, une action de transformation de l'organisation du travail repose sur le principe selon lequel l'organisation du travail n'est pas immuable mais peut être négociée. Or, se révèle l'absence d'espaces de négociation au sein des organisations du travail.

Émerge la question de la résistance comme problème clinique et théorique. Dans ce contexte, l'encadrement, voire les comités de direction, formulent des demandes spécifiques. Celles-ci changent radicalement la conception de la méthodologie de l'intervention : comment et à quelles conditions penser un travail d'investigation du rapport entre santé mentale et travail à partir de la direction et du management ? La question ouvre un considérable chantier de recherche sur la coopération verticale entre subordonnés et hiérarchie, sur un mode descendant ou ascendant.

Se trouve spécialement posé le problème de la formation au management et aux fonctions de direction par le développement de compétences managériales permettant au sujet concerné de penser le travail pour agir en matière de prévention des problèmes de santé mentale. Une transformation de l'organisation du travail par une

⁴ Activité de production de règles par le collectif de travail, qui permet un remaniement de l'organisation prescrite du travail.

action rationnelle suppose donc d'intervenir sur la conception théorique du management, aujourd'hui majoritairement fondée sur la gouvernance par les nombres. En introduisant la problématique du rapport subjectif au travail dans la conception du management, peut être déployée la référence aux différentes dimensions de la coopération, qui remplit un rôle crucial dans la préservation de la santé mentale.

De nombreux travaux montrent le rôle primordial du rapport au collectif de travail dans la conjuration des pathologies de la solitude et des décompensations psychopathologiques. Ils s'accompagnent d'une résurgence du débat interdisciplinaire à partir de l'analyse des incidences de la clinique du travail sur des disciplines connexes. Par exemple, l'économie servicielle⁵ interroge la place accordée par le modèle économique de l'entreprise aux ressources et investissements immatériels que représente la coopération comme une condition propice à la construction de la santé et leurs incidences en matière de qualité et de productivité du travail.

La théorie en psychodynamique du travail est également mise à l'épreuve par l'approche critique du travail portée par le cinéma, le théâtre, les documentaristes ou les romanciers. La recherche scientifique sur la santé mentale au travail reste un enjeu politique majeur, afin que soient reconstituées les conditions favorables à une action rationnelle de transformation de l'organisation du travail plus respectueuse de la subjectivité et des processus psychiques mobilisés dans la construction de la santé mentale.

Références bibliographiques

Dejours, C. & Gernet, I. (2012). *Psychopathologie du travail*. Paris, France : Masson.

Dejours, C. & Gernet, I. (2012). Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13, 1, 75-91.

Dejours, C. (1980). *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Montrouge, France : Éditions Bayard, 2015.

Du Tertre, C. (2013). Économie servicielle et travail : contribution théorique au développement d'une économie de la coopération. *Travailler*, 29, 1, 29-64.

Gernet, I. (2017). Travail, souffrance et défenses : du groupe au collectif. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 68, 1, 33-46.

Lhuillier, D. (2009). Christophe Dejours. Résistance et défense. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 7, 1, 225-234.

Rolo, D. (2014). Penser la servitude volontaire à l'aide d'une théorie du corps: Contributions de la psychodynamique du travail. *Champ psy*, 65,1, 69-84.

Supiot, A. (2015). *La gouvernance par les nombres*. Cours au Collège de France (2012-2014). Paris, France : Éditions Fayard.

⁵ L'« économie servicielle » désigne une mutation de l'économie qui repose en grande partie sur les activités de service (voir C. Du Tertre, 2013).

Danièle Linhart (CNRS, Cresppa-GTM)

L'intervention de Danièle Linhart, directrice de recherche émérite au CNRS, a repris à grands traits le contenu de plusieurs de ses publications. Les lecteurs sont renvoyés vers ces publications pour plus de détails (Linhart 2018 ; 2015 ; 2011 ; 2010 ; 2006 ; 1997).

Partant du constat d'une plus grande individualisation de la gestion des salariés et de l'organisation de leur travail, Danièle Linhart montre comment les méthodes de management en cours dans un certain nombre d'entreprises tendent à augmenter la pression individuelle à la performance, à transformer les valeurs professionnelles et à modifier la signification même du travail. Alors qu'auparavant le collectif de travail permettait de donner du sens au travail, ce dernier se transforme en une épreuve individuelle où chacun doit faire la preuve de son utilité et trouver par lui-même les valeurs et le sens qu'il y apporte. Les changements organisationnels (restructuration des services, changements de logiciels, etc.) qui accompagnent souvent ces méthodes de management participent alors de cette démarche et peuvent introduire des formes de mal-être et de souffrance.

Dans cette perspective, une piste de recherche, évoquée par Danièle Linhart, porte sur la question du lien de subordination des salariés à leurs employeurs. Ce lien, au cœur du contrat salarial, est le socle sur lequel reposent ces méthodes de management. Dans un contexte de marché du travail tendu, les salariés ne sont pas toujours en mesure de faire valoir leur point de vue professionnel, de mettre en question les critères d'efficacité, de qualité et de rentabilité auquel leur activité est soumise. Ils ne sont pas en mesure d'émettre des critiques sur les méthodes, les procédures qui leur sont imposées. Cette subordination limite le pouvoir de contestation des salariés et peut être délétère pour leur santé mentale.

Références bibliographiques

- Linhart, D. (2018). Le modèle managérial moderne : un taylorisme et une subordination personnalisés. *Psychotropes*, Vol. 24, n°3-4, 21-36.
- Linhart, D. (2015). La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale. Paris, France : Erès.
- Linhart, D. (2011). Une précarisation subjective du travail ? *Annales des Mines – Réalités industrielles*, n°1, 27-34.
- Linhart, D. (2010). La modernisation des entreprises. Paris, France : La découverte.
- Linhart, D. (dir.) (2006). Les différents visages de la modernisation du service publique. Paris, France : *La Documentation française*, 225.
- Linhart, D. (1997). Travail, défaire disent-ils. *Sociologie du Travail*. n°2.

Jean-Pierre Durand (Université d'Évry, Centre Pierre Naville)

L'expression « Homme nouveau » avait été utilisée par Antonio Gramsci en 1934 dans un article dans lequel il montrait que le fordisme avait discipliné l'homme au travail et dans son espace domestique. Je me suis alors demandé par quoi cette discipline est aujourd'hui remplacée dans le travail et la consommation.

Des modèles d'organisation du travail et de la production et des modèles managériaux sont dominants, mais sont déclinés selon les situations. À partir des années 1990 et surtout 2000, le *lean management* a été important dans un contexte généralisé de flux tendus à main-d'œuvre réduite, l'organisation du fast-food constituant l'exemple le plus illustrant. Il repose sur une volonté managériale de fragiliser le processus de production quel qu'il soit. Or, cette fragilisation crée un risque de rupture de production.

Émergent alors des outils sociotechniques pour empêcher cette rupture, que sont notamment la qualité totale et la maintenance productive totale. Ils sont aussi des outils sociaux en ce qu'ils permettent le partage par l'ensemble des salariés des objectifs de l'entreprise, qu'ils soient financiers ou productifs. À travers eux se développent l'autonomie et la responsabilisation des salariés, qui ne sont toutefois pas totales puisqu'elles s'inscrivent dans un cadre de fonctionnement constitué par des métarègles établies concomitamment.

De là découle une injonction contradictoire, entre la promesse d'une responsabilisation et le cadre entravant l'auto-organisation. Quelle que soit l'auto-organisation, il n'est pas possible d'échapper à l'injonction managériale. Il existe par conséquent une disjonction entre les attentes des salariés et les contraintes réelles. L'Homme nouveau doit se construire clivé pour exister et accepter l'injonction contradictoire comme faisant partie de son environnement naturel. Il s'agit en ce sens d'une adaptation contrainte.

La même tendance est observée dans la consommation. En plus de l'obsolescence programmée, le consommateur est confronté à un mur lorsqu'il rencontre des difficultés avec son opérateur téléphonique, son fournisseur Internet ou un transporteur comme la SNCF. L'individu doit alors également s'adapter en acceptant que l'ensemble des promesses formulées ne soient pas tenues.

Dans ce contexte, pourquoi certaines personnes s'effondrent tandis que d'autres survivent ? L'aide apportée par Francesca Biagi (psychanalyste et psychiatre) sur le sujet a permis de souligner l'importance des trajectoires personnelles et des constructions psychiques en utilisant l'allégorie du chêne et du roseau.

Le chêne se fonde sur une image solide de lui-même et est rassuré par l'autorité au sein de l'entreprise. Cependant, il peut s'écrouler face à une turbulence. Il est à souligner l'importance des pairs dans le modèle de management évoqué, dont la force réside dans l'atteinte de l'amour-propre des salariés. Les reproches formulés par les pairs sont en effet plus douloureux que ceux d'un chef, dont c'est la mission. Le harcèlement moral peut en fait être confondu avec le management par les pairs. Quant au roseau, son socle narcissique est plus solide car notamment construit dans le cercle familial. L'entreprise constitue alors un « en plus » et n'est pas sa raison d'être. Alors que le clivage entre les promesses et la réalité peut être maîtrisé par les roseaux qui s'adaptent, il ne peut l'être par les chênes.

Dans un tel contexte, il est difficile d'envisager certains concepts, par exemple celui de la reconnaissance au travail. Il serait davantage pertinent de travailler sur l'identité au travail et sur l'idéal de métier, qui peut être conçu non seulement comme une injonction managériale, mais aussi comme la construction de normes de travail locales. Celles-ci sont construites collectivement par les salariés. Or, les collectifs de travail sont aujourd'hui tellement mouvants qu'ils n'ont plus le temps d'établir un idéal de métier. Le syndicalisme n'a pas été tué par la bureaucratie syndicale mais par le nouveau management.

Le concept d'implication contrainte permet, quant à lui, de rendre compte de la dialectique sous-tendant les nouvelles formes de management et les entreprises libérées. De plus, la rationalisation du travail est quasiment impossible dans certains domaines, en particulier ceux du travail intellectuel ou créatif (publicitaires, journalistes, etc.). Pour y mobiliser les salariés ou les autoentrepreneurs, est développé le « tâcheronnat » consistant à rémunérer les travailleurs à la tâche. Il s'agit d'un type de travail et d'emploi précapitaliste. La protohistoire du capitalisme pourrait par conséquent être interrogée pour comprendre les évolutions de celui-ci. En conclusion, il importe de souligner combien l'autodiscipline de l'Homme nouveau est hétéronome.

Références bibliographiques

Gramsci, A. (1934). Américanisme et Fordisme. Cahier V.

Thomas Coutrot (DARES) et Aude Leduc (DREES)

Enquête Sumer

L'enquête Sumer (Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels) est menée conjointement par la DARES, la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), la Direction générale du travail (DGT) (Inspection médicale du travail) et les services de santé au travail. L'édition 2017 couvre l'ensemble de la France métropolitaine, la Réunion et les Antilles. Le nombre de répondants est de 27 000 salariés, dont les deux tiers ont été tirés au sort spécialement pour l'enquête, le tiers restant figurant déjà dans les agendas de visites médicales périodiques prévues par les services de santé au travail. 1 200 médecins ont participé à la collecte et donné leur avis d'experts, en particulier sur les risques chimiques et biologiques.

Trois méthodes de recueil de l'information ont été utilisées lors des entretiens. Premièrement, le médecin enregistre les réponses des salariés quant aux contraintes horaires et organisationnelles. Deuxièmement, le médecin code les réponses relatives aux risques chimiques et biologiques en fonction des dires du salarié et de son expertise professionnelle. Troisièmement, le salarié décrit la vision qu'il a de son travail dans un auto-questionnaire confidentiel.

L'enquête 2017 intégrait plusieurs nouveautés, en particulier une description des dispositifs de *lean management*, de la conciliation avec les contraintes familiales et des questions sur les comportements hostiles et le sens du travail. Le fichier de l'enquête est en cours de pondération. Les premiers résultats seront publiés au second semestre 2019 et le fichier sera mis à disposition des chercheurs sur le portail d'accès aux données françaises en sciences humaines et sociales, Quételet.

Enquête Conditions de travail et RPS 2016

L'enquête Conditions de Travail et risques psychosociaux 2016 (CT-RPS 2016) est basée sur la définition opérationnelle des facteurs psychosociaux de risque, formulée par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail et le rapport Gollac (2011). 23 000 personnes interrogées dans le cadre de l'enquête de 2013 l'ont été de nouveau en 2015 et 2016, 7 000 nouveaux répondants ont été inclus pour préserver la représentativité de l'échantillon. Un volet employeur a aussi été réalisé.

En outre, un appariement avec les données de l'Assurance maladie, disponibles via le Système national des données de santé (SNDS) et relatives à la consommation de médicaments et de soins, est prévu courant du second semestre 2019, de même que des post-enquêtes. L'appariement permettra de mener des études inédites sur les liens entre conditions de travail et dépenses de santé.

L'échantillonnage comprend des salariés de la fonction publique et des hôpitaux. Le questionnaire utilisé reprend largement celui de l'enquête de 2013, avec des questions complémentaires pour mieux couvrir toutes les dimensions des risques psychosociaux, mieux tenir compte du genre et enrichir la partie relative à la description de la santé, en particulier mentale. Des questions sensibles sur le risque suicidaire ont aussi été ajoutées.

Le taux de réponse global s'élève à environ 75 %. 72 % des répondants ont fourni le nom et l'adresse de leur employeur et 88 % ont communiqué leur numéro de sécurité sociale en vue de l'appariement.

Le volet employeur vise à évaluer les politiques de prévention des RPS au sein des établissements et d'éclairer les conditions de travail des salariés au regard de ces politiques. L'échantillon consiste en 7 000 établissements tirés au sort dans le fichier Système national d'identification et du répertoire des entreprises et de leurs établissements (SIRENE), ainsi que les établissements d'au moins 10 salariés dans lesquels travaillent les personnes interrogées. Le taux de réponse est de l'ordre de 69 %.

Enfin, les résultats du volet individu seront mis à disposition des chercheurs fin 2019 sur Quételet, tandis que les fichiers appariés et couplés ainsi que le volet employeur seront disponibles via le Centre d'accès sécurisé aux données (CASD).

Enquête Santé européenne 2014 (European Health Interview Survey – EHIS)

L'enquête en population générale a été réalisée par la DREES en co-maîtrise d'ouvrage avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) auprès d'environ 15 000 personnes. Le questionnaire porte principalement sur la santé (état de santé général, recours aux soins, renoncement aux soins, habitudes de vie). En matière de santé mentale, le score PHQ8 (Patient Health Questionnaire, 8 questions) permet de déterminer la présence de symptômes dépressifs et deux questions portent sur le fait d'avoir une dépression et de recourir à un suivi psychologique.

L'enquête, effectuée dans l'ensemble de l'Union européenne, rend possible l'établissement de comparaisons européennes. En France, elle est appariée avec le SNDS, ce qui permet d'isoler la consommation de psychotropes et le recours aux psychiatres par exemple.

En 2014, des questions relatives aux conditions de travail avaient été spécifiquement ajoutées à l'enquête française. Elles peuvent donc être utilisées en lien avec les données de l'enquête portant sur la santé mentale. L'accès à l'enquête, sur la base d'un projet de recherche et après autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), se fait via Quetelet et via la plate-forme de mise à disposition Health Data Hub respectant le référentiel de sécurité du SNDS pour les fichiers appariés. Les données des différents pays européens sont accessibles via Eurostat (office de statistique de l'Union européenne), également sur projet.

Appariement entre l'échantillon démographique permanent de l'Insee et le SNDS

L'échantillon démographique permanent (EDP) rassemble les données de 3,6 millions de personnes sélectionnées sur leur date de naissance. Il comprend les informations des bulletins d'état civil, du recensement, du fichier électoral, les données fiscales et salariales. L'ensemble de ces données vont être appariées à celles du SNDS, relatives aux soins de ville et à l'hôpital, aux causes médicales de décès et, à terme, aux données des maisons départementales des personnes handicapées et à celles d'un échantillon d'organismes complémentaires.

Le premier appariement entre le SNDS et l'EDP devrait être produit en 2019 à la DREES, afin d'évaluer la stratégie nationale de santé. Il s'agit d'un projet d'envergure au regard de la taille de l'échantillon et de la possibilité de croiser des informations très fines, sur la santé et la situation vis-à-vis de l'emploi ou des carrières.

Cohorte Constances de l'Inserm

La cohorte est basée sur le volontariat. Elle comprenait environ 30 000 personnes en 2013 et 160 000 en 2017. Elle permet de réunir des données déclaratives sur la santé, en particulier mentale, et sur les conditions de travail. Des examens de santé sont également réalisés tous les 5 ans sur les volontaires. La cohorte est appariée au SNDS et aux données de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Références bibliographiques

Gollac, M. Bodier, M. (dir.) (2011). [Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser](#). DARES, ministère du Travail et de l'Emploi.

Synthèse des débats

À la suite de ces quatre interventions, il est rappelé combien le travail, tant dans l'épanouissement qu'il procure que dans les résistances qu'il génère, participe à la construction psychique de chacun et chacune. Plus largement, le couple emploi-travail fonde le statut et la personnalité des individus.

Interrogée sur les enjeux soulevés par la coopération verticale, Isabelle Gernet est tout d'abord revenue sur les différentes formes de coopérations existantes. La coopération horizontale se déroule entre pairs ayant une expérience commune du travail. La coopération verticale, quant à elle, implique le travail d'encadrement. Enfin, la coopération transverse implique les usagers et les bénéficiaires, internes ou externes à l'entreprise. Elle rappelle que la plupart des théories actuelles du management ne prennent en compte ni le travail, ni la coopération. Or l'enjeu du débat réside essentiellement dans la discussion critique de la conception du management qui a une responsabilité en matière de coopération. Au cours des dernières années, la coopération verticale a fait l'objet d'une attention renforcée, la souffrance touchant également les cadres et certains dirigeants. La souffrance et la santé mentale sont ainsi devenues des enjeux pouvant être saisis à partir de l'analyse de la coopération verticale.

Toutefois, l'usage du terme de coopération verticale soulève des questions. En effet, l'ascension dans la hiérarchie implique une croissance du nombre d'injonctions, plutôt que des échanges coopératifs.

Dans la continuité de cette réflexion, des interrogations portent sur l'évolution des formes de contrôle et de domination à l'égard des employés qui se traduit par une individualisation croissante des responsabilités et des performances. Des tendances globales d'individualisation de la relation salariale et du changement permanent sont observées. De même, le lien entre changement permanent et dégradation de la santé mentale est avéré, sauf dans les cas où le changement fait l'objet d'une négociation et d'une discussion avec les salariés. Cette forme de management, par le contrôle individuel, génère des souffrances, des risques psychosociaux et des suicides. Les entretiens individuels ne correspondent que rarement aux attentes des salariés. Des travaux empiriques montrent cependant que les entretiens individuels peuvent être positifs pour la santé mentale des salariés dès lors qu'ils ne s'appuient pas sur des objectifs chiffrés individuels mais sur une discussion qualitative du travail.

Le management libéré, décrit par Danièle Linhart, essaie de limiter le contrôle individuel et plaide pour sa part en faveur d'un mode de mise au travail plus légitime, efficace, productiviste et rentable mais cela ne signifie pas la fin des rapports de domination.

Un autre point porte sur les effets de la médiatisation du *burn-out* et du stress au travail dans la reconnaissance de la souffrance liée au travail. Un constat est que l'opinion publique française n'est pas favorable aux salariés car elle manifeste une intolérance à l'égard de la médiatisation des questions de la souffrance au travail. L'idée qu'il n'y aurait pas de raison de se plaindre en France, pays de privilégiés et d'acquis sociaux, est très intériorisée. De même, la perspective d'être soi-même confronté à des risques réels s'accompagne souvent de l'idée que les autres sont privilégiés.

Dans une autre perspective, le déni des directions d'entreprises et des administrations publiques, confronté aux résultats d'études statistiques présentés dans des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou des Comités d'entreprise (CE), est régulièrement constaté.

Plusieurs participants soulignent la nécessité de prendre en compte dans de futures recherches le cas spécifique des indépendants ou des jeunes dont le rapport au travail a évolué, afin d'étudier ce que cela implique du point de vue de la santé mentale. Danièle Linhart précise que le management s'intéresse de moins en moins aux professionnels et de plus en plus aux hommes et aux femmes, en tenant compte de leurs rêves et de leurs aspirations au bonheur. La notion de subordination prend alors un autre sens, les désirs les plus profonds devant être subordonnés aux besoins de l'entreprise. Cela constitue un enjeu de recherche puisque ce n'est pas sans effet sur la santé mentale. Dans une autre perspective, les modalités d'éviction du travail des travailleurs en souffrance pourraient faire l'objet d'enquêtes ainsi que le lien entre suicide et produits chimiques d'origine professionnelle. Les effets de l'ensemble des lois Travail (loi du 17 janvier 2002 de « modernisation sociale » ; loi du 31 janvier 2007 de « modernisation du dialogue social » ; loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, dite loi « Travail ») sur la reconnaissance des troubles socio-psychiques ont également été évoqués comme possible sujet de recherche. Enfin, très peu de travaux empiriques ont été réalisés sur les organisations responsabilisantes et les entreprises libérées. Ce

manque mériterait d'être comblé. Se pose alors la difficulté d'accès au terrain dans les entreprises libérées. La possibilité, via les réseaux, de contacter des personnes ayant quitté les entreprises libérées ou des personnes soumises au tâcheronnat, peut rendre possible l'étude de ces terrains.

Afin de répondre à ces questionnements, les participants précisent que plusieurs enquêtes pourront être exploitées pour de futures recherches. Santé publique France développe actuellement deux cohortes, l'une chez les indépendants et l'autre chez les affiliés du régime agricole, qui seront les pendants de la cohorte Constances. Cependant, ces deux cohortes ne s'appuieront que sur des données déclaratives, croisées avec les données du SNIIRAM.

LA SANTÉ MENTALE DES TRAVAILLEURS PRÉCAIRES ET DES CHÔMEURS

SÉANCE 2 • 21 SEPTEMBRE 2018

Cadrage de la séance

Diane Desprat (MiRe/SEEE/DREES)

Cette deuxième séance souhaite porter son attention sur la santé mentale des travailleurs précaires et des chômeurs. On assiste depuis une vingtaine d'années à une précarisation de l'emploi avec le développement des contrats « atypiques » (CDD, intérim, emploi-aidé, etc.) ainsi que la banalisation du travail à temps partiel et des temps de travail flexibles et irréguliers. Par ailleurs, les salariés cumulant plusieurs emplois représentent 5 à 6% des travailleurs depuis une quinzaine d'années, mais on connaît peu de choses sur leurs conditions de travail, leur vécu du travail et leur santé mentale. À cela, s'ajoute également la précarité du travail due aux changements organisationnels et à l'insécurité du travail. En 2013, quatre salariés sur dix ont été concernés par des changements organisationnels et 21% disent vivre des « changements imprévisibles et mal préparés » dans leur travail (Coutrot, 2017a ; Coutrot, 2017b). Ces processus tendent à rendre les conditions d'emploi et de travail plus incertaines et plus instables pour un nombre croissant de personnes. Des travaux font état de sentiment de stress chez les personnes cumulant précarité de l'emploi et du travail (Paugam et al., 2011 ; Héléardot, 2005 ; Paugam, 2000). À titre d'exemple, en 2005, plus d'un quart des salariés étaient dans une situation d'emploi précaire ou instable du fait de la nature de leur contrat de travail (contrat à durée limitée, intérim) ou d'un sentiment d'insatisfaction ou d'insécurité par rapport à l'emploi » (Rouxel, 2009). Ces situations entraînent des conditions de vie particulièrement stressantes, des difficultés d'accès au logement et aux ressources dites « de base ». Ce cumul de difficultés n'est pas sans influencer sur le vécu des individus et introduit des formes de souffrance qu'il importe de questionner. De même, les ruptures d'activité fréquentes et les trajectoires professionnelles heurtées peuvent, à terme, occasionner de l'incertitude et un manque de reconnaissance. La pluri-activité des bénéficiaires de minima sociaux (RSA Activité, etc.) et l'injonction qui leur est faite en matière d'insertion, se traduisant par un contrôle de leurs ressources régulières tous les trimestres, n'est pas sans occasionner du stress. Plus globalement, il s'agit de replacer au centre des interrogations ces populations trop souvent oubliées des analyses et des statistiques (difficulté à comptabiliser cette population qui se situe dans un entre-deux) et souligner les conséquences de ces évolutions des formes d'emploi et du travail sur la santé mentale de ces travailleurs précaires ainsi que les multiples détresses que cela peut occasionner.

Dans la continuité, le chômage, souvent appréhendé comme le négatif du travail, introduit une rupture chez les individus et constitue un risque de désocialisation, la perte d'un emploi étant vécue comme un événement traumatique. L'incertitude du lendemain, la privation de revenus ou encore le sentiment de « honte sociale » (Demazière, 1995) jalonnent le parcours des chômeurs et peuvent avoir des incidences sur la santé psychique de ces derniers (Herman, 2007 ; Debout, 2015). La perte de revenu peut amener les individus à renoncer à consulter un professionnel de santé suite à une dépression ou des troubles anxieux. Toutefois, cette situation n'atteint pas les individus de manière identique. Le sexe, l'âge ou encore la situation familiale influent sur les effets du chômage, de même qu'il existe plusieurs chômeurs (de longue durée, par intermittence, etc.). Il s'agit alors d'appréhender le vécu du chômage dans sa diversité (Schnapper, 1981).

Plus précisément, cette séance cherche à interroger les spécificités de l'impact de la précarisation de l'emploi et du travail ainsi que du chômage sur la santé mentale des individus et de permettre une meilleure connaissance des enjeux qui s'y jouent. Plus généralement, interroger les « frontières » du travail participe d'un questionnement plus large sur ce qu'est le travail, son rôle et sa fonction dans la société et chez les individus et ses impacts sur la santé mentale.

Animée par Axelle Brodriez-Dolino (Historienne, chargée de recherche au CNRS, Centre Norbert Elias), la séance a alterné présentations des travaux, des points de vue et des échanges selon l'ordre suivant :

- Michèle Lelièvre (Secrétaire générale de l'ONPES, DREES) : Précarité professionnelle, sociale et souffrance psychique : quelques pistes de réflexion.
- Manuella Roupnel-Fuentes (Maître de conférences en sociologie, Université d'Angers-Cholet, Centre Maurice Halbwachs) : Licenciement collectif et désinsertion professionnelle : quels effets ou risques sur la vie des (ex)-travailleurs ?
- Nicolas Duvoux (Professeur de sociologie, Université Paris 8, CRESPPA) : L'injonction à l'autonomie dans les politiques d'insertion : effets sociaux, effets psychiques.
- Maryse Bresson (Professeure de sociologie, Université Versailles-Saint-Quentin, Printemps) : Le lien entre santé mentale et précarité : déconstruire les fausses évidences.

Références bibliographiques

Coutrot, T. (2017a). Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ? DARES, n°061.

Coutrot, T. (2017b). Insécurité du travail, changements organisationnels et participation des salariés : quel impact sur le risque dépressif ? *Documents d'étude*, DARES.

Debout, M. (2015). Le traumatisme du chômage. Paris, France : Les éditions de l'Atelier.

Demazière, D. (1995). La sociologie du chômage. Paris, France : La Découverte.

Hélaridot, V. (2005). Précarisation du travail et de l'emploi : quelles résonances dans la construction des expériences sociales ? *Empan*, 60, 4, 30-37.

Herman, G. (2007). Travail, chômage et stigmatisation. Une analyse psychosociale. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Paugam, S., Le Blanc, G. et Rui, S. (2011). Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie. *Sociologie*, 2, 4, 417-431.

Paugam, S. (2000). Le salarié de la précarité. Paris, France : PUF.

Rouxel, C. (2009). Conditions de travail et précarité de l'emploi. *Premières Synthèses Informations*, DARES, 28.2.

Schnapper, D. (1981). L'Épreuve du chômage. Paris, France : Gallimard.

Axelle Brodiez-Dolino (CNRS, Centre Norbert Elias)

Le lien qui existe entre la précarité professionnelle ou le chômage et la santé mentale n'est pas unilatéral : la précarité professionnelle et le chômage peuvent avoir des effets délétères sur la santé mentale ; cependant, à l'inverse, une santé mentale dégradée peut constituer un facteur de travail dégradé ou de chômage. Les relations de causalité sont donc complexes et s'entremêlent probablement davantage qu'elles ne seraient exclusives l'une de l'autre.

Depuis les années 1980 existe une tendance au « déversement » de personnes qui ne parviennent plus à trouver un emploi, vers des dispositifs de prise en charge du handicap (en particulier l'Allocation Adulte Handicapé). Le chômage devient alors un facteur de hausse des allocataires de prestations « handicap », alors même qu'ils n'en relèvent pas, ce qui a des effets sur leur santé mentale, tant il est déprimant d'être déversé dans un dispositif dont on ne relève pas a priori, ce qui peut amorcer un cercle vicieux.

Il ne s'agit pas non plus d'affirmer que le lien entre dégradation de la santé mentale et chômage ou précarité professionnelle serait automatique : certains individus vont résister mieux que d'autres à une même exposition, en raison de la présence de facteurs protecteurs, endogènes ou exogènes, qui constituent en soi des objets d'investigation.

Le problème n'est guère nouveau. Sa formalisation est plus neuve : si les problèmes financiers et physiques apparaissent loin dans les archives, la dimension psychologique est longtemps restée impensée, jusqu'à ce que la personne atteigne des stades ultimes (vagabondage, mendicité, internement asilaire, etc.).

La santé mentale dégradée apparaît nettement à compter des années 60, en particulier dans le cas assez paroxystique d'ATD Quart Monde, association intervenant auprès d'hommes durablement éloignés de l'emploi, lesquels sombrent parfois dans des états de dépression et d'apathie.

C'est surtout depuis 1985 environ, avec la forte montée du chômage, que la problématique de la santé mentale commence à être étudiée de façon plus approfondie, notamment à des stades plus précoces. Ainsi surgit la question du stade à partir duquel l'on considère que la santé mentale est dégradée. À cet égard, il importe de plaider pour une conception extensive, qui semble admise dans la plupart des définitions de la santé mentale, même si cela demeure un objet en soi de discussion.

Il faut distinguer la précarité de l'emploi et le chômage. Dans le premier cas, les travailleurs, placés dans une situation précaire et instable du fait de leur contrat de travail, sont davantage confrontés à des conditions de travail pénibles ou dangereuses, ce qui pourrait constituer un facteur de dégradation de la santé psychique, directement ou par répercussion. Ces contrats, créant des ruptures d'activité fréquentes et des trajectoires professionnelles heurtées, occasionnent aussi une incertitude, une perte de reconnaissance et d'estime de soi pouvant altérer la santé mentale des travailleurs concernés. Enfin, la précarité financière tend à se répercuter sur d'autres aspects de la vie (logement, habillement, capacité à se projeter dans l'avenir, etc.).

Le chômage constitue une situation assez similaire du point de vue de ses impacts matériels mais s'y ajoutent notamment la désocialisation et un sentiment, souvent fort, de dévalorisation, comme le montrent par exemple les thèses de Serge Paugam (1991) et celle de Nicolas Duvoux (2008).

Références bibliographiques

Duvoux, N. (2008). L'injonction à l'autonomie : l'expérience vécue des politiques d'insertion. Thèse sous la direction de Serge Paugam. Paris, France : EHESS.

Paugam, S. (1991). La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté. Paris, France : PUF.

Précarité professionnelle, sociale et souffrance psychique : quelques pistes de réflexion

Michèle Lelièvre (DREES, ONPES)

Les liens pouvant exister entre la santé mentale, la précarité professionnelle et le chômage constituent un champ d'étude qui intéresse l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), à plusieurs titres. D'une part, les populations pauvres d'âge actif sont particulièrement exposées à la précarité professionnelle et au chômage. D'autre part, si l'incidence du travail précaire et du chômage sur la santé mentale est avérée, l'on peut s'interroger sur les mécanismes de pauvreté irréversible que cela peut instaurer.

La recherche documentaire conduite par le webmestre éditorial de l'ONPES à partir de Google Scholar montre, malgré les lacunes de cet outil, que la question de la santé mentale des personnes pauvres ou en situation précaire est assez largement traitée par la recherche francophone. Elle l'est en grande partie, toutefois, sous l'angle du chômage ou de l'absence de domicile, beaucoup moins sous l'angle de la précarité professionnelle.

Définitions et constats

La précarité professionnelle n'a pas de définition univoque et son appréciation semble soulever des difficultés théoriques et méthodologiques, qui ne seront pas explorées ici. Serge Paugam proposait, en 2000, un cadre distinguant deux dimensions de la précarité à prendre en compte :

- la précarité de l'emploi, via la relation contractuelle et sa plus ou moins grande stabilité ;
- la précarité du travail, qui renvoie à la sécurité de l'emploi et à la façon dont l'individu se représente son rapport à l'emploi, à travers notamment ses conditions de travail et son environnement.

Sont considérées comme précaires toutes les formes d'emploi qui s'écartent de la norme d'emploi (le CDI à temps complet), ce qui inclut les contrats courts, les temps partiels subis ou encore les contrats aidés.

En 2016, 38,3 % des chômeurs (au sens du Bureau international du travail) vivaient en-dessous du seuil de pauvreté, contre 6,4 % des salariés (Insee, 2018). Parmi les actifs, le risque d'être pauvre est 4,8 fois moins élevé pour les personnes en emploi que pour les chômeurs.

Pour autant, un emploi ne permet pas de se prémunir de la pauvreté puisque près de 8 % des actifs occupés sont pauvres, en 2016 (Insee, 2018), soit environ 2 millions de personnes. Les temps partiels et contrats courts sont surreprésentés parmi cette population. Le taux de pauvreté, parmi les indépendants, est par exemple de 17,5 % en 2016 (contre 14 % en population générale).

Parmi les bénéficiaires de minima sociaux d'âge actif, on comptait, fin 2015, 628 400 foyers allocataires au revenu de solidarité active (RSA) (Drees, 2017). Une autre enquête de la Drees, conduite en 2012, montrait que plus de la moitié des salariés bénéficiaires de minima sociaux d'âge actif travaillaient à temps partiel.

Il apparaît également que seuls 9 % des bénéficiaires du RSA « socle » n'ont jamais travaillé. 12 % de ces bénéficiaires (17 % pour l'allocation de solidarité spécifique [ASS]) ont connu un passé professionnel avec un travail régulier. Une majorité de bénéficiaires du RSA socle ou de l'ASS a rencontré des trajectoires heurtées (dominante de travail régulier, dominante de chômage, dominante d'alternance emploi/chômage ou d'inactivité, dominante de longues périodes d'activité).

Le rapport des travailleurs précaires à la souffrance psychique peut aussi être éclairé à partir de résultats obtenus via l'étude de Muriel Moisy (Drees, 2014) sur l'état de santé et le renoncement aux soins des bénéficiaires de minima sociaux, sur la base des résultats de l'enquête BMS conduite par la Drees en 2012.

Ces travaux montrent que les bénéficiaires du RSA sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que la population générale. Ils déclarent aussi davantage de problèmes de santé mentale. Ainsi, 36 % des bénéficiaires

du RSA ont un score de détresse psychologique inférieur à 50⁶ (contre 15 % chez l'ensemble des personnes âgées de 18 à 59 ans).

Notons aussi que moins d'un tiers des bénéficiaires du RSA activité seul, âgés de 18 à 59 ans, présentent des symptômes de détresse psychologique contre près de 40 % des allocataires du RSA socle (les plus éloignés de l'emploi).

Pistes de réflexion

La fréquence plus élevée des situations de détresse psychologique chez les bénéficiaires du RSA socle, par rapport aux bénéficiaires du RSA qui sont en activité, invite à se demander si la même graduation s'observe au sein même de la population des bénéficiaires du RSA socle (ce qui suppose de distinguer, dans cette population, les bénéficiaires du RSA socle ayant un lien, même ténu, avec le travail). L'idéal serait de pouvoir aborder cette question en trajectoire, à la faveur de l'enquête BMS (Bénéficiaires des minima sociaux) de la Drees, c'est-à-dire en prenant en compte le passé professionnel de ces populations.

L'analyse multivariée conduite par Muriel Moisy (Drees) corrobore par ailleurs le constat de résultats différenciés, en termes de détresse psychologique, parmi les bénéficiaires du RSA socle et ceux qui perçoivent le RSA activité.

Parmi les autres facteurs associés à une plus forte probabilité de déclaration de symptômes de détresse psychologique figurent notamment l'isolement familial, le fait d'être une femme ou encore la consommation intensive de tabac.

Références bibliographiques

DREES (2017). [Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution](#). Panoramas de la DREES.

Duvoux, N. (2008). L'injonction à l'autonomie : l'expérience vécue des politiques d'insertion. Thèse sous la direction de Serge Paugam. Paris, France : EHESS.

INSEE Première (septembre 2018). [Les niveaux de vie en 2016. La prime d'activité soutient l'évolution du niveau de vie des plus modestes](#), n° 1710.

Moisy, M. (2014). [État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA](#). *Études et Résultats*, n°882.

Paugam, S. (2000). Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle. Paris, France : PUF.

⁶ Un état de détresse psychologique est caractérisé par un score inférieur à 50 à l'index Mental Health – five items (MH5) qui calcule un score à partir des cinq questions posées aux enquêtés sur la fréquence à laquelle ils se sont sentis « nerveux », « découragés », « calmes » et détendus », « tristes et abattus » et « heureux » au cours du dernier mois.

Licenciement collectif et désinsertion professionnelle : quels effets ou risques sur la vie des (ex)-travailleurs ?

Manuella Roupnel-Fuentes (Université d'Angers-Cholet, Centre Maurice Halbwachs, ESO-Angers)

Références et délimitation du sujet

Cette présentation souhaite évoquer les effets de l'absence d'emploi. En revanche, les conséquences provoquées par la précarité de l'emploi ne feront pas l'objet de cette intervention.

Dans son ouvrage *Le traumatisme du chômage*, Michel Debout (2015), médecin, s'insurge à juste titre du peu de considération pour les dégâts causés par l'absence d'emploi. Il s'insurge également contre l'absence de prise en charge de la santé mentale des chômeurs, alors même que les travailleurs bénéficient d'une médecine du travail.

Certes, des études sur les méfaits de la perte d'emploi existent mais elles sont éparpillées entre différentes disciplines (économie, épidémiologie, anthropologie...) et existent davantage au plan international qu'en France. De plus, nombre de ces études sont anciennes, à l'image de la célèbre monographie sur les chômeurs de M-rienthal (Lazarsfeld et al. 1933), montrant qu'une entreprise fermant ses portes met la communauté villageoise dans une situation d'appauvrissement, de désœuvrement et de perte de repères. En 1941, Mirra Komarovsky publie, sur le même sujet, *The unemployed Man and his family*. En France ont été publiés les travaux de Raymond Ledrut (1966), Serge Moscovici, Olivier Schwartz ainsi que ceux de Dominique Schnapper (1981). En 2000, Serge Paugam a réalisé une étude sur les formes du chômage en Europe. La même année, Annie Mesrine (2000) a écrit un article sur la surmortalité des chômeurs.

En économie, Sylvie Blasco et Thibault Brodaty (2016) ont réalisé une étude sur les effets du chômage sur la santé mentale, à partir de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), pour la période 2006-2010. Une étude très récente est également parue en 2018, sous l'égide de l'association Solidarités nouvelles face au chômage (SNC), montrant que 10 000 à 14 000 décès seraient imputables, chaque année, au chômage, même si la méthodologie qui sous-tend ces travaux n'est guère explicitée.

Force est néanmoins de constater que le chômage suscite peu d'intérêt ou de vocations scientifiques nouvelles en France, en particulier en sociologie. Ce constat est d'ailleurs confirmé par les réticences de mes étudiants à travailler sur les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA). Ce sujet semble avoir un effet « repoussoir ».

En outre, le lien de causalité entre perte d'emploi et santé est loin d'être aisé à établir. Une interrogation évidente vise à savoir si le chômage, en soi, provoque des troubles de santé ou si c'est une fragilité morale, ou sur le plan de la santé, qui va favoriser une situation de chômage. Il faut également s'interroger sur les effets propres de la perte d'emploi, en essayant de les distinguer de ceux de la perte de revenu qui est généralement son corollaire.

Le contexte social et culturel ainsi que la conjoncture économique jouent également un rôle. Serge Paugam, dans son étude européenne, montre que la manière de vivre change en fonction du degré de protection sociale offert par la société et du niveau de soutien financier prodigué par la famille. La notion même de bonne santé n'est guère univoque : on peut se fier à la santé perçue ou tenter d'objectiver un tel état. Enfin, les troubles de santé ne se manifestent pas tous dans la même temporalité : un état de détresse se déclare rapidement tandis qu'une dépression peut mettre plusieurs mois, voire davantage, à se manifester ou à être détectée.

Constats

Selon les baromètres santé 2005 et 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les chômeurs ont consommé davantage de médicaments psychotropes que les actifs occupés.

Dans ma thèse de doctorat (2007), j'ai étudié les conséquences d'un plan social de grande ampleur (Moulinex), en France, qui a touché in fine près de 3 000 salariés en 2001. J'ai réalisé deux ans plus tard une enquête quantitative auprès d'un échantillon représentatif des 3 000 personnes licenciées. 830 anciens salariés de Moulinex ont ainsi été rencontrés à leur domicile, à travers un questionnaire investiguant leur situation vis-à-vis de l'emploi et les conséquences du licenciement sur leur santé, leurs relations sociales, leur niveau de vie et leur

rapport à la citoyenneté. Les trois quarts des personnes disaient avoir été affectées par leur licenciement, et une partie d'entre elles disait continuer d'en souffrir.

La population étudiée était en très grande majorité abîmée par des années de restructuration, dans la mesure où ce plan social constituait le dixième d'une longue série.

Pour tenter de mesurer l'« effet en soi » de la perte d'emploi, en faisant notamment la part de la dégradation de l'état de santé antérieure à la perte d'emploi, un questionnaire a été établi « avant/après » le licenciement, en se concentrant sur les personnes ayant déclaré ne pas avoir connu des troubles particuliers avant le licenciement.

Il apparaît bien, à travers le cas de ces personnes, que la perte d'emploi a des effets négatifs sur la santé, notamment morale. 40 % des répondants disent avoir perdu le goût pour les choses qu'ils aimaient habituellement. Les troubles du sommeil subséquents au licenciement ont atteint 42 % d'entre eux. Des femmes, notamment, ont dit continuer de se réveiller la nuit à 5 heures, heure habituelle de leur départ au travail pendant de nombreuses années. 18 % des répondants ont également dit avoir recours à des anxiolytiques, alors qu'ils n'en prenaient pas avant leur licenciement. Les retombées du licenciement apparaissent également comme asymétriques. « Toutes choses égales par ailleurs », les femmes au chômage déclarent 3,5 fois plus souvent que les hommes prendre des médicaments contre l'anxiété suite à leur licenciement. Elles sont également plus nombreuses à connaître des problèmes de santé. Au total, 8 % des personnes ont dit avoir songé à mettre fin à leurs jours, ce taux étant plus élevé parmi les personnes non diplômées.

Le chômage a enfin des effets par ricochet sur différents aspects de la vie personnelle et sociale de l'individu. Le mal-être, le stress et la déprime provoquent par exemple des fringales et désordres alimentaires, la prise de poids venant alors renforcer le mal-être de l'individu. Les répondants ont également évoqué la perte des repères spatio-temporels et un rejaillissement de la perte d'emploi sur les relations conjugales et amicales.

Pistes d'étude

Il importe d'étudier l'expérience du chômage pour certaines catégories de demandeurs d'emploi, en particulier les moins qualifiés mais aussi les chômeurs âgés, fréquemment victimes d'une discrimination de la part des employeurs et du chômage de longue durée.

Par ailleurs, des efforts de prévention de la survenue du chômage, à travers la prévention de la désinsertion professionnelle (thème sur lequel travaille déjà l'assurance maladie) devraient être mis en place.

Enfin, l'étude des effets de la reprise d'emploi ou d'activité pourrait permettre de constater la disparition, ou non, des conséquences négatives de la perte d'emploi qui avaient été constatées. Les initiateurs du projet « Territoires zéro chômeur de longue durée », lancé par le mouvement « Agir tous pour la dignité Quart Monde » (ATD Quart Monde), semblent attester cette disparition, si l'emploi retrouvé est en contrat à durée indéterminée (CDI). Au près des anciens salariés de Moulinex, il a été constaté que les effets du chômage ne s'effacent pas, loin de là, lorsque l'emploi retrouvé est précaire, à temps partiel ou assorti d'un rythme très décousu.

Références bibliographiques

Beck, F. (2005) [Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé](#). INPES.

Beck, F. (2010) [Baromètre santé 2010](#). INPES.

Blasco, S. et Brodaty, T. (2016) [Chômage et santé mentale en France](#). Économie et statistique, n°486-487, 17-44.

Debout, M. (2015). Le traumatisme du chômage. Paris, France : Les éditions de l'Atelier.

Gallie, D. Paugam et S. (dir.) (2000). *Welfare Regimes and the Experience of Unemployment in Europe*. Oxford, Grande Bretagne : Oxford University Press.

Komarovsky, M. (1941). *The Unemployed Man and His Family: The Effect of Unemployment Upon the Status of the Man in Fifty-Nine Families*. New York, USA : Dryden Press.

Lazarsfeld, P. et al. (1982). *Les chômeurs de Marienthal*. Paris, France : Les éditions de minuit [1933].

Ledrut, R. (1966). *Sociologie du chômage*. Paris, France : PUF.

- Mesrine, A. (2000). [La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?](#) Économie et statistique, n°334, 33-48.
- Moscovici, S. (1961). Reconversion industrielle et changements sociaux. Un exemple : la chapellerie dans l'Aude. Paris, France : Armand Colin.
- Paugam, S. (2007). Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle. Paris, France : PUF.
- Roupnel-Fuentes, M. (2007). Une rupture totale. Le licenciement massif des salariés de Moulinex. Thèse dirigée par Serge Paugam. Paris, France : EHESS.
- Schnapper, D. (1981). L'Épreuve du chômage. Paris, France : Gallimard.
- Schwartz, O. (1990). Le Monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord. Paris, France : PUF.
- SNC (2018). [Le chômage nuit à la santé](#). Gazette sante social, n° 155.

L'injonction à l'autonomie dans les politiques d'insertion : effets sociaux, effets psychiques

Nicolas Duvoux (Université Paris 8, CRESPPA)

Remarques introductives

Les données évoquées dans mon intervention sont anciennes (2005 à 2008) puisqu'elles concernent des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), auquel s'est substitué le RSA. En outre, tous les entretiens constituant le support de ces données ont été réalisés dans la métropole francilienne.

La période au cours de laquelle le RMI est devenu le RSA, c'est-à-dire la première décennie des années 2000, se distingue par une préoccupation importante en faveur du rééquilibrage des attentes de la collectivité vis-à-vis des allocataires de cette prestation. On assiste alors à la montée d'un discours sur l'assistanat, le RMI prenant une connotation péjorative et désignant désormais un statut donnant lieu à une forte stigmatisation.

Cependant une forte porosité entre les situations d'emploi (souvent très précaires) et les statuts d'assistance ou les revenus de remplacement est constaté. Les cas de stabilité dans les statuts d'assistance et dans l'éloignement du marché du travail, sur une très longue durée, s'avèrent en effet minoritaires, ce qui invite à sortir d'une vision binaire opposant emploi et absence d'emploi.

La montée de la question de la santé mentale dans l'agenda des politiques publiques

Il faut replacer l'émergence de la santé mentale, en tant qu'enjeu de politique publique, dans le contexte des années 1990, marqué par la montée en puissance de la thématique de l'exclusion sociale. Comme le montre Didier Fassin (2006), sociologue et anthropologue, la souffrance et l'exclusion deviennent des thèmes agrégeant des problèmes sociaux liés à la pauvreté et aux inégalités, faisant de la santé mentale un « descripteur autorisé » de ces maux. Ceci se traduit notamment par la création de dispositifs institutionnels tels que des lieux d'écoute et l'intervention de psychologues auprès de bénéficiaires d'allocations et de revenus de remplacement.

À partir du début des années 2000, la question de la santé mentale, de la souffrance et de l'exclusion se trouve largement remplacée, dans le débat public et dans les coordonnées de l'action publique, par des préoccupations pour la valorisation du travail. On peut dater ce mouvement du rapport du Commissariat général du Plan (CGP) rédigé par Jean-Michel Belorgey (2000), qui identifie des effets de désincitation dans le fonctionnement des minima sociaux, du fait notamment de leur grande complexité. Émerge alors un souci qui va continuer de croître pour la revalorisation du travail et en faveur de la création d'un différentiel de ressources entre les revenus d'assistance et le retour dans l'emploi, même si celui-ci est peu rémunéré et peu qualifié.

L'expérience vécue des allocataires du RMI ayant signé un contrat d'insertion

L'autonomie des assistés (2009) proposait une analyse des expériences vécues des allocataires du RMI qui étaient exposés à la norme d'autonomie ou une forme de responsabilisation, à travers la signature d'un contrat d'insertion. Cette approche présente l'intérêt de fournir des indications qualitatives sur la gradation observable du point de vue de l'exposition à une dégradation de la santé mentale parmi les publics les plus éloignés de l'emploi.

Il faut d'abord remarquer que l'on « tombe » dans le statut d'allocataire de ces minima, de même que l'on « tombe » au chômage. Cette chute est d'autant plus douloureusement vécue que les dispositifs sont d'une grande complexité, comme le décrivent leurs bénéficiaires, générant un stress extrêmement puissant. Un homme de 63 ans, célibataire, dit par exemple : « on est stressé en un dixième de seconde (...). C'est un petit peu comme un condensateur, c'est exponentiel (...). Il y a un stade où vous ne pouvez plus récupérer ». Nombreux sont ceux qui disent leur incapacité à ouvrir leur boîte aux lettres, par peur d'y découvrir des factures ou des rappels administratifs.

Ces personnes vivent aussi une culpabilisation très forte. « Vous rendez les gens coupables avec des noms comme ça », dit par exemple une allocataire. Un autre allocataire va dans le même sens : « On a l'impression d'être coupable quand on est au chômage. On devrait toujours être en train de rechercher un emploi, toujours en

train de faire ceci ou cela ». Cette culpabilisation rampante, quotidienne, va se traduire par des glissements vers des représentations d'une autre nature, une allocataire assurant par exemple qu'elle est « surveillée » lorsqu'elle se trouve dans un jardin public.

Un des résultats de ce travail de thèse réside dans la forte différenciation des publics qui apparaît, en écho à la grande hétérogénéité des publics allocataires. Une partie de ce public, plutôt jeune et assez diplômée, s'approprie l'injonction d'autonomie (« autonomie intériorisée ») et tend à dissimuler ses fragilités. La corrosion psychologique vient alors de la difficulté à maintenir une image de soi la moins défavorable possible pour rejoindre l'emploi sans faire état des difficultés quotidiennes ou des ruptures ayant pu se produire.

Pour une deuxième partie de la population, décrite comme se rattachant à une « autonomie contrariée », plus installée dans les dispositifs d'aide sociale, des mécanismes très proches de ceux utilisés par des travailleurs précaires en emploi, se font jour, consistant à retourner le discrédit, c'est-à-dire à retourner sur autrui l'image négative du statut dont on est porteur. Il s'agit d'un mécanisme puissant et transversal aux publics vivant un statut d'assistance stigmatisant et aux publics qui en sont proches, du fait de l'occupation d'un emploi peu qualifié et peu rémunéré.

Enfin, la partie du public la plus désocialisée ressent l'assignation statutaire de manière extrêmement violente, elle se situe dans le « refus de la dépendance ». Elle n'est plus en capacité d'y réagir et les formes d'accompagnement mises en place, qui impliquent une forme de mise en récit de soi, conduisent les allocataires à des formes de confusion entre les registres affectifs et statutaires (c'est-à-dire les injonctions institutionnelles qui leur sont adressées).

Perspectives et pistes de réflexion

Saisir la profondeur des effets des formes de prise en charge institutionnelle sur la santé mentale des publics implique de reconnaître le fait que ces publics sont en réalité confrontés à des « chaînes d'injonctions » (expression de Lara Mahi, 2018) qui se superposent et se cumulent les unes aux autres. Il faut entrer dans des dispositifs, raconter sa vie, etc. Force est également de constater qu'un grand nombre de sources, notamment statistiques, invite à relativiser la dichotomie souvent introduite entre populations en emploi et populations éloignées de l'emploi. Il importe davantage de raisonner en faisant l'hypothèse d'un continuum de situations défavorisées, allant des populations très éloignées de l'emploi jusqu'aux actifs qui disent se sentir pauvres. Enfin, un enjeu décisif réside, aux yeux du chercheur, dans l'étude des statuts qui seraient plus protecteurs que d'autres de la santé mentale, afin de mettre en évidence des dispositifs susceptibles de jouer le rôle d'amortisseurs.

Références bibliographiques

CGP (2000). Minima sociaux, revenus d'activité, précarité. Rapport Belorgey.

Duvoux, D. (2009). L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion. Paris, France : PUF.

Fassin, D. (2006). Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, 73, 137-157.

Mahi, L. (2018). La discipline médicale. Thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de Philippe Combes-sie. Nanterre, France : Nanterre Université.

Maryse Bresson (Université Versailles-Saint-Quentin, Printemps)

La question reliant santé mentale et précarité est ancienne. Je l'ai traitée dans le cadre de mes travaux de thèse (1994) sur les sans domicile fixe (SDF), dans le cadre desquels des problèmes de définition ont rapidement surgi.

La pauvreté peut être définie par le manque et l'exclusion comme une transgression des normes, la précarité, quant à elle, peut être associée à l'incertitude et l'exposition à un risque, en particulier celui de basculement vers la pauvreté et l'exclusion.

Si la santé mentale a une définition médicale, telle que celle qu'en donne le dictionnaire Larousse, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit, elle, la santé mentale comme une situation de bien-être. Le rapport entre précarité et santé mentale peut, dès lors, être envisagé sous un angle différent. Un enjeu sous-jacent de grande importance apparaît en particulier : la façon dont nous traitons les problèmes sociaux. Approcher ceux-ci comme des problèmes de santé mentale a des implications quant aux personnes et organismes auxquels l'on confie le traitement de la précarité et celui des personnes se trouvant dans ces situations, en faisant comme si l'on pouvait traiter ces problèmes sociaux par la transformation des individus. Invoquer ce lien conduit à travailler sur la santé mentale ou les problématiques psychiques des individus, ce qui mérite d'être discuté et critiqué.

Au cœur de cette vision se trouvent deux idées fréquemment mises en avant : celle selon laquelle la précarité serait cause de maladies (notamment de maladies mentales) et celle selon laquelle la maladie mentale serait une cause de précarité. Or il s'agit davantage d'une « causalité réciproque » qu'il faut mettre en questionnement.

Si ces travaux sur les sans domicile fixe ont confirmé que la précarité pouvait être à l'origine de diverses pathologies, il est apparu que celles-ci s'entendaient en termes de santé globale, du fait notamment de la difficulté à faire face à des basses températures (lorsqu'on dort dans la rue), du manque de sommeil ou de la fatigue physique et de la tension nerveuse liés à l'impossibilité de rester dans un endroit donné, les SDF étant presque partout jugés indésirables.

Aussi difficiles à vivre soient-elles, ces atteintes à la santé ne préjugent pas de troubles de la santé mentale.

Les travaux de Patrick Declerck sur « Les naufragés » (2001) se fondaient, à l'inverse, sur l'hypothèse selon laquelle des troubles de la santé mentale constituaient une cause de fragilité sociale. L'auteur évoquait un syndrome de désocialisation dont les SDF seraient porteurs dès l'enfance, et qu'ils auraient développé au cours de leur existence. Ce fut un déclic pour moi alors que je rédigeais ma thèse sur les SDF tout en travaillant de façon bénévole au sein d'une association fournissant une adresse à des personnes sans domicile fixe. Il m'est alors apparu évident que les personnes qu'elle côtoyait n'étaient pas malades sur le plan mental.

Je me suis alors intéressée aux critiques fondatrices, en sociologie, de cette psychologisation de l'action sociale, à commencer par les travaux de Michel Foucault dans *L'histoire de la folie* (1972) ou *Surveiller et punir* (1975) et par ceux de Robert Castel (1986), montrant de quelle façon on oriente les personnes en fonction du diagnostic posé sur elles.

En Belgique, Jean-François Oriante a également décrit la façon dont les chômeurs étaient traités (2007), en partant du principe qu'une situation de chômage indiquait nécessairement des troubles de l'employabilité.

Si d'aucuns objectaient alors du manque de légitimité de ma personne pour caractériser l'état de santé mentale d'une personne, dans la mesure où je ne suis pas psychiatre, j'ai découvert des travaux réalisés aux États-Unis dans les années 80, éclairant d'un jour nouveau ces problématiques. L'enquête de David Snow sur les sans-abri (1986), que j'ai traduite dans le cadre de ma thèse, a montré que seul le secteur de la santé mentale, aux États-Unis prenait en charge les personnes sans-abri, au motif que 80 % ou 90 % de cette population, selon des chiffres régulièrement cités, souffriraient de troubles mentaux en raison d'une désinstitutionnalisation des personnes souffrant de maladie mentale. Paru dans la revue américaine *Social Problems*, l'article résumait une enquête réalisée sur un échantillon « ethnographique » de 164 individus, montrant que seuls 10 % des personnes enquêtées souffriraient effectivement de maladie mentale. Outre une exagération manifeste des effets de la désinstitutionnalisation et de la fermeture des hôpitaux psychiatriques dans les États considérés, cet écart serait notamment à attribuer au fait que les enquêtes réalisées jusqu'alors ne seraient pas adaptées à la popula-

tion ciblée, privant de signification les réponses fournies compte tenu notamment du fait que les personnes vivent dans la rue.

Ces constats renvoient aux dispositifs « psycho-médico-sociaux » qui existent en France, ayant vocation à traiter simultanément la question psychologique et la question sociale – piste qui semble avoir été notamment privilégiée par des Samu sociaux et divers dispositifs d'écoute. Ils instaurent une « psychologisation sans psychologue » et reposent sur une « empathie cultivée » plutôt que sur un métier spécifique. Il en résulte la tentation d'un « ping-pong psycho-social », personne ne souhaitant généralement prendre en charge ces populations.

Parallèlement, l'enquête Ined/Insee de 2012 réalisée auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas montre que 24 % de ces personnes étaient alors en emploi, et que le CDI est le type de contrat de travail de 39 % des sans domicile en emploi – elle déduit que d'après cette enquête, il y a donc près de 10 % des SDF en emploi dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée (soit le même pourcentage que celui de « malades mentaux » selon l'enquête de Snow (1986)).

L'exemple des SDF illustre ainsi la fausse évidence du lien entre santé mentale et précarité sociale. Il invite à ne pas réinterpréter des problèmes sociaux comme un enjeu de santé mentale. Il ne faut pas non plus compter seulement sur l'accompagnement individualisé, mais plutôt repenser les collectifs et refonder les solidarités.

Références bibliographiques

- Bresson, M. (1994). La construction de l'identité sociale des sans-domicile-fixe dans la France contemporaine. Sous la direction de Carmen Bernand. Nanterre, France : Université Paris 10.
- Castel, R. (1981). La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychoanalyse. Paris, France : Les Éditions de Minuit.
- Declerck, P. (2001). Les Naufragés : avec les clochards de Paris. Paris, France : Plon.
- Foucault, M. (1972). Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M. (1975). Surveiller et punir, naissance de la prison. Paris, France : Gallimard.
- Orianne, J.-F. (2007). Troubles de l'employabilité ou manque structurel d'emploi : de quoi les chômeurs souffrent-ils ? Chronique de la Ligue des droits de l'Homme, vol.119, 12-13.
- Snow, D. et al. (1986). The Myth of Pervasive Mental Illness among the Homeless. *Social Problems*, vol.33, n°5, 407-423.
- Yaouancq F. et al. (2013). L'hébergement des sans-domiciles en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. *Insee Première*, n°1455.

Synthèse des débats

Une première intervention est revenue sur la nécessité de questionner les critères et la définition de la santé mentale. À ce titre, il est heuristique de distinguer la santé perçue (c'est-à-dire la manière dont les individus se perçoivent et vivent leur situation) du jugement porté par des experts sur la santé des individus et des populations. En cela, la dimension psychique peut-être pertinente à mobiliser car renvoyant au vécu qui produit – ou non – du sens.

Plusieurs intervenants et participants rappellent l'importance de combiner les enquêtes quantitatives pouvant conduire à des catégorisations stigmatisantes avec des travaux davantage qualitatifs afin d'introduire des nuances plus fines dans les résultats obtenus.

Dans la continuité, il est souligné l'impossibilité de faire l'économie d'une approche pluridisciplinaire dans ces débats. Dans une stricte perspective sociologique, la référence à Foucault semble omniprésente mais doit certainement être mise en perspective avec notamment les travaux de Michel de Certeau, qui éclairent ce que font les personnes des dispositifs dans lesquels elles s'insèrent et les stratégies qu'elles déploient (braconnage, contournement, etc.). Les travaux du psychiatre Jean Furtos, qui a créé la revue *Rhizome*, tendent également vers une approche pluridisciplinaire, portant un regard à la fois psychologique et social sur les SDF et l'auto-exclusion.

Au cours des échanges, il est rappelé combien la dégradation de la santé mentale constitue un processus, dans lequel peuvent être distinguées des phases. L'existence d'un certain nombre de facteurs catalyse les effets délétères de la précarité ou du chômage sur la santé mentale. À ce titre, une intervenante constate qu'après plusieurs années dans un dispositif tel que le RSA, les bénéficiaires présentent des troubles et basculent vers l'allocation adulte handicapé (AAH). Nicolas Duvoux évoque ce même constat : il apparaît que les personnes ayant signé un contrat d'insertion, si elles sont relativement jeunes et ont une « perspective de sortie positive » de ces statuts, selon le langage de Pôle emploi, vont fortement adhérer au principe de responsabilisation. Mais plus le temps passe et plus le décalage apparaît entre cette injonction et la réalité des possibles, la socialisation avec les travailleurs sociaux étant vécue comme très dévalorisante, ce qui érode l'effet positif de l'interpellation citoyenne que constitue l'appel à la responsabilisation. De même, pour Maryse Bresson, l'évolution des politiques concernant les dispositifs d'aide aux personnes en situation de précarité a conduit à une fragilisation des personnes concernées. Ainsi, elle observe que le RMI était parfois présenté, à ses débuts, comme un soutien devant permettre à l'individu de renouer un lien social en vue d'un retour vers l'activité. Le glissement vers le RSA, accompagné par une injonction à l'autonomie, consacre plutôt la notion de contrepartie, pour justifier l'effort qui serait consenti par la collectivité à travers l'octroi d'un revenu. De là découle la forme de culpabilisation.

Toutefois, il est souligné que, *a contrario*, certains individus ne considèrent pas leur situation de manière négative. Ainsi, pour Nicolas Duvoux, certains bénéficiaires disent choisir leur statut afin de pouvoir mener des projets de vie qui les satisfont, par exemple des projets à caractère artistique ou des projets alternatifs communautaires, tout en refusant de manière explicite de rendre des comptes, notamment par le refus d'un retour sur le marché du travail.

Par ailleurs, de possibles marges de manœuvre et formes de résistances existent. Manuella Roupnel-Fuentes indique que les salariés de Moulinex ont intenté des actions en justice. Cette lutte leur a notamment permis de conserver des liens avec les anciens collectifs de travail. Les motifs de ces actions avaient cependant leur origine dans des points précis de procédure, en demandant par exemple la requalification du licenciement. Ces actions ne visaient pas une reconnaissance du traumatisme du chômage ni des objectifs de cet ordre. Dans une autre perspective, une étude en cours sur les consommations de substances psychoactives des chômeurs financée par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), éclaire les liens entre santé et chômage dans une approche non normative, en considérant que ces consommations peuvent avoir des fonctions. L'enquête montre que les personnes privées d'emploi peuvent déployer des stratégies pour faire face à certaines épreuves (par exemple boire un verre d'alcool avant de participer à un entretien d'embauche dans les locaux de Pôle emploi).

Enfin, les interventions proposent une série de pistes de réflexion pour de futures recherches. Michel Debout suggère que les recherches soient complétées sur les psycho-traumatismes subis par les personnes ayant perdu leur emploi. Il déplore aussi le manque manifeste d'intérêt, dans la communauté scientifique, pour les artisans, commerçants et professions libérales, pour lesquels un dépôt de bilan a des effets tout aussi ravageurs qu'un licenciement. Il importe aussi d'étudier les facteurs exogènes de vulnérabilité et de résilience. Par ailleurs, ces

publics font partie des populations les moins prises en charge en termes de santé mentale, ce qui a aggravé sans doute les difficultés dont elles souffrent, ce public pourrait faire l'objet d'études spécifiques. Axelle Brodier-Dolino juge nécessaire d'explorer plus avant les écarts hommes/femmes, mais aussi les écarts entre différentes tranches d'âge du point de vue des problèmes de santé mentale. Enfin, Manuella Roupnel-Fuentes considère qu'il serait souhaitable d'introduire dans les enquêtes la dimension du territoire (ce qui est déjà le cas pour certaines d'entre elles). Être chômeur dans un bassin d'emploi déjà fortement touché par des restructurations a en effet des implications très différentes de celles d'une restructuration se déroulant dans une région transfrontalière où le chômage est beaucoup plus bas. Les contextes locaux peuvent fortement varier, de même que les solidarités qui se mettent en œuvre.

LE GENRE DE LA SANTÉ MENTALE EN LIEN AVEC LE TRAVAIL, LE CHÔMAGE ET LA PRÉCARITÉ

SÉANCE 3 • 15 OCTOBRE 2018

Cadrage de la séance

Diane Desprat (MiRe/SEEE/DREES)

Les femmes représentent aujourd'hui près de la moitié de la population active (48,1 % en 2015 contre 43,7 % en 1990). Bien que cette progression de l'activité féminine concerne toute l'Europe, elle se distingue en France par son ampleur et sa rapidité et, en cela, se rapproche davantage de celle observée dans les pays scandinaves. Malgré cela, les femmes connaissent des conditions d'emploi qui diffèrent de celles des hommes. Elles sont davantage à temps partiel et connaissent plus souvent des contrats temporaires que les hommes. 12,6 % des femmes sont en CDD contre 10,0 % des hommes. Par ailleurs, les hommes et les femmes n'occupent pas les mêmes métiers et, lorsqu'il y a mixité, le travail accompli par les hommes et les femmes n'est pas le même (Fortino, 2002). La mixité mérite donc d'être questionnée du point de vue des effets du travail sur la santé mentale. En effet, les spécificités du travail des femmes tendent à être invisibilisées dans les recherches et du même coup, les atteintes à leur santé mentale sont masquées.

En France, l'analyse des effets des conditions de travail sur la santé mentale des travailleurs s'est développée avec, notamment, les travaux de Christophe Dejours (1980). Par la suite, un nombre important de travaux en sciences sociales y ont été consacrés (Clot, 1999 ; Lerouge, 2009 ; Gollac, 2011 ; Molinier et Flottes, 2012). Malgré l'apport de ces travaux, la prise en compte des différences de genre est souvent délaissée au profit d'un masculin-neutre (Messing, 2002). Le masculin est entendu dans une acception large du genre humain, dans une perspective universelle. En 2014, Régine Bercot fait état de la rareté des travaux portant à la fois sur le travail, le genre et la santé mentale dans les recherches en France : « si nous avons le plus souvent pu entendre des personnes qui travaillaient tout à la fois sur la santé et le travail, la perspective la plus difficile à faire advenir était celle du genre. Soit qu'elle n'ait pas été centrale dans les travaux antérieurs des personnes, soit qu'elle l'ait été au contraire, mais que sa prise en compte révèle des problèmes spécifiques de recherche » (2014, 3).

Cette séance souligne l'importance de la prise en compte du genre pour appréhender de façon nouvelle les mécanismes agissant sur la santé mentale. On sait notamment qu'il existe une différenciation genrée de la santé mentale : les femmes sont davantage sujettes au stress, à la détresse psychologique et aux tentatives de suicide, alors que les comportements violents et addictifs ainsi que les suicides sont majoritairement le fait des hommes (Fourcade et Gonzalez, 2013). Cette séance revient également sur les difficultés méthodologiques et épistémologiques que cela suppose de questionner la santé mentale au travail à l'aune du genre.

Animée par **Marc Loriol** (Sociologue, chargé de recherche CNRS, IDHES), la séance alterne des présentations de travaux, de points de vue et des échanges avec la salle selon l'ordre suivant :

- **Paul Bouffartigue** (Sociologue, directeur de recherche au CNRS, LEST) & **Sabine Fortino** (Maître de conférences en sociologie, Université Paris Nanterre, CRESPPA-GTM) : Perspectives sociologiques : acquis et questionnements sur le genre et la santé au travail.
- **Nadia Younès** (Psychiatre, Université Versailles St Quentin, Centre hospitalier de Versailles) : Genre et santé mentale en lien avec le travail : résultats de l'étude HERACLES menée en médecine générale auprès de travailleurs
- **Aurélie Jeantet** (Maître de conférences en sociologie, Université nouvelle Sorbonne Paris 3, CRESPPA-GTM) : Division sexuelle du travail émotionnel et santé mentale : du CARE au déni des émotions

Références bibliographiques

- Bercot, R. (dir.) (2014). La santé au travail au prisme du genre : épistémologie, enquêtes et perspectives internationales. Paris, France : Octarès Éditions.
- Clot, Y. (1999). La fonction psychologique du travail. Paris, France : PUF, 2006.
- Dejours, C. (1980). Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Montrouge, France : Éditions Bayard, 2015.
- Fortino, S. (2002). La mixité au travail. Paris, France : La Dispute.
- Fourcade, N. et Gonzalez, L. (2013). La santé des femmes en France. Études et résultats, Drees.
- Gollac, M. et Bodier, M. (dir.) (avril 2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. DARES, ministère du Travail et de l'Emploi. Disponible en ligne : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf.
- Lerouge, L. (2009). Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal. Paris, France : L'Harmattan.
- Messing, K. (2002). La place des femmes dans les priorités de recherche sur la santé au travail au Québec. Relations industrielles/Industrial Relations, Vol. 57, n°4, 660-686.
- Molinier, P. et Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. Travail et emploi, 51-66.

Marc Lorient (Chargé de recherche CNRS, IDHES)

Différentes études ont montré que les hommes et les femmes n'abordaient pas forcément la question de la souffrance, et plus généralement leurs émotions, de la même façon (Barrère-Maurisson, 1984 ; Lorient, 2015 ; Galot, 2015 ; Jeantet, 2018). Des travaux réalisés en psychiatrie et en psychologie sociale suggèrent que les hommes et les femmes apportent des réponses différentes à la souffrance (pour une présentation, voir Mirowsky et Ross, 2011). Les hommes réagiraient le plus souvent par l'agressivité envers autrui, les comportements antisociaux, l'alcoolisme, l'usage de drogues et la violence, tandis que les femmes exprimeraient plus souvent des symptômes d'anxiété, de dévalorisation de soi et de détresse. Elles seraient alors plus sensibles au langage des risques psychosociaux, du burn-out et du stress.

Cette distinction est peut-être moins due à des différences entre hommes et femmes qu'aux formes différentes de régulation sociale dans les métiers majoritairement masculins et les métiers majoritairement féminins. Le marché du travail est en effet largement « genré » : 97,7 % des aides à domicile et assistantes maternelles, 97,6 % des secrétaires, 94,3 % des employées de maison, 90 % des aides-soignants et 87,7 % des sages-femmes ou des infirmiers sont des femmes. À l'inverse, certains métiers sont presque exclusivement masculins, tels que les métiers du bâtiment (97,9 % d'hommes), le métier de conducteur de véhicule (89,5 % d'hommes), ou encore les métiers de l'armée, de la police et du feu (85,2 % d'hommes – DARES, 2013).

Hommes et femmes, dans un même métier, ne sont pas forcément si différents quant aux plaintes de stress et à la gestion des émotions. Comme l'a montré une enquête européenne sur les soignants à l'hôpital (enquête NEXT-PRESST menée avec Madeleine Estryn-Behar en 2002-2003), les hommes évoluant dans des métiers féminisés, tels que les infirmiers, se plaignent autant (voire un petit peu plus en psychiatrie) de stress ou de *burn out* que leurs collègues de sexe féminin. À l'inverse, les femmes évoluant dans des métiers dits masculins comme la police ne se plaignent pas davantage de leurs conditions de travail que leurs collègues masculins (Lorient, 2015)

Ainsi, c'est du fait du métier qu'elles exercent et non en raison seulement de leur sexe que les femmes évoqueraient plus souvent la souffrance et le stress. Les femmes sont plus souvent employées dans des métiers qui supposent un travail répétitif sous contrainte de temps, ou encore un travail relationnel où le contrôle des émotions est exigé de façon plus importante que dans les métiers dits masculins. On constate une reconnaissance de la pénibilité moindre ou, du moins, plus complexe dans les métiers dits féminins. En effet, le travail relationnel exigé dans certains métiers féminins est bien souvent déconsidéré, car perçu comme « naturel », n'exigeant pas d'efforts ni de compétences, mais la simple actualisation de prétendues aptitudes féminines (empathie, intuition, patience...). Les femmes exercent également davantage dans des professions mal reconnues, mal rémunérées, avec une précarité horaire plus importante et davantage de temps partiel imposé, ce qui a un impact sur leur niveau de vie et l'articulation entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Globalement, les femmes se trouvent dans les métiers peu qualifiés et répétitifs (30 % des femmes contre 25,4 % des hommes ont un travail qui « consiste à répéter continuellement une même série de gestes ou d'opérations », enquête Conditions de travail de la DARES, 2005). Elles exercent aussi plus souvent les métiers de service à la personne, subordonnés à la satisfaction des besoins d'usagers ou de clients. 45,2 % des femmes actives (contre 30,4 % des hommes) déclarent ainsi « être en contact avec des personnes en situation de détresse » (enquête CT 2005). De même, 49,1 % des femmes actives (contre 36,3 % des hommes) estiment devoir « cacher leurs émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur » (enquête Santé et itinéraire professionnel, SIP, 2007). Les emplois féminins offrent également, en moyenne, moins de possibilités d'épanouissement et de progression professionnelle. 22,6 % des femmes contre 18,4 % des hommes estiment que leur métier ne leur donne pas « l'occasion de développer leurs compétences professionnelles » (Enquête SUMER 2003) ni « d'apprendre des choses nouvelles » (24,8 % contre 22,6 % d'après l'enquête CT 2005). Par ailleurs, le partage inégal des tâches domestiques qui demeure entre hommes et femmes conduit plus souvent les femmes actives à l'épuisement et au surmenage.

La santé mentale au travail dépend également de l'évaluation collective des difficultés. Il apparaît, par exemple, que les métiers masculins sont davantage syndiqués que les métiers féminins. Les problèmes individuels sont alors plus facilement traduits en revendications collectives. De plus, les femmes auraient davantage tendance à être jugées à l'aune de leurs performances individuelles et de leur capacité à gérer les éléments relationnels,

notamment dans les métiers du « care ». La pénibilité risque donc d'être vécue comme un problème personnel psychologique et non lié au métier ou aux conditions de travail dans les métiers féminins. À l'inverse, les métiers masculins, tel que celui de policier, présentent une évaluation beaucoup plus collective des difficultés liées à chaque poste de travail, ainsi qu'une entraide plus importante en cas de problème. Cela a aussi été le cas pour les hommes ouvriers dans la grande industrie (Loriol, 2017). Ainsi, les formes de *coping* collectif, c'est-à-dire les différentes façons dont le collectif permet de faire face aux risques professionnels, revêtent une dimension genrée davantage liée aux cultures et situations professionnelles qu'aux personnes.

Il existe donc de nombreuses formes de médiation entre le genre et la santé mentale. Étudier les relations entre genre et santé mentale, c'est étudier les liens entre deux constructions sociales : la façon de considérer et de traiter les différences de sexe, comme la façon de catégoriser et de réguler les difficultés ou le mal-être au travail peuvent être considérés comme contingents, variables d'un milieu ou d'une époque à l'autre. D'où la difficulté à objectiver (notamment par les statistiques) les corrélations entre sexe, genre et santé mentale.

Références bibliographiques

Barrère-Maurisson, MA. et al. (1984). Le sexe du travail : structures familiales et système productif. Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble.

DARES (2013). La répartition des hommes et des femmes par métiers. DARES Analyses, n°2013-079.

Estryn-Behar, M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Paris, France : Presses de l'EHESP.

Galot, F. (2015). En découdre. Comment les ouvrières ont révolutionné le travail et la société. Paris, France : La Découverte.

Jeantet, A. (2018). Les émotions au travail. Paris, France : CNRS éditions.

Loriol, M. (2015). Stress et régulation collective des difficultés : une analyse par le genre des métiers, in R. Bercot, Le genre du mal-être au travail. Paris, France : Octares, 153-186.

Loriol, M. (2017). Collective forms of coping and the social construction of work stress among industrial workers and police officers in France. *Theory and Psychology*, vol. 26, n°1, 112-129.

Mirowsky, J., Ross C. (2011). Social causes of psychological distress. Aldine transaction.

Paul Bouffartigue (Directeur de recherche au CNRS, LEST) & Sabine Fortino (Maître de conférences à l'Université Paris Nanterre, CRESPPA-GTM)

La question du genre et de la santé mentale au travail présente un certain nombre d'acquis. Il existe néanmoins de nombreux angles morts dans la recherche relative à la santé mentale des travailleurs. L'objectif est donc de définir et de déployer des perspectives de recherche visant à éclaircir ces points d'ombre.

La sociologie tend majoritairement à étudier les effets délétères du travail et de son organisation sur les corps et le vécu subjectif des individus. La psychologie, quant à elle, tente d'établir un lien entre le travail et la construction positive de la santé, comme le démontrent notamment les travaux de Pascale Molinier (2003 ; 2004 ; 2008), de Yves Clot (1998 ; 2008) et d'autres chercheur.e.s du CNAM. Par ailleurs, la terminologie employée en sociologie pour définir ces effets délétères varie bien souvent d'un texte à l'autre. Certains travaux parlent de souffrance, d'autres de mal-être ou de malaise.

Bien entendu, la santé mentale ne peut pas être mesurée sur une échelle de gravité. Régine Bercot (2015) distingue toutefois un mal-être, qu'elle définit comme un « état psychique dérangeant » mais n'amenant pas de modification du comportement, d'une souffrance émotionnelle qui rend un salarié malade et le blesse, mettant en péril son maintien au travail, en activité.

En outre, chacun donne un sens particulier à son expérience personnelle du travail. De fait, une définition de la pénibilité au travail, par exemple, qui serait enserrée dans une sorte d'« addition » de contraintes objectivables et quantifiables, ne fait aucun cas du sens conféré au travail par les salariés. Lorsqu'on sollicite les professionnels, leur façon de parler de la pénibilité de leur travail est parfois éloignée des critères « objectifs » que retiennent les médecins, les épidémiologistes ou les pouvoirs publics. Elle renvoie à un ensemble de difficultés, de duretés que les salariés interviewés trouvent insurmontables dès lors qu'ils ne parviennent plus à réaliser leur travail selon le sens et l'éthique qu'ils ont collectivement construits dans le cadre de leur métier. Les pénibilités se manifestent dans leur vie lorsqu'elles deviennent des formes de souffrance inutiles, injustifiées au regard du sens qu'ils confèrent à leur travail, à sa beauté, son utilité (Fortino et Linhart, 2011).

Retour sur quelques acquis

« Peu de travaux (scientifiques) se situent dans ce triangle santé, travail, genre » (Bercot, 2015, 3). Il y a, pourtant, dans l'étude de la littérature sociologique très contemporaine, des apports voire des acquis qu'il s'agit ici de relever.

Selon l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) menée en 2006, les personnes en situation d'emploi évaluent leur santé moins négativement que les personnes au chômage ou au foyer (Bouffartigue, Bouteiller, 2014). Par ailleurs, les personnes dont la santé est déjà fragilisée peinent à trouver un emploi, ce qui révèle un effet de sélection sur le marché du travail. L'on peut se questionner quant à l'aiguïsement de cet effet de sélection depuis l'amplification de la crise économique. Les conditions familiales, telles que la vie en couple, se traduisent également par une meilleure santé, surtout chez les hommes.

Il existe par ailleurs un effet de socialisation différencié selon le sexe et le genre, qui autorise davantage les femmes que les hommes à exprimer leur souffrance et leur malaise. Il apparaît également que les femmes portent davantage d'attention aux questions de santé et d'accès aux soins que les hommes, notamment au sein des catégories populaires.

La démarche sociologique s'emploie à définir les déterminants sociaux des inégalités, ainsi que la construction sociale des catégories et leur répercussion sur la différenciation sexuée au travail. Du fait de la division sexuelle du travail, hommes et femmes n'occupent pas les mêmes métiers, ni les mêmes positions dans l'espace professionnel et cela a un impact sur la santé au travail. Travaillant massivement comme employées, dans les activités de services et concentrées dans une dizaine de familles professionnelles (services à la personne, vente, travail social, santé, enseignement, employées administratives, nettoyage...), les femmes ne sont pas confrontées aux mêmes maux que les hommes, lesquels sont plus fréquemment ouvriers, salariés dans l'industrie, les trans-

ports... (Insee, 2017). Une plus grande mixité se retrouve toutefois dans les strates sociales supérieures du salariat, et en particulier dans la fonction publique.

On observe ainsi une inégale répartition sexuée des activités dans lesquelles un fort engagement subjectif et émotionnel est requis par le travail et le management. Que serait en effet une infirmière sans compassion envers son patient souffrant ? une coiffeuse qui n'écouterait pas les confidences de ses client.e.s ? une institutrice indifférente ou froide envers ses élèves ? une salariée coincée derrière son guichet ou une aide à domicile sans empathie ?... Dans tous ces métiers où les femmes sont majoritaires, le travail émotionnel qu'elles effectuent est considérable, coûteux à un niveau psychique, mais aussi mal reconnu car il est censé être effectué sans effort, « naturellement » fourni, en raison de qualités féminines essentialisées. De facto, ni prévention ni réparation peuvent être envisagées dès lors que l'essentialisation cache le travail émotionnel (sur soi et sur l'émotion d'autrui) (Hochschild, 2003), l'effort comme la construction d'une « aptitude » à faire face ou à garder la face.

L'enquête SUMER menée en 2010 (Bouffartigue, 2014) indique que 33 % des femmes sont exposées au *job strain*⁷, contre seulement 24 % des hommes. Être soumis à un contrôle hiérarchique, contrôle bien souvent exercé par un homme sur une femme, présente un risque plus élevé de *job strain*, tout comme les phénomènes de « plafond de verre » et de « plancher de plomb ». En effet, l'absence de perspective de carrière d'un salarié qui se sentirait bloqué sur un même poste de travail crée une insatisfaction forte et génère des troubles musculo squelettiques (TMS) (Chappert, 2016). Or, les femmes sont plus souvent touchées par ces phénomènes que les hommes.

Toujours dans l'enquête SUMER 2010, les indicateurs construits à partir des scores « HAD »⁸ évaluant l'état de santé mentale, démontrent qu'une exposition croissante au *job strain* est associée à une dégradation de la santé mentale. Selon les enquêtes statistiques, les hommes seraient moins exposés au stress professionnel que les femmes et verraient donc leur état de santé mentale globalement moins dégradé. Toutefois, il est nécessaire de préciser que ce constat n'est pas généralement applicable. Par exemple, les salariés de La Poste sont extrêmement fragilisés du point de vue de leur santé mentale, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin. De nombreuses autres variables doivent être prises en compte, telles que l'âge ou certains effets de sélection, qui conduisent à surreprésenter dans des métiers par ailleurs pénibles des individus en santé relativement bonne (effet du travailleur sain).

La plupart des travaux d'enquête cherchent à combiner l'exposition sexuellement différenciée aux pénibilités et aux risques avec les effets de socialisation genrés et professionnels. Lors des entretiens avec les salariés, les enquêteurs sont bien souvent confrontés à un déni viril de la part des travailleurs, notamment dans certains métiers hyper masculinisés tels que, par exemple, la sous-traitance dans l'industrie sidérurgique et pétrochimique (Bouffartigue, 2010). Du côté des conducteurs de train, la référence à la virilité portée par les collectifs de travail peut empêcher l'expression de la peur au travail parce qu'elle constitue une émotion contraire aux règles de sentiment qui régissent le milieu des conducteurs (Fortino, 2015).

Dans une perspective assez similaire, les chercheurs en sociologie montrent également le rôle joué par les identités de métier dans la construction d'un rapport et de représentations sociales singulières en matière de lien santé-travail (Loriol, 2010). Pour certaines familles professionnelles, prendre en charge le stress peut fragiliser ou contrecarrer les régulations collectives autonomes des professionnels et fragiliser les salariés (comme dans le cas des policiers) alors que dans d'autres familles professionnelles, les « entrepreneurs de cause » (cadres/formateurs infirmiers et syndicats de cadres) qui imposent le stress comme une question à traiter vont recevoir un accueil favorable des professionnels qui voient là une occasion de reconnaître le mal-être vécu. De fait, l'expression de la souffrance et les mots pour la dire, renvoient tout à la fois à des régimes de genre et à des logiques professionnelles qu'il s'agit d'identifier clairement dans l'analyse.

⁷ Selon Karasek, la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (*Job strain*) constitue une situation à risque pour la santé.

⁸ Questionnaire « Hospital Anxiety and Depression Scale » comportant 14 questions, 7 évaluant l'anxiété et 7 la dépressivité. Dans l'enquête SUMER 2010, ces résultats apparaissent fragiles. Les deux sexes étant proches sur cette seconde dimension, cela contredit les enquêtes épidémiologiques attestant d'une plus grande fréquence de symptômes dépressifs chez les femmes. Nous avons donc choisi de privilégier le score global HAD, plus cohérent avec l'état des connaissances sur la différence de genre sur le plan de la santé mentale (Bouffartigue, 2014).

- Mixité, genre et santé au travail

Les avancées récentes en matière de mixité professionnelle démontrent que la mixité de l'emploi n'équivaut pas à la mixité au travail (Fortino, 2009). Ainsi, sous les intitulés officiels de postes, identiques pour les hommes et les femmes, une différenciation intervient malgré tout dans le travail réel effectué par les unes et les autres, dans la répartition sexuelle des tâches, des missions et des espaces de travail.

De fait, on assiste à la recréation plus ou moins spontanée d'« îlots d'activité » ou de territoires réservés à l'un ou l'autre sexe. Selon les univers professionnels, les logiques sociales sexuées à l'œuvre peuvent varier mais elles sont une constante, presque un invariant, qui se déploie sur quelques grands registres d'action, pensés et construits dans les organisations comme socialement opposés. Parmi ces grands registres, on trouvera notamment les oppositions structurantes telles que :

- travail technique, usage de la violence et travail de force contre travail de *care*, « de cœur et de corps » ;
- travail autonome contre travail contraint, surveillé ;
- fonctions hiérarchiques contre responsabilités et/ou expertise professionnelles.

Or, comment assurer la prévention des atteintes à la santé et la mise en évidence des facteurs de risques psychosociaux si une part du travail effectué est rendue invisible par le jeu des assignations sexuelles « clandestines » ? Comment prévenir le *job strain* (comme les TMS, d'ailleurs), si l'on n'analyse pas suffisamment le processus de différenciation des tâches en situation de mixité ?

Il est par conséquent nécessaire d'observer le processus de différenciation des tâches en situation de mixité afin de prévenir le risque de *job strain*. C'est ce qu'a entrepris Karen Messing à travers son dispositif « L'invisible qui fait mal » (Messing et Lippel, 2013), qui allie laboratoire de recherche et centrales syndicales canadiennes.

Depuis 2000, de nombreuses politiques publiques et accords interprofessionnels ont vu le jour en matière de mixité. Toutefois, la question de la santé y est systématiquement absente et les rapports entre avancées en mixité, genre et santé au travail ne font pas l'objet d'une veille systématique.

Les coulisses du travail doivent également faire l'objet d'une analyse. En effet, les moments qui ne sont pas directement considérés comme productifs, tels que les pauses ou les activités menées hors temps de travail entre professionnels, sont importants dans toute activité de travail. Ces moments créent de l'entre soi, de l'entraide... soit autant de ressources qui permettent aux salariés de prendre connaissance de leur environnement organisationnel (pour mieux le « domestiquer », le comprendre et s'en défendre), de s'échanger des informations, des trucs et des ficelles de métier... qu'ils mobiliseront ensuite pour tenir au travail et préserver, autant que faire se peut, leur santé. Bien souvent, ces coulisses du travail sont fortement ségréguées et participent de la construction de réseaux informels masculins et d'une forte homosocialité. Lorsque ces moments informels se déroulent le soir, le week-end, les femmes en sont exclues du fait de l'assignation sexuelle prioritaire du travail domestique et familial. On s'interrogerait ici sur le lien avec la santé des travailleuses, plus isolées, moins insérées dans de tels espaces sociaux. L'hétéronormativité peut également s'avérer pesante dans les univers professionnels puisqu'elle tend à exclure les salarié.e.s qui ne s'y conforment pas et en force d'autres à l'invisibilisation d'une partie de leur identité. La perspective intersectionnelle peut s'avérer être une piste particulièrement heuristique pour saisir les liens entre rapports sociaux (de sexe, de classe, d'âge, de sexualité, de « race ») et santé mentale au travail.

Préservation de soi, récupération et construction de la santé

Une autre piste féconde émerge autour de la question du type de métier exercé et de la récupération (et la préservation de soi). Philippe Davezies (1998) considère que les femmes ont sans doute davantage de difficultés « à récupérer », lorsque les activités professionnelles de ces dernières s'inscrivent dans un continuum si marqué entre activité professionnelle et activité domestique (mêmes gestes, mêmes investissements émotionnels...) ; elles auraient alors moins de possibilités que les hommes (exerçant de toutes autres activités) de « sortir de soi » et d'effectuer, grâce à leur expérience laborieuse, un travail de « mise en forme de soi et du monde », de faire du lien et trouver du sens à leur activité. À l'inverse, constatant le rapport souvent positif à leur activité des travail-

leuses du care, Kergoat et Galerand (2008) interrogent le « potentiel subversif du rapport au travail des femmes » qui réhabiliterait le travail domestique en tant que travail (à travers la reconnaissance qu'il apporte).

- **Nouvelles organisations, sens du travail et genre**

Le monde du travail est marqué par de profonds bouleversements, tels que l'émergence de nouvelles organisations du travail et pratiques managériales. Il est par conséquent nécessaire d'analyser ces paramètres à la lumière du genre. En effet, les femmes sont surreprésentées dans les secteurs qui connaissent les transformations les plus brutales, tel que le secteur commercial des entreprises publiques, le secteur hospitalier, éducatif, les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes... Ces bouleversements créent une précarité subjective (Linhart, 2012) et un conflit éthique dont l'ampleur et la résolution diffèrent entre hommes et femmes.

À un autre niveau d'analyse, l'intensification et la flexibilisation du travail sont également à saisir dans une perspective genrée. Les différentes études (dont Garner et Méda, 2006 ; Garner et al. 2006 ; Davoine et Méda, 2009) ont montré qu'une activité professionnelle empêchant de concilier vie professionnelle et vie personnelle et familiale est une source majeure d'insatisfaction chez les femmes pour lesquelles un bon travail n'oblige pas les salariées à renoncer à la famille, vécue comme source importante d'épanouissement.

- **Travail / Hors-travail, contraintes sur la santé et soutiens genrés**

La piste des « débordements temporels » (Goussard, 2015) et psychiques du travail d'un point de vue genré gagnerait à être développée. Certains métiers (comme la recherche et plus largement tous ceux que l'on peut prétendre exercer par passion) connaissent une extension très forte des horaires de travail qui pèse fortement sur les salariés.

Dans son enquête sur le travail posté dans une industrie de process dangereuse, Pascale Molinier (2004) démontre l'importance du soutien familial, de l'épouse en particulier, dans l'accompagnement de la récupération du salarié, et la prise en charge de son anxiété. Une étude réalisée auprès des conducteurs de train faisait émerger des récits sur l'importance de l'épouse qui se levait en même temps que son mari afin de lui préparer à manger et de l'aider à se préparer lors de prises de service en pleine nuit (Fortino, 2010). Désormais, le soutien familial revêt une forme différente. Les transformations de la cellule familiale (divorces, célibat masculin, double-carrière, éloignement géographique des membres du couple...) semblent retirer le privilège du soutien conjugal aux hommes, quand dans le même temps, les représentations sociales de la féminité et de la masculinité évoluent. Quel rôle jouent désormais les hommes, les pères dans le Care familial ?

Peu d'études ont été réalisées au sujet des mécanismes d'adaptation nécessaires au travail moderne du côté des salariés, dans une perspective genrée. Marie Pezé (2009), psychologue du travail, remarque que, loin d'être inadaptées au travail, les femmes pourraient en réalité y être sur-adaptées. En effet, elles parviennent à tenir plus longtemps face à des situations de harcèlement et de maltraitance que les hommes. De nombreuses hypothèses s'élèvent quant à la raison de cette sur-adaptation. Parmi elles, le jeu de la soumission dans la dynamique du rapport de sexe, mais également le déni féminin de la souffrance. De fait, les femmes tiendraient plus longtemps dans ces situations pathogènes non seulement parce qu'elles n'ont pas le choix lorsqu'elles doivent élever seules leurs enfants, par exemple, mais aussi parce que le maintien en activité (même lorsqu'il occasionne souffrance et mal-être) est ce qui leur permet de s'affirmer dans la société en tant qu'active (on retrouve ici la distinction rapport au travail et rapport à l'emploi, bien documentée en 1998 par Philippe Alonso dans le cas des caissières de la grande distribution).

Traditionnellement, la société attend des femmes dévouement et don de soi et les prive de l'agressivité que les hommes sont encouragés à démontrer, non sans effet délétère sur la confiance et l'estime de soi au féminin. À l'inverse, les hommes ont longtemps été considérés comme les « male breadwinner » ou « Monsieur Gagne-Pain », subissant la mise à mal de leur corps, dans le but de se trouver à la hauteur du rôle social qui leur est historiquement dévolu : faire vivre leur famille. Les normes contemporaines de la masculinité tendent à les dispenser de ce rapport sacrificiel au travail productif. Toutefois, malgré le soulagement qu'elle représente, la perte des injonctions peut également créer un vide social chez le salarié, le sentiment de ne pas trouver sa place, voire entraîner une dépression. Les stratégies d'adaptation au travail doivent donc être analysées du point de vue du genre.

- **Syndicalisme, genre et santé mentale**

La prise en compte des questions de santé mentale par les syndicats doit également être passée au crible et ce, dans un contexte qui transforme considérablement la place et le rôle des Instances représentatives du personnel (IRP) dans l'entreprise. La loi Travail de 2016, la suppression des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et l'arrivée des nouveaux Comités sociaux économiques (CSE) en 2017 présenteront probablement un impact sur les capacités d'action des syndicats de salariés en matière d'atteintes à la santé, qu'il est nécessaire d'étudier.

Étudier la façon dont les salariés portent les problèmes de santé qu'ils rencontrent à leurs représentants syndicaux est aussi une piste à explorer. Karen Messing (2009) a montré que pour les femmes, il y avait comme un choix impossible à faire entre affirmation de l'égalité des sexes et défense de leur santé. Se plaindre de son travail serait alors perçu comme affaiblissant la position professionnelle des femmes concernées, comme si celle-ci était toujours à défendre, jamais acquise. Cet antagonisme « égalité/santé » dans la façon de construire un problème individuel et collectif, susceptible d'être relayé, défendu par l'action collective organisée, reste largement à étudier dans le contexte syndical français.

- **Repenser les outils, rediscuter les paradigmes**

L'étude de la souffrance au travail présente un enjeu épistémologique et méthodologique. Les psychologues du travail nous invitent à bousculer les cadres disciplinaires de la sociologie, sortir des causalités simplistes telles que celle proposée par le modèle de l'habitus⁹. Régine Bercot (2014 ; 2015) propose une approche qui met l'accent sur un possible désajustement entre prédisposition et disposition sociale¹⁰. Or, il semble que la construction de la santé soit bien plus complexe encore. Les enquêtes statistiques et indicateurs dont les chercheurs disposent doivent être élargis, repensés et optimisés.

Karen Messing (2009 ; 2013) rappelle que les grands questionnaires épidémiologiques sont construits au masculin. Le modèle de Karasek lui-même a été construit en milieu industriel masculin. De nouveaux outils doivent être utilisés afin de mieux percevoir les pénibilités au féminin. Une telle démarche profitera tout autant aux hommes qu'aux femmes.

Références bibliographiques

Alonso, P. (1998). Les rapports au travail et à l'emploi des caissières de la grande distribution. *Travail et emploi*, n°76, 37-51.

Bercot, R. (2014). *La santé au travail au prisme du genre : épistémologie, enquêtes, et perspectives internationales*. Paris, France : Octares.

Bercot, R. (2015). *Le genre du mal-être au travail*. Paris, France : Octares.

Bouffartigue, P., et al. (2010). La perception des liens travail santé. Le rôle des normes de genre et de profession. *Revue française de sociologie*, n°51-2, 247-280.

Bouffartigue, P. et Bouteiller J. (2014). *Les RPS au regard du genre. Étude pour le compte de l'Anact à partir des enquêtes SIP et SUMER*. Rapport final, LEST.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris, France : PUF, 2008.

Clot, Y (2006). *La fonction psychologique du travail*. Paris, France : PUF [1998].

Chappert, F., Théry, L., (2016). Égalité entre les femmes et les hommes et santé au travail. *Revue Pistes*, n°18-2.

Davezies, P. (1998). De la récupération psychique. *Santé et travail*, n° 25.

⁹ L'habitus renvoie à un ensemble de comportements, manières d'être et visions du monde acquis par un individu au cours de sa socialisation.

¹⁰ Les dispositions et prédispositions désignent l'incorporation de comportements et d'actions déterminés par un ensemble d'individus. Les prédispositions renvoient généralement à la socialisation primaire, les dispositions concernent les socialisations secondaires.

- Fortino, S. (2009). Mixité au travail, genre et conditions de travail : la construction sociale d'un processus. *Études et documents*, Lyon, France : ANACT.
- Fortino, S. (2010). « Au train où ça va... » *Modernisation du travail, modernisation des pénibilités : le cas des conducteurs de train et des agents commerciaux*. Rapport de recherche, Financement Agence Nationale de la Recherche.
- Fortino, S., Linhart, D. (2011). Comprendre le mal-être au travail : modernisation du travail et nouvelles formes de pénibilité. *Revista Latinoamericana de Estudos do Trabalho* : "Trabalho inseguro trabalho precario", n°25, 35-67.
- Fortino, S. (2015). La mise au travail des émotions. *Terrains/Théories* [En ligne], 2 | 2015.
- Galerand, E. et Kergoat, D. (2008). Le potentiel subversif du rapport des femmes au travail. *Nouvelles Questions féministes*, vol. 27, 67-82.
- Garner, H. et Méda, D. (2006). La place du travail dans l'identité des personnes. Données sociales, *La société Française*, 623-630.
- Garner, H., Méda, D. et Sénik, C. (2006). La place du travail dans les identités. *Économie et statistiques*, n°393-394, 1-20.
- Goussard, L. (2015). Organisation par projet et débordement du travail : des modalités genrées, in Bercot, R.(dir.), *Le genre du mal-être au travail*. Paris, France : Octares, 79-100.
- Hochschild, A.R (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, n° 9, 7-43.
- INSEE, (2017). *Femmes et hommes, l'égalité en question*.
- Davoine, L., et Méda, D. (2009). Quelle place le travail occupe-t-il dans la vie des Français par rapport aux Européens ? *Informations sociales*, vol. 153, n°3, 48-55.
- Linhart, D. (2012). L'émergence d'une précarité subjective chez les salariés stables, in Fortino, S., Tejerina, B., Cavia, B. et Calderón, J. (dir.), *Crise sociale et précarité. Travail, modes de vie et résistances en France et en Espagne*. Nîmes, France : Champ social, 127-144.
- Loriol, M. (2010). La construction sociale du stress : entre objectivation, subjectivité et régulations collectives des difficultés au travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 10, n°2, 2010, 111-124.
- Messing, K. et Lippel K. (2013). L'invisible qui fait mal. Un partenariat pour le droit à la santé des travailleuses. *Travail, genre et sociétés*, vol. 29, n°1, 31-48.
- Messing, K. (2009). Santé des femmes au travail et égalité professionnelle : des objectifs conciliables ? *Travailler*, vol. 22, n°2, 43-58.
- Molinier, P. (2003). *L'énigme de la femme active. Égoïsme, sexe et compassion*. Paris, France : Payot.
- Molinier, P. (2004). Dépression sous les neutrons : une enquête dans l'industrie de process. *Cahiers du Genre*, vol. 36, n°1, 121-144.
- Molinier, P. (2008). Interroger la santé au travail dans une perspective de genre. *Archives des Maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 69, 11-113.
- Pezé, M. (2009). Questions de genre au travail, un exercice de longue haleine. *Travail et changement*, ANACT, n°327

Nadia Younès (Université Versailles Saint Quentin, Centre hospitalier de Versailles)

Il est tout d'abord nécessaire de définir la santé mentale. La santé mentale comprend la « santé mentale positive » (le bien-être) et la « santé mentale négative ». Cette dernière va d'un « mal-être » ou d'une « souffrance psychique » ressentis par la personne et donc dans une certaine mesure, subjectifs, jusqu'aux « troubles mentaux » ou « troubles psychiatriques » tels qu'ils sont définis par les classifications actuelles des troubles mentaux (et objectivés par les outils diagnostiques qui en découlent). Parmi les troubles mentaux catégorisés, il est courant de distinguer les troubles mentaux sévères et persistants et les troubles mentaux communs qui incluent les troubles dépressifs (épisode dépressif isolé ou troubles récurrents ou chroniques), les troubles anxieux (dont les troubles anxieux généralisés, les phobies, ...), les abus de substance telles que l'alcool et la suicidalité qui va des idées suicidaires aux actes suicidaires (Steel, 2014). Ce sont ces troubles mentaux communs qui sont les plus fréquents en population générale et en médecine générale qui est le pourvoyeur « de facto » de leurs soins (Régier, 1993).

L'étude Héraclès menée en médecine générale auprès des travailleurs analyse la souffrance psychique ressentie et les troubles mentaux communs, à la lumière du genre. Notons que l'enquête ciblait les travailleurs et donc qu'elle ne renseigne pas du tout les troubles mentaux communs des personnes au chômage. Nous savons par ailleurs que ces derniers sont davantage atteints de troubles mentaux que les personnes en situation d'emploi (Wagenaar, 2012).

Cette enquête menée dans les Hauts-de-France a été financée par l'Agence régionale de santé (ARS) du Nord-Pas-de-Calais, ainsi que l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) en ce qui concerne la suicidalité. De nombreux épidémiologistes, médecins généralistes et médecins du travail ont participé à l'élaboration de l'enquête.

En effet, plus de mille médecins généralistes ont été initialement contactés via l'Union régionale des professions de santé. 121 d'entre eux ont participé à l'étude, qui s'est déroulée entre avril et août 2014, sur un panel total de 2 027 patients. Chaque médecin a évalué jusqu'à 24 patients entre 18 et 65 ans, en activité professionnelle, venant consulter au cabinet de médecine générale, quel qu'en soit le motif : du simple renouvellement d'ordonnance au problème de santé physique ou psychologique. En fin de consultation, le médecin demandait au patient d'évaluer sa souffrance ressentie, puis il administrait l'outil de diagnostic MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) portant sur l'épisode dépressif caractérisé, l'anxiété et l'abus d'alcool (Lecrubier, 1997). Le patient répondait à une question sur un éventuel lien au travail s'il rapportait une souffrance ressentie. Le patient remplissait avec le médecin le questionnaire du rapport Gollac de 2011 sur les risques psychosociaux (Gollac, 2011).

Le rapport Gollac présente six axes. Le premier concerne le temps de travail et l'intensité de travail. Le second axe touche aux exigences émotionnelles : contact direct avec le public, nécessité de cacher ses émotions, etc. Le troisième axe est celui de l'autonomie et de la liberté dans le travail. Le quatrième axe est celui des rapports sociaux au travail, qui comprend la reconnaissance du travail fourni, l'entraide des collègues et/ou des supérieurs. Le cinquième axe porte sur les conflits de valeurs au travail. Enfin, le sixième et dernier axe est celui de l'insécurité de la situation de travail.

Deux résultats peuvent être mis en évidence :

L'étude Héraclès a le mérite d'être la première à objectiver la fréquence de la souffrance psychique ressentie et des troubles mentaux communs parmi les patients en activité professionnelle venant consulter en médecine générale. Les prévalences sont élevées et proches (autour de 25 %), avec une répartition différente selon le genre (tableau 1).

20 % des hommes ont rapporté éprouver une souffrance psychique au moins en partie liée à leur travail contre 28 % des femmes.

Selon l'outil diagnostique MINI, 20 % des femmes présentent un trouble anxieux généralisé au moins en partie lié à leur travail, contre 16 % des hommes. 16 % des femmes présentent une dépression caractérisée, contre 12 % des hommes. À l'inverse, l'abus d'alcool touche 8 % des hommes et seulement 3 % des femmes. La prévalence des troubles anxieux et dépressifs deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et de l'usage d'alcool deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes est en cohérence avec les différentes enquêtes épidémiologiques. Cela tient à un accès aux soins moindre chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit leur tranche d'âge (Alonso, 2004). Les idées suicidaires ou antécédents d'acte suicidaire concernent 9 % des patients des médecins généralistes de l'enquête, sans différence entre les hommes et les femmes.

Tableau 1 - Prévalence de la souffrance psychique en fonction du sexe, étude Héraclès, Nord-Pas-de-Calais

	Hommes		Femmes		p	Total	
	n	Prévalence %*	n	Prévalence %*		n	Prévalence %*
		[IC 95 %]		[IC 95 %]			[IC 95 %]
Souffrance psychique RESENTIE	274	29,8 [26,8 - 32,7]	425	39,3 [36,4 - 42,2]	<0,001	699	34,8 [32,7 - 36,9]
Liée au travail	185	20,5 [17,8 - 23,1]	301	28 [25,3 - 30,7]	<0,001	486	24,5 [22,6 - 26,4]
Souffrance psychique OBJECTIVEE (MINI)	355	38,4 [35,3 - 41,6]	444	40,7 [37,8 - 43,6]	0,29	799	39,6 [37,5 - 41,8]
Liée au travail	223	24,3 [21,6 - 27,1]	289	26,7 [24 - 29,3]	0,24	512	25,6 [23,7 - 27,5]
Anxiété généralisée	146	15,9 [13,6 - 18,3]	218	20,1 [17,7 - 22,5]	0,02	365	18,2 [16,5 - 19,9]
Episode dépressif majeur	108	11,8 [9,7 - 13,9]	170	15,7 [13,5 - 17,8]	0,01	278	13,9 [12,4 - 15,4]
Risque suicidaire	76	8,3 [6,5 - 10,1]	101	9,3 [7,6 - 11]	0,4	177	8,8 [7,6 - 10,1]
Consommation d'alcool	79	8,6 [6,8 - 10,4]	32	3 [1,9 - 4]	<0,001	111	5,5 [4,5 - 6,5]

p : Test du χ^2 de Pearson/Fisher pour la comparaison en fonction du sexe.

* : ajusté sur l'âge.

Champ : Patients ayant consulté un médecin généraliste.

L'étude Héraclès étudiait ensuite les facteurs professionnels associés à la souffrance psychique ressentie et aux troubles mentaux communs objectivés et a montré des résultats variables selon le genre.

Notons que l'étude prenait également en compte des facteurs qui auraient pu être confondants car influençant le classement, tels que le statut marital, le niveau de diplôme, les antécédents psychiatriques, les facteurs de précarité, la présence d'une dépression objectivée au moment de l'enquête ou encore l'âge (les personnes plus âgées présentent plus de troubles mentaux communs objectivés par l'outil diagnostique) ou les antécédents de chômage.

Chez les hommes, les exigences émotionnelles constituent un facteur indépendant qui augmente la souffrance psychique ressentie par l'individu (ratio de 1,2). Chez les femmes, aucun des six axes précédemment cités n'augmente la souffrance ressentie. En revanche, chez les hommes comme chez les femmes, les rapports sociaux au travail et le sentiment d'être soutenu par ses supérieurs et ses collègues, représente un facteur protecteur diminuant le niveau de souffrance perçue (ratio de 0,8).

En ce qui concerne les troubles mentaux communs objectivés évalués par le MINI, il apparaît que l'intensité des temps de travail et les exigences émotionnelles augmentent significativement le risque d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble anxieux généralisé chez les hommes (ratio de 1,17 ou 1,22). Pour les femmes, ce sont les exigences émotionnelles qui augmentent le risque de dépression ou de trouble anxieux (ratio de 1,25). Les rapports sociaux jouent là encore un rôle protecteur (ratio proche de 0,8).

Chez les femmes, les conflits de valeur au travail augmentent le risque d'abus d'alcool comme montré par d'autres auteurs en cas de souffrance au travail (Head, 2004). À l'inverse, les hommes rapportent davantage d'abus d'alcool lorsque leurs rapports sociaux au travail sont estimés positifs, ce qui pose la question de prise d'alcool avec des collègues. Une autre étude transversale canadienne a montré ce même effet (Marchand, 2011) et d'autres auteurs ont retrouvé de possibles consommations festives sur ou en dehors du lieu de travail (Nordaune, 2017).

Pour la suicidalité, c'est l'intensité des temps de travail chez les hommes (1,72) et les exigences émotionnelles chez les femmes qui sont significativement retrouvées.

L'étude Héraclès a donc montré une association variable selon le genre entre souffrance psychique ressentie et aux troubles mentaux communs de certains facteurs professionnels. L'intensité du travail chez les hommes et la demande émotionnelle chez les femmes ont déjà été retrouvées en lien avec des troubles mentaux communs dans d'autres populations (de travailleurs, en population générale), ainsi que le rôle protecteur du soutien au travail et de l'autonomie (Takada, 2009 ; Wieclaw, 2008 ; Milner, 2018 ; LaMontagne, 2016).

Association ne veut pas dire causalité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) pose bien les maladies liées au travail comme multifactorielles, c'est-à-dire influencées par des facteurs professionnels mais aussi environnementaux et socioculturels, avec un lien variable. La maladie peut être partiellement aggravée, accélérée ou exacerbée par les conditions de travail difficiles. Les difficultés rencontrées au travail ne causent donc pas directement un trouble mental mais peuvent y participer partiellement ou l'aggraver.

Une étude longitudinale menée au Japon sur 800 hommes et 800 femmes, explorant le lien entre détresse psychologique et insécurité persistante entre la vague de 2010 et celle de 2012 ne relève aucune différence entre les hommes et les femmes sans enfant mais un rôle de l'insécurité quand les travailleurs sont parents (Kachi, 2018).

L'étude Héraclès démontre le besoin d'interventions variées sur le lieu de travail afin d'améliorer le soutien au travail, les exigences émotionnelles requises par celui-ci ainsi que l'intensité du travail.

Références bibliographiques

Alonso, J. et al. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 47-54.

Gollac, M. et Bodier, M. (dir.) (2011). [Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser](#). DARES, ministère du Travail et de l'Emploi.

Head, J. et al. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occup Environ Med*, 61, n°3, 219-224.

Kachi, Y. et al. (2018). Gender differences in the effects of job insecurity on psychological distress in Japanese workers: a population-based panel study. *Arch Occup Environ Health*, 991-999.

LaMontagne, AD. et al. (2016). Psychosocial job quality, mental health, and subjective wellbeing: a cross-sectional analysis of the baseline wave of the Australian Longitudinal Study on Male Health. *BMC Public Health*, 33-41.

Lecrubier, Y. et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 224-31.

Marchand, A. et al. (2011). Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. *International journal of environmental research and public health*, vol. 8, n°7, 2692-2705.

Milner, A. et al. (2018). Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup. Environ. Med.*, 245-253.

Nordaune, K. et al. (2017). Who initiates and organises situations for work-related alcohol use? The WIRUS culture study. *Scandinavian journal of public health*, n°30.

Regier, D.-A. et al. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*, 85-94.

Steel, Z. et al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int Journal Epidemiol*, 476-93.

Takada, M. et al. (2009). Associations between lifestyle factors, working environment, depressive symptoms and suicidal ideation: a large-scale study in Japan. *Ind. Health*, 649-655.

Wagenaar, A.-F. et al. (2012). Employment contracts and health selection: unhealthy employees out and healthy employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1192-200.

Wieclaw, J. et al. (2008). Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health*, 8-280.

Division sexuelle du travail émotionnel et santé mentale : du *Care* au déni des émotions

Aurélie Jeantet (Maître de conférences à l'Université Nouvelle Sorbonne, CRESPPA-GTM)

L'assignation des femmes à certains métiers, et, à l'intérieur des métiers, à certaines tâches, résulte d'une socialisation genrée, qui commence dès l'enfance, dans la famille puis à l'école, et se poursuit dans le monde du travail. Et ceci a une incidence sur la convocation des émotions et de la subjectivité au travail, et sur la santé.

Une socialisation genrée au travail et aux émotions

Il y a, dans tout métier, des occasions de se développer et de s'épanouir, ainsi que des risques d'y laisser des plumes. Mais il existe de fortes inégalités entre les métiers « bons » et « mauvais » pour la santé : on n'a pas les mêmes chances d'être heureux, fier et satisfait de son travail selon l'activité qu'on exerce. À ce titre, la division sexuelle du travail est déterminante, les femmes et les hommes étant inégaux, non seulement en termes de salaire ou de chance de gravir les échelons, mais aussi dans les possibilités de se construire positivement grâce à son travail (s'épanouir, déployer son intelligence et sa créativité, façonner une identité au travail qui soit valorisante...).

Les femmes sont ainsi plus sujettes à certaines activités : travail de présentation de soi (l'apparence : vêtement, maquillage, position du corps), travail de séduction (au sein même des relations professionnelles), travail émotionnel (sur les émotions des autres et sur les siennes), que l'on retrouve aussi bien dans le travail de soin (ex. : infirmières), dans le secteur des services (hôtesses) que dans le travail auprès des enfants (puéricultrices).

Comme ailleurs, mais de façon particulièrement marquée, dans le soin médical, la distinction entre infirmières et médecins est patente. Elle marque non seulement une hiérarchie et des inégalités objectives, mais aussi des différences dans le traitement des émotions : les premières sont censées puiser dans leur nature « féminine » les qualités nécessaires au soin, tandis que les seconds doivent au contraire rester le plus neutre possible, pour pouvoir réaliser correctement et avec fiabilité leur métier.

Des précautions sont ici à prendre pour préciser qu'il ne s'agit aucunement de naturaliser ces différences. Lorsque l'on cherche à qualifier les différences hommes/femmes, il peut être délicat de ne pas tomber dans la caricature qui consisterait à dépeindre d'un côté des femmes sensibles et de l'autre des hommes stoïques. Il s'agit plutôt de prendre la mesure de ce que génèrent des modes de socialisation genrés. Bien souvent, dès l'enfance, on apprend aux femmes à gérer leurs relations, sociales, familiales, et affectives tandis que les petits garçons sont sommés de s'en tenir à l'écart. La fabrication du genre qui prend source au sein de la famille se poursuit ensuite à l'école et avec le monde du travail.

Le groupe des femmes sera ici associé au *care*, et le groupe des hommes à un autre rapport, plus distancié, aux émotions. Même si les choses peuvent être plus complexes, bien sûr, puisque certains hommes se comportent à certains égards comme des femmes, et inversement. Face à la domination masculine d'un monde du travail historiquement structuré par les hommes, qui continuent à y occuper les fonctions les plus influentes, les femmes adoptent des stratégies de différenciation ou de conformation, parmi lesquelles la stratégie souvent non consciente de masculinisation. Suivant celle-ci, elles s'approprient des traits masculins modelant leur rapport au travail et aux émotions, dans le but de se faire reconnaître et intégrer par leurs collègues et par leurs supérieurs. Un tel travestissement, qui les fait parfois renoncer à leur propre identité sexuelle, a un coût et peut présenter des incidences sur leur santé mentale, physique et sexuelle.

L'exemple du babysitting, qui est un job courant chez les jeunes filles (bien plus que chez les garçons), contribuant ainsi à leur socialisation, est intéressant. C'est une expérience précoce du monde du travail qui est à la frontière de la famille (cela se passe dans une famille, souvent elle-même amie de la famille). La plupart du temps non déclaré, ce travail repose sur des compétences censées être communément partagées, chez les femmes, en particulier la capacité à gérer l'espace domestique et le goût à s'occuper des enfants. Si d'un côté le babysitting représente un moyen pour les filles de prendre un peu d'indépendance, il est aussi réalisé dans un cadre très flou, tant sur le plan juridique que sur le plan relationnel et émotionnel. Est-ce que l'on « rend » service ou est-ce qu'on travaille ? S'attache-t-on aux enfants que l'on garde ou fait-on cela « pour l'argent » ? Ces jeunes

filles doivent montrer qu'elles « aiment » les enfants, même si ce n'est pas le cas. Elles doivent donc faire un travail de figuration pour assurer leur employabilité à travers la confiance qu'elles suscitent, expérimentant parfois la simulation, apprenant à cacher ce qu'elles pensent vraiment. D'autant que ce travail, nous dit Hochschild (1983), s'effectue aussi en profondeur, car il est moins fatiguant et plus gratifiant d'aimer vraiment les enfants dont on s'occupe que de faire semblant. Les femmes apprennent ainsi à « naviguer » entre sphères domestiques et professionnelles, à éprouver des sentiments ambivalets, à composer avec les émotions attendues par l'employeur, à prendre sur elles, etc.

Cependant, le travail émotionnel échoue parfois. Les jeunes filles ont d'autres priorités et choses à penser, dans leur vie d'adolescente en pleine transformation, que de nourrir ou d'endormir des enfants en bas âge. Du coup, effectuer ce travail sans bienveillance ni tendresse, et sous le couvert d'un mensonge, génère une piètre image de soi, une auto-dévalorisation et une culpabilité, avec parfois le sentiment de ne pas mériter les revenus octroyés. Ainsi, ce qui constitue souvent le premier emploi pour les femmes est l'expérience d'un rapport au travail qui se retrouve par la suite dans d'autres emplois moins précaires, où elles peuvent éprouver aussi ce sentiment d'usure, d'imposture, de décalage entre l'identité pour autrui et l'identité pour soi.

Le processus de socialisation au travail diffère donc selon que l'on soit un homme ou une femme, avec des incidences qui ne se limitent pas aux compétences ou aux orientations professionnelles, mais qui déterminent plus largement le rapport aux autres, au monde et à soi. Des études sur la socialisation au travail différenciée selon le sexe, accordant une importance aux dimensions subjectives et émotionnelles, seraient très éclairantes pour permettre d'approfondir ces questions et d'en montrer les liens avec les problématiques de santé.

Un travail émotionnel genré

On sait qu'existe une division sexuelle du travail très importante, comme l'ont montré un grand nombre de chercheurs, comme par exemple Helena Hirata (1988), ou encore Sabine Fortino (2002) qui a analysé comment, y compris au sein de métiers censés être « mixtes », une division se produisait également.

Plusieurs études documentent le « travail émotionnel » attendu en particulier dans les métiers de service, très largement dévolus aux femmes. Et comme l'a montré la sociologue américaine Arlie Hochschild, ce travail est à la fois de façade, en paraissant aimable, doux et patient, et c'est aussi un travail en profondeur, en cherchant à éprouver les sentiments adéquats. Dans les deux cas, devoir répondre aux attentes des autres (employeurs, clients) constitue une charge, qui peut être usante (fatigue, burn-out) et aliénante (sentiment d'inauthenticité, de dissonance émotionnelle). On voit très bien comment la naturalisation et l'invisibilité des savoir-faire que les travailleuses mettent en place dans beaucoup de métiers de service et de care posent problème, les faisant passer inaperçus, y compris souvent aux yeux des travailleuses elles-mêmes. À la faible reconnaissance de ces métiers situés en bas de l'échelle sociale, s'ajoute le manque d'autonomie, et de temps et d'espaces de récupération.

Les femmes effectuent ainsi un travail émotionnel conséquent pour répondre aux attentes, plus fortes, qui leur sont adressées en la matière. Une femme qui ne sourirait pas au travail devra généralement justifier de sa négativité, ce qui ne sera pas le cas de son collègue masculin. Dans les services, le travail émotionnel attendu est décuplé. Une infirmière, par exemple, doit cacher son dégoût ou son irritation pour tel malade et afficher au contraire de l'amabilité et de la patience. Un infirmier aussi. Cependant, s'il dévie par rapport à ces attentes, il bénéficiera généralement d'une plus grande indulgence. La grimace de dégoût ou l'accès de colère seront moins montrés du doigt et plus rapidement excusés chez un homme, que si ces mêmes faux pas proviennent d'une infirmière.

Les hommes bénéficient également de davantage de soutien. On peut dire qu'il en est de même du care que des cadeaux : les femmes en sont plus pourvoyeuses et les hommes en sont plus bénéficiaires (si l'on exclut la population des personnes âgées dépendantes, majoritairement des femmes, du fait de leur plus longue espérance de vie). Et si cela est vrai dans l'espace privé, cela l'est aussi dans la sphère professionnelle. Ainsi, dans un couple, l'homme peut davantage compter sur un soutien de sa compagne en cas de difficultés professionnelles. De même, au sein du travail, il est souvent davantage soutenu par d'autres employés, que ce soit lorsqu'ils se situent sur un même plan hiérarchique, comme on l'a évoqué avec l'exemple des infirmières, ou que lorsque l'homme soit supérieur hiérarchiquement, ce qui continue à être bien plus fréquent que l'inverse. Le cas archétypal, bien étudié par Josiane Pinto (1990), est celui des secrétaires personnelles : celles-ci, à 95 % des femmes, sont bien plus souvent au service de patrons que de patronnes.

Les hommes dans les métiers de service sont ainsi soumis à des règles émotionnelles similaires aux femmes, même si elles sont plus souples. Mais ils occupent parfois des métiers qui sont foncièrement différents, en ce qu'ils demandent non pas de montrer des émotions « intégratrices » (sourire, être aimable...) mais des émotions « distanciatrices » (hostilité, peur, détermination, intransigeance, typiquement chez les vigiles mais aussi chez certains dirigeants). Ces émotions distanciatrices résultent également d'un travail émotionnel, mais deux différences majeures le distinguent de la production d'émotions intégratrices communément demandée aux femmes.

D'une part, elles sont situées du côté de la maîtrise, de la force et de l'action (courage, détermination, assurance) et, en cela, elles sont connotées positivement. Les émotions distanciatrices ne placent pas dans une même situation d'exposition, de dépendance, voire de subordination, et donc d'humiliation et d'asservissement (Jeantet, 2003). Là où le risque que font courir les métiers à émotions distanciatrices est celui de l'agression physique (combat), en cas d'échec, les métiers à émotions intégratrices génèrent un risque subjectif plus important (humiliation, réprimande, mépris, avances, voire agression sexuelle...). D'autre part, relevons que l'attitude ferme et froide est plus proche des expressions de visage que l'on adopte en situation de repos que lorsqu'on sourit. Il s'agit d'un travail émotionnel qui est, en soi, moins fatiguant et moins exposant subjectivement, du fait de l'engagement qu'exige la rencontre avec autrui.

La manière dont l'entreprise instrumentalise les émotions et les injonctions comportementales véhiculées par les services de management méritent également d'être analysées au prisme du genre. En effet, le monde du travail est masculin et distancie les émotions de l'activité, à travers un déni, une impassibilité (Périlleux, 2019) et une « désaffectation », que l'on retrouve de façon importante dans les sphères dirigeantes (cynisme, virilisme...). La norme dicte que les émotions soient contenues. L'absence d'émotion est souvent un signe de professionnalisme, poussant parfois au cynisme ou à une étrangeté par rapport à soi-même, qui peut conduire à un traitement « impersonnel », sans prise en compte des dimensions affectives. Or, la désensibilisation pose la question de la portée des décisions prises et de leur justesse. Car la sensibilité aux autres est l'une des conditions nécessaires à un travail de qualité et à une conduite morale (Gilligan, 2008).

Des stratégies défensives genrées

Il y a, d'une part, ce qui a trait aux caractéristiques genrées de la socialisation et du travail émotionnel selon les métiers, et d'autre part, ce qui a trait aux systèmes défensifs mis en place par les femmes et les hommes, dont la psychodynamique du travail a montré combien ils différaient (Dejours, 2009).

Comment les hommes et les femmes font face, par exemple, à la mort, la maladie et la vieillesse au sein des services de gériatrie et des EHPAD ? Quelles ressources mobilisent-ils de leur propre trajectoire ? Comment expriment-ils collectivement les difficultés rencontrées ? Comment s'en protègent-ils ?

D'une manière générale, on observe que les femmes font avec les émotions, tandis que les hommes travaillent contre leurs émotions (Jeantet, 2018). Ils ont davantage recours à une mise à distance des émotions de l'autre (faible empathie) et de leurs propres émotions (distanciation voire déni). Ces deux postures professionnelles genrées engendrent des risques différents : burn-out chez les unes et clivage de la personnalité chez les uns. Du point de vue de la préservation de leur santé, les hommes s'en sortiraient apparemment mieux dans un premier temps mais seraient dans une posture plus fragile, pouvant les amener à décompenser gravement, y compris physiquement. Ainsi, le déni masculin s'avère plus longtemps efficace puisqu'il est en adéquation avec les valeurs et les normes du monde du travail, dictées par l'idéologie capitaliste libérale. Cependant, face à une situation de crise, l'effondrement masculin peut s'avérer encore plus brutal.

Les hommes, davantage pris par le mythe de la rationalité, sont susceptibles de développer face aux difficultés du travail des défenses en termes de distanciation. Ils effectuent alors un travail sur et contre leurs émotions, dans l'illusion qu'il est possible de les maîtriser par la volonté. Les femmes, tout en étant, elles aussi, influencées par le rationalisme ambiant, ont appris à travailler avec leurs émotions. Elles passent aussi plus facilement des sphères domestiques aux sphères professionnelles. La sociologue Régine Bercot emploie cette expression d'une plus grande « élasticité émotionnelle » chez les chirurgiennes qu'elle a étudiées. Elle montre ainsi que le rapport aux émotions des chirurgiens et des chirurgiennes diffère, alors même que leur activité est identique. En effet, les femmes s'autorisent davantage à développer une relation affective avec leurs patients et à s'entretenir avec eux, avant ou après l'opération. Les chirurgiens de sexe masculin tendent au contraire à maintenir une distance et à se prémunir de la relation. Il existe une élasticité émotionnelle plus importante chez les femmes, qui parviennent à passer rapidement du relationnel à la concentration mentale que requiert l'opération sur le patient. De plus, les

chirurgiennes doivent user de précaution et de patience afin d'asseoir leur autorité auprès des infirmières. À l'inverse, les chirurgiens déchargent régulièrement leur frustration et la pression qu'ils subissent sur les infirmières qui travaillent avec eux. Encore une illustration du soutien plus grand que les hommes reçoivent dans le cadre de leur activité.

Ainsi, les femmes semblent donc pouvoir jongler avec leurs émotions, dans un rapport plus sensible et équilibré. Elles peuvent tirer des avantages de leur investissement émotionnel en termes d'ajustement de leur activité aux réalités rencontrées, et parfois en termes de plaisir au travail. Mais elles courent toutefois le risque de s'oublier et rencontrent couramment des problèmes de surcharge émotionnelle, d'autant plus que ce travail connaît toujours un déficit de reconnaissance. Les conséquences sur la santé du rapport genré aux émotions sont donc nécessairement différentes.

Il est urgent de mettre en place des recherches interdisciplinaires alliant psychologues, sociologues, psychodynamiciens et médecins, afin d'étudier les défenses que mettent en place hommes et femmes pour faire face aux difficultés rencontrées au travail.

Références bibliographiques

Bercot, R. (2015). Le devenir des femmes en chirurgie. La diversité des mondes de socialisation. *Travail et emploi*, vol. 141, n°1, 37-5.

Dejours, D. (2009). *Travail vivant*. Paris, France : Payot.

Fortino, S. (2002). *La mixité au travail*. Paris, France : La Dispute.

Gilligan, C. (2008). *Une voix différente. Pour une éthique du « care »*. Paris, France : Flammarion [1980].

Hirata, H. et Rogerat, C. (1988). Technologie, qualification et division sexuelle du travail. *Revue française de sociologie*, vol. 29, n°1, 171-192.

Hochschild, A. (2017). *Le prix des sentiments*. Paris, France : La Découverte (1983).

Jeantet, A. (2018). *Les émotions au travail*. Paris, France : CNRS Éditions.

Jeantet, A. (2003). 'À votre service !' La relation de service comme rapport social. *Sociologie du travail*, vol. 45, n°2, 191-209.

Périlleux, T. (2019). Être désaffecté. Gestion des émotions et clinique du travail, in Jeantet, A., Bercot, R. et Tcholakova, A. (Dir.), *Les sciences sociales, le travail et les émotions*. Toulouse, France : Octares.

Pinto, J. (1990). Une relation enchantée, la secrétaire et son patron. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 84, 32-48.

Synthèse des débats

Une première série d'interventions est revenue sur les différences genrées du rapport au travail et au métier. La motivation professionnelle masculine serait davantage liée au titre, au salaire et aux primes, alors que les femmes seraient plus sensibles au sens de leur travail. Les femmes présentent par ailleurs une plus grande tolérance face au harcèlement et à la domination que les hommes. Enfin, la manière de composer avec les exigences dans les sphères privée et professionnelle demeure également différenciée selon le genre. De même, les femmes ont majoritairement tendance à évaluer leur parcours professionnel à l'aune de celui de leur mère tandis que les hommes se comparent davantage à leur père. Toutefois, les travaux de Christian Baudelot et al. (2003) mettent en évidence le fait que les femmes ne sont pas moins insatisfaites de leur situation professionnelle que les hommes.

Les intervenants rappellent également combien certaines exigences professionnelles n'impactent pas de la même manière les hommes et les femmes. L'intensité du travail joue un rôle déterminant dans l'anxiété et la dépression chez les hommes, tandis que l'exigence émotionnelle a des effets chez les femmes. En revanche, l'insécurité de l'emploi semble jouer pour les deux sexes, avec un effet légèrement plus fort chez les hommes. Cela implique aussi des différences dans la manière de prendre en charge ces difficultés selon le genre : les hommes recourent majoritairement à la surconsommation d'alcool¹¹ alors que les femmes sont sujettes à une surconsommation de médicaments psychotropes et psychoactifs, celle-ci étant souvent liée à un diagnostic de dépression et à une prescription médicale. La consommation de substances est donc présente chez les femmes comme chez les hommes, bien qu'elle ne revête pas le même mode.

Une seconde série d'intervention rappelle l'importance de bien distinguer le discours de valorisation des émotions tenu dans les entreprises et la place que les émotions occupent effectivement. Les entreprises reconnaissent la valeur motivationnelle des émotions et les utilisent dans l'image qu'elles construisent d'elles-mêmes. Mettant en œuvre des techniques managériales plus ou moins sophistiquées, elles déploient parallèlement des stratégies visant à favoriser certaines émotions. Mais dans le même temps, la proscription des émotions est toujours en vigueur dans les entreprises. L'instrumentalisation de la passion vise essentiellement à intensifier l'activité, dans une logique productive qui reste prédominante. La sphère affective continue ainsi à être niée en tant que telle et pour elle-même, alors même qu'elle participe pleinement de la construction de la santé mentale. Dans cette perspective, il importe de questionner d'un point de vue critique les ressorts de la valorisation des émotions dans la sphère professionnelle.

Enfin, des points aveugles ont été soulevés. Tout d'abord, l'étude de l'approche genrée de la santé mentale au travail doit prendre en compte l'articulation du temps de travail et de la vie personnelle. On sait notamment que les femmes ont une charge domestique qui tend à influencer sur leur rapport au travail, ce qui n'est pas sans conséquence sur le rapport à la santé en lien avec le travail.

La réception du discours par le salarié qui évoque sa souffrance doit également être mise en question. À discours identique, selon que l'on soit un homme ou une femme, la perception et la légitimation du discours varient et doivent ainsi être analysées dans cette perspective.

L'intérêt historique porté à la santé mentale permet également d'éclairer de manière heuristique les phénomènes observés et de replacer la question de la santé mentale au travail dans une perspective plus générale et longitudinale. À titre d'exemple, dans les années 1950 à 1970, la souffrance était majoritairement étudiée du point de vue ouvrier, face à la menace du capital s'abattant sur les classes les plus précaires. Or, le processus d'individualisation que les contemporains reconnaîtront tend vers une plus grande internalisation de la souffrance par le salarié, qui se blâme davantage des échecs professionnels. L'approche actuelle discrédite les catégories d'analyse marxistes exploitées depuis les années 1970, et lie davantage la souffrance à l'identité qu'au groupe auquel elle correspond.

Références bibliographiques

Baudelot, C. et al. (2003). Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France. Paris, France : Éditions Fayard.

¹¹ L'alcool revêt une dimension sociale lorsqu'il est consommé entre collègues, dans le but de renforcer la cohésion du groupe et d'échanger sur le travail. En revanche, l'alcoolisme intervient lorsque l'individu consomme l'alcool seul, sans ce paramètre de communion avec la société.

POLITIQUES DE PRÉVENTION ET PROCÉDURES DE RECONNAISSANCE ET DE RÉPARATION

SÉANCE 4 • 11 DÉCEMBRE 2018

Cadrage de la séance

Diane Desprat (DREES)

Depuis une quinzaine d'années, l'intérêt pour la question des risques professionnels, et plus particulièrement la santé mentale des travailleurs, s'est développé dans le débat public et fait l'objet de préoccupations politiques (Lhuillier et Amado, 2012). « Risques psychosociaux » (RPS), « stress », « harcèlement moral », « souffrance au travail », « *burn-out* » constituent autant d'expressions qui abordent la question des conséquences possibles du travail professionnel sur la santé mentale des individus et cherchent à révéler les souffrances auxquelles les travailleurs peuvent être confrontés dans le cadre de leur activité professionnelle. La question de la reconnaissance des troubles de santé mentale liés au travail en accident du travail ou en maladie professionnelle et ses conséquences négatives en termes de réparation est également apparue comme un problème majeur de santé publique (Assurance Maladie, 2018 ; OMS, 2010). Bien que rejetées par l'Assemblée nationale, différentes propositions de loi en 2016 et en 2018, sur la reconnaissance du « *Burn-out* » et des pathologies psychiques d'origine professionnelle confirment la prise de conscience de ces questions dans la sphère politique.

Parallèlement à cela, les initiatives politiques relatives à la prévention de la santé mentale au travail se sont développées. Citons par exemple, le Plan d'urgence de lutte contre le stress au travail de 2009 présenté par l'ancien Ministre du Travail M. Xavier Darcos, le plan « Santé au travail » de 2010-2014, le rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale¹² de 2011 ou encore le rapport du Conseil économique social et environnemental (CESE) datant de 2013 qui préconise 23 recommandations visant à renforcer la prévention des RPS. Ainsi, ce cadre institutionnel invite les entreprises et les partenaires sociaux à agir sur le niveau de la prévention.

Cette dernière séance a pour objectif d'aborder plus spécifiquement les enjeux liés aux procédures de reconnaissance et de réparation des maladies psychiques en lien avec le travail, le chômage et la précarité ainsi que le développement des politiques de prévention de la santé mentale qui sont apparues depuis les années 2000 (Lerouge, 2009 ; Lerouge, 2005). Ainsi, malgré des évolutions récentes dans la prise en compte des atteintes à la santé psychique dans les entreprises mais aussi dans la jurisprudence et dans la réglementation, d'importantes difficultés persistent dans la reconnaissance du caractère professionnel des maladies mentales (harcèlement moral, *burn-out*, dépression, troubles anxieux, stress, etc.) et leur prévention (Blum Le Coat, 2016).

Animée par **Dominique Lhuillier** (Professeure émérite en psychologie du travail, CNAM), la séance alterne des présentations de travaux, de points de vue et échanges avec la salle selon l'ordre suivant :

- **Laurent Bailly** (Sous-directeur, responsable du service aux assurés en matière de risque professionnel, CNAM) : Quelle reconnaissance du caractère professionnel des troubles psychosociaux et quelles actions de prévention portées par la branche des risques professionnels ?
- **Loïc Lerouge** (Juriste, chargé de recherches CNRS, Université de Bordeaux, COMPTRASEC) : Les rapports entre normes juridiques en santé au travail et responsabilité de l'employeur
- **Sabrina Rouat** (Maître de conférences en psychologie, Université Lyon 2, GREPS) : *Question à propos de l'évaluation des interventions en santé au travail*
- **Scarlett Salman** (Maître de conférences en sociologie, Université Paris-Est Marne-la-Vallée, LISIS) : *Le coaching, un dispositif d'hygiène psychique au travail ?*

¹² Rapport d'information n°3457 en conclusion des travaux de la mission sur les RPS, 2011.

- **Lucie Goussard** (Maître de conférences en sociologie, Université d'Évry, Centre Pierre Naville) : *Quelles luttes syndicales possibles contre la pénibilité du travail ?*

Références bibliographiques

Assemblée nationale (2018). Rapport Première lecture sur le burn-out visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les pathologies psychiques résultat de l'épuisement professionnel. Commission des affaires sociales, n°580.

Assurance maladie (2018). *Santé travail : enjeux et actions*. Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels.

Blum Le Coat, J.-Y. et Pascual, M. (2017). La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4922>

CESE (2013). La prévention des risques psychosociaux. Journal officiel de la République française.

Lerouge, L. (2009). Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal. Paris, France : L'Harmattan.

Lerouge, L. (2005). La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail. LGDJ.

Lhuilier, D. et Amado, G. (2012). Souffrance au travail et clinique de l'intervention. Présentation. Bulletin de psychologie, vol. 519, n°3, 211-215.

OMS. (2010). La santé mentale et le bien-être sur le lieu de travail – protection et intégration en période difficile.

Dominique Lhuillier (Professeure émérite, CNAM)

Pour cette quatrième séance, qui a pour intitulé « Politiques de prévention et procédures de reconnaissance et de réparation », l'objectif n'est pas de construire un état des lieux de la science sur cette question, mais plutôt de proposer en introduction quelques réflexions associées à cet intitulé, et ce sans perdre de vue l'objectif de ce séminaire : tracer les voies de développement à venir pour des travaux de recherche dans différentes disciplines.

La séance d'aujourd'hui pose la question suivante : quelle politique de prévention et de réparation ? À cette première interrogation, s'ajoute celle de la reconnaissance des liens entre santé psychique et travail. Pour éclairer ces questions, l'appui sur l'histoire des travaux scientifiques peut nous aider à penser le temps présent, mais aussi les projets à venir. Il s'agit à la fois de prendre en compte les premiers travaux de recherche sur la santé psychique et le travail et aussi de repérer en quoi ce focus sur la santé psychique éclaire différemment des analyses déjà largement produites sur la problématique plus globale santé-travail ? S'appuyer sur ces travaux peut aider à penser les processus en jeu, comme les acquis, mais aussi les impasses des politiques et des pratiques de prévention et de réparation développées jusqu'à maintenant.

Revenir brièvement sur cet héritage peut permettre d'éclairer les modalités de saisie contemporaine de ces questions et la manière privilégiée dont on les aborde, mais aussi ce qui est laissé dans l'ombre, pas seulement au niveau des représentations sociales et de leurs manifestations dans le débat public, mais aussi dans les politiques de prévention et de production scientifique.

Premier point :

La perception du lien entre santé et travail s'est construite historiquement à travers le prisme maladie et travail. Quand on parle des questions de santé et travail, on traite en fait le plus souvent de maladie et travail. Ce sont essentiellement les effets délétères du travail sur la santé qui constituent la porte d'entrée des investigations. D'une certaine manière, c'est un peu le cas aujourd'hui quand on s'intéresse à la façon de faire reconnaître les troubles psychosociaux, dans les cas déjà constitués pour la reconnaissance au titre d'accident ou de maladie professionnelle.

Ainsi, la santé mentale est dans notre monde contemporain renvoyée aux déclinaisons les plus fréquentes du stress, souffrance, mal-être, harcèlement moral, violence, addictions, suicide, dépression, *burn-out*, risques psychosociaux ou troubles psychosociaux...

Des travaux forts intéressants d'historiens soulignent en effet les différentes formes d'atteintes à la santé et l'ampleur des dégâts du travail. Ils montrent aussi la lente construction de la reconnaissance sociale de cette problématique et les dynamiques qui ont permis de faire advenir, dans le paysage social, les deux catégories essentielles aujourd'hui qui donnent forme aux altérations reconnues, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La problématique santé et travail, et plus spécifiquement ici santé psychique et travail, n'est peut-être pas suffisamment interrogée au sens où elle semble renvoyer unilatéralement à de l'altération, de la dégradation, de la fragilisation de la santé psychique par le travail. Cela laisse dans l'ombre l'autre face du travail, notamment le fait que le travail peut être déterminant dans le développement et la construction de la santé, y compris la santé psychique. Cela permet-il de comprendre pourquoi nous savons aussi peu de choses sur santé et chômage par exemple ? À partir du moment où les chômeurs seraient « à l'abri » du travail, nous n'aurions pas à nous préoccuper de leur santé, ni en terme de politiques publiques ni en terme scientifique ? Nous pouvons alors poursuivre cette centration sur la problématique santé et travail, occultant la situation des travailleurs privés d'emploi, et réduisant l'investigation aux altérations de la santé par le travail.

Je reprendrai ici la formule de Michel Debout (2015) dans son ouvrage sur *Le traumatisme du chômage* « la santé des chômeurs est un véritable trou noir de la connaissance scientifique ». Effectivement, la production scientifique sur la santé somatique et psychique des sans-travail est tout à fait insuffisante. Les politiques de prévention le sont également, *a fortiori*, les politiques de réparation. Le chômeur est sur cette question renvoyé à son médecin traitant qui ne comprend pas par exemple que son état de santé puisse nécessiter un arrêt de

travail puisqu'il ne travaille pas, alors même qu'il ne peut pas satisfaire à ses obligations de recherche d'emploi. Or, ces attestations de recherche d'emploi sont les garantes de son statut de demandeur d'emploi. C'est comme si le chômeur n'était plus un travailleur. Il en est tendanciellement de même pour les sciences du travail et les acteurs de la santé au travail qui ont tendance à « oublier » les chômeurs.

Cette porte d'entrée sur la question maladie et travail, troubles psychiques et travail, relègue encore dans l'ombre une autre problématique : celle de l'impact sur la vie au travail de maladies, troubles, accidents qui prennent leur origine dans d'autres sphères que celle de l'activité professionnelle. La recherche sur ces situations pourtant de plus en plus nombreuses du fait à la fois du recul de l'âge de départ à la retraite et des progrès des traitements thérapeutiques, est encore insuffisante.

Cependant, il faut noter des évolutions en la matière. Quelques signes sont perceptibles et indiquent des transformations en cours. Ainsi, la mise à l'agenda des services de santé au travail de la problématique de la « prévention de la désinsertion professionnelle » intègre la prise en compte de situations où la santé somatique et/ou psychique est dégradée, quelle que soit l'origine de cette dégradation. On s'intéresse moins ici à l'étiologie qu'à cette autre problématique tout aussi essentielle : comment se maintenir en activité professionnelle quand on vit avec une santé fragilisée au plan somatique et/ou psychique. On peut encore s'interroger sur la part des travaux scientifiques disponibles sur l'impact d'une santé précaire, c'est-à-dire caractérisée par l'instabilité et l'incertitude, sur le travail et le travailleur.

Enfin, pour éclairer les voies de recherche aujourd'hui sur la problématique « santé mentale et travail », on peut se référer aux antécédents disponibles (Billiard, 2011). Des travaux des années 1930 et 1940 conduits essentiellement par des psychiatres, fondateurs de la psychopathologie du travail, ont, dès l'origine, cherché à explorer deux grandes questions. Y a-t-il des maladies mentales occasionnées par le travail ? Le travail peut-il altérer la santé psychique ? Le travail peut-il être thérapeutique ? Le travail est-il un opérateur de santé ?

Deuxième point :

Pour penser ces questions de prévention et réparation, il importe là encore de se référer aux travaux déjà existants qui portent sur la reconnaissance des liens entre santé et travail et plus spécifiquement les travaux qui recensent les obstacles ou « les masques » qui brouillent la perception de ces liens. Cette formule de « masque » fait référence à un texte, qui a été pour partie fondateur, de Gollac et Volkoff (2006) sur ce sujet. Il y a déjà toutes sortes d'analyses disponibles (Henry, 2017 ; Lhuillier, 2010 ; Sarfaty et Waser, 2013) sur ces différents filtres ou écrans qui brouillent, euphémisent, occultent ces liens. Ce constat peut être mis en perspective avec une tendance aggravante qui est l'invisibilité croissante du travail réel. Bon nombre d'actions de prévention ne s'appuient pas sur l'analyse du travail réel.

Une deuxième grande évolution sera aussi discutée plus loin, celle de l'individualisation des questions de santé. Elle se traduit par des prescriptions quasi hygiénistes (guides de « bonnes pratiques »), chacun devant être acteur de la construction de sa propre santé.

À titre d'illustration : une affiche dans la salle d'attente de la médecine du travail d'une grande entreprise publique portait sur la prévention des accidents du travail. On pouvait y lire « objectif zéro accident », illustré par des post-it recommandant de « manger cinq fruits et légumes par jour », « boire un litre d'eau », « prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur », etc.

On peut craindre que ce mouvement s'accompagne d'une forme d'eugénisme en développement dans un monde du travail en crise. Un eugénisme dont on peut percevoir quelques signes quand se construisent des représentations sociales qui « fabriquent » et distinguent deux types de population, deux types de travailleurs : les « vulnérables » ou fragiles d'un côté, les efficaces, performants et résilients de l'autre. Se pose ici la question de la reconnaissance de la vulnérabilité humaine masquée par ces figures électives (les dépressifs, les alcooliques, les suicidaires...) d'une vulnérabilité différentielle, psychique et/ou somatique.

Troisième point :

La question de la reconnaissance est essentielle. On peut penser la reconnaissance instituée, formalisée qui renvoie au travail d'expertise, mais il nous faut explorer aussi des formes de reconnaissance plus informelle dans les représentations et les relations de travail au quotidien. Les travaux de Nicolas Dodier, notamment, sont des

ressources importantes pour explorer ces questions. On pense par exemple à ceux qui portent sur les jugements de réalité et les jugements moraux par rapport aux problèmes de santé dans le travail (1983 et 1986).

De la même manière, on pense la réparation en termes de dispositifs institués, mais il peut être heuristique de s'intéresser à ce que les personnes s'autorisent à demander. En amont, quel est le processus qui va permettre ou faire obstacle à ces demandes, ces démarches, Qu'en est-il du « parcours de la réparation » ? Quels sont les effets au plan psychique de ces parcours de demandes de réparation ?

Quand on parle d'actions, actions instituées, on recense alors les politiques de prévention souvent déclinées en segmentation du champ santé et travail. Ainsi, on distingue des politiques en matière de risques psychosociaux (RPS), d'addictions, de harcèlement... Peut-être faut-il explorer l'efficacité et les limites de cette segmentation. Et intégrer aussi aux analyses l'action collective *via* l'action syndicale, mais aussi sous d'autres formes, celles des régulations informelles à l'intérieur des collectifs de travail, et ce afin de penser la question de l'évaluation de ces actions dans leur diversité.

Références bibliographiques

Billiard, I. (2011). *Santé mentale et travail. Émergence de la psychopathologie du travail*. Paris, France : La Dispute.

Debout, M. (2015). *Le traumatisme du chômage*. Paris, France : Éditions de l'Atelier.

Dodier, N. (1983). La maladie et le lieu de travail. *Revue française de sociologie*, XXIV, n°2, 255-270.

Dodier, N. (1986). Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail. *Revue française de sociologie*, XXVII, n°4, 603-628.

Gollac, M. et Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. n° 163, 4-17.

Henry, E. (2017). *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*. Paris, France : Presses de Sciences Po.

Lhuillier, D. (2010). L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sciences sociales et santé*. Santé au travail : une méconnaissance durable, vol. 28, n°2, 31-63.

Sarfati, F. et Waser, A.-M. (dir.) (2013). Santé et travail : déjouer les risques ? *Sociologies pratiques*, n°26.

Quelle reconnaissance du caractère professionnel des troubles psychosociaux et quelles actions de prévention portées par la branche des risques professionnels ?

Laurent Bailly (Sous-directeur, Responsable du service aux assurés en matière de risque professionnel, CNAM)

Un peu d'histoire pour rappeler que la branche des risques professionnels est une branche qui n'a pas toujours été intégrée à la Sécurité sociale, car elle est plus ancienne. Elle date de 1898. Elle est assez particulière, car elle est née par la loi d'avril 1898 d'un compromis entre le patronat et les salariés qui a finalement, après 20 ans de débats parlementaires, troqué ce que l'on appelle la présomption d'imputabilité contre une réparation forfaitaire des risques professionnels. La particularité du risque professionnel est d'avoir créé une forme de présomption qui facilite la reconnaissance du caractère professionnel des accidents du travail ou des maladies professionnelles pour les victimes ; en échange, on a une réparation dite forfaitaire car elle n'ouvre normalement pas droit à la réparation de l'intégralité des préjudices que l'on peut avoir en droit civil traditionnel pour du préjudice d'agrément, d'esthétique, etc. Avant cette loi, il fallait que le salarié prouve la responsabilité de son employeur pour obtenir une indemnisation (droit civil traditionnel). Il n'y a qu'en cas de faute inexcusable de l'employeur que l'on retrouve un droit à une réparation quasi intégrale de ses préjudices.

La présomption est censée aider les victimes à être reconnues. La loi de 1898 s'inscrit dans un contexte industriel et explique en grande partie l'absence de prise en compte des particularités du risque psychosocial. C'est la jurisprudence qui a façonné petit à petit les critères de reconnaissance des troubles psychosociaux en accident du travail et en maladie professionnelle.

L'accident du travail :

Il existe deux voies de reconnaissance. Il y a l'accident du travail qui implique un événement ou une série d'événements datés et précis qui vont donner lieu à un trouble psychosocial. Cela peut être un braquage, une altercation dans le cadre du travail, une insulte, une humiliation, un événement identifié qui est la cause d'un trouble psychologique pour le salarié. L'autre cas est celui de la maladie professionnelle. Il n'y a pas de faits générateurs aussi nets, c'est plutôt un certain nombre de facteurs de risques auxquels le salarié est exposé sur la durée qui vont faire naître une pathologie qui peut être reconnue d'origine professionnelle.

En accident du travail, dès lors que le fait générateur du trouble psychosocial est intervenu au temps et au lieu du travail, il est présumé d'origine professionnelle et le travailleur est généralement reconnu au titre d'un accident du travail. En maladie professionnelle, des tableaux définissent les pathologies et les conditions de reconnaissance de ces pathologies d'origine professionnelle qui créent un cadre de présomption. Pour les troubles psychosociaux, il n'y a pas de tableaux.

L'employeur est tenu de déclarer tous les accidents au sein de son entreprise. En cas d'altercation, si un employé manifeste un trouble, l'employeur doit faire une déclaration sans qualifier s'il s'agit d'un accident du travail ou non. L'assuré va faire reconnaître sa pathologie par un médecin qui lui établit un certificat médical. Celui-ci est envoyé à la Caisse primaire ainsi que la déclaration d'accident du travail. Une fois que la Caisse a reçu les deux, elle instruit l'accident.

Soit il n'y a pas de contestation de la part de l'employeur (ni de réserves ni de doutes émis) sur la réalité de l'accident, auquel cas la Caisse le prend en charge d'emblée dans un délai d'un mois. Si les faits méritent d'être éclaircis, la Caisse primaire joue un rôle d'investigateur avec une obligation de neutralité entre l'employeur et l'assuré. Elle réalise son enquête par questionnaire ou via l'envoi d'un enquêteur assermenté chargé d'auditionner les témoins et de vérifier ce qu'il s'est exactement passé.

La maladie professionnelle :

Pour les maladies professionnelles, on ne bénéficie pas de la présomption de la même manière puisqu'il n'existe pas de tableaux en matière de troubles psychosociaux. C'est en débat. Des propositions de loi ont été faites pour créer des tableaux de maladies professionnelles, comme pour le *burn-out*. Elles ont été écartées jusqu'à présent

pour deux raisons. La première est que l'on parlait de *burn-out* alors qu'il n'était jusqu'à récemment pas reconnu comme une maladie. C'est désormais le cas au niveau de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui le reconnaît dans sa codification des maladies. Cela devrait être ratifié en droit interne prochainement. Il est donc possible que le *burn-out* devienne bientôt une maladie reconnue comme telle en France.

Toutefois, le vrai problème pour établir un tableau de maladies professionnelles est que pour établir un cadre de présomption, plusieurs éléments sont pris en compte : les pathologies, les durées d'exposition au risque et une liste de travaux susceptibles d'exposer à ce risque. La grande difficulté pour établir un tableau dans sa forme traditionnelle est qu'aujourd'hui, il n'existe pas de liste de travaux qui exposent au trouble psychosocial. N'importe quel travail peut exposer au trouble psychosocial. Autrement dit, la nature même des tableaux de maladies professionnelles tels qu'ils existent aujourd'hui ne correspond pas à la réalité du trouble psychosocial.

Une procédure existe depuis 1993. Elle permet à un travailleur d'être reconnu au titre de la maladie professionnelle même si la pathologie n'est pas mentionnée dans un tableau. Le travailleur doit passer devant un comité d'experts, le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), à condition d'avoir une certaine forme de gravité de la pathologie que l'on appelle incapacité permanente prévisible. Les médecins-conseils évaluent la gravité de la pathologie ou du trouble. Si cela donne un taux d'incapacité permanente supérieur à 25 %, alors le travailleur peut passer devant le CRRMP composé de trois médecins, dont un pouvant être psychiatre : un professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH), un médecin-conseil de l'Assurance maladie et un médecin inspecteur régional du travail.

Ces professionnels sont chargés d'examiner la situation de la personne au vu des éléments rapportés suite à l'enquête réalisée par la Caisse primaire, enquête obligatoire lorsqu'il s'agit d'une maladie transmise au CRRMP pour établir le lien direct. Pour établir son enquête, la Caisse se base sur les travaux scientifiques qui existent sur le sujet, notamment le rapport Gollac et Bodier (2011), et va rechercher les six dimensions de la souffrance au travail pour les étayer et apporter tous les éléments aux trois médecins experts.

En termes de volumétrie, en 2016, 10 000 affections psychiques ont été reconnues en accident du travail sur un million d'accidents du travail déclarés, soit 1% des accidents du travail déclarés et 1,6 % des accidents du travail donnant lieu à un arrêt de travail. Cette proportion a beaucoup augmenté au cours de ces dernières années, d'autant que le nombre d'accidents du travail a parallèlement diminué.

Concernant les affections psychiques reconnues en maladie professionnelle, 1 138 demandes ont été déposées. 596 ont été reconnues en maladie professionnelle et 542 ont été rejetées, car le comité régional des maladies professionnelles a estimé que le lien n'était pas suffisamment direct et essentiel avec le travail.

Par rapport au total des maladies professionnelles qui est d'environ 100 000 en France chaque année, celles pour affection psychique constituent un volume relativement limité, mais représentent toutefois la moitié des pathologies soumises au CRRMP en hors tableau. Les pathologies psychiques sont davantage reconnues que les autres pathologies hors tableau. Seulement 3 ou 4 % de reconnaissances sont obtenues pour les autres pathologies, comme les différents cancers qui ne sont pas dans des tableaux. En revanche, on est à 50 % de reconnaissance sur des pathologies liées à des troubles psycho-sociaux (dépression, choc post traumatique etc..) par le CRRMP.

Expérimentation de l'Assurance maladie et prévention :

Il existe quelques projets en termes de réparation, notamment des actions en direction des entreprises connaissant de nombreux arrêts maladie. Ces entreprises sont ciblées et démarchées pour définir les grandes familles d'arrêts maladie, tout en respectant l'anonymat. Trois grandes catégories se dégagent : les troubles musculo-squelettiques, les lombalgies et les RPS. Les entreprises à fortes atypies par rapport à leur secteur d'activité sont démarchées pour les avertir de leur particularité sur le sujet et les inviter à agir.

La CNAM a par ailleurs mis en place un comité de pilotage sur la prévention de la désinsertion professionnelle avec un volet spécifique sur le risque psychosocial.

Des offres en matière de prévention sont également développées par l'INRS¹³ avec des brochures et des kits dont le but est de rendre l'entreprise autonome, soit pour se former, soit pour avoir des vecteurs de communica-

¹³ <http://www.inrs.fr/publications/essentiels/risques-psycho-sociaux.html>

tion internes, soit pour l'aider à bien choisir un consultant pour intervenir dans l'entreprise et prévenir au mieux les risques psychosociaux.

Références bibliographiques

Assurance maladie (2018). *Santé travail : enjeux et actions*. Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels.

Gollac, M. et Bodier, M. (dir.) (2011). [Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser](#). DARES, ministère du Travail et de l'Emploi.

Loïc Lerouge (Chargé de recherches CNRS, Université de Bordeaux, COMPTRASEC)

Cette communication traite des rapports entre normes juridiques en santé au travail et responsabilité de l'employeur. Pour illustrer le cadre juridique dans lequel s'inscrit la responsabilité de l'employeur en matière de santé au travail, un texte important est celui de la directive-cadre du 12 juin 1989 relative à l'amélioration des conditions de travail des travailleurs. Elle pose le principe d'une obligation générale de sécurité selon laquelle l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs « dans tous les aspects liés au travail » (art. 5.1). Cela inclut les dimensions physiques et mentales de la santé au travail.

Un certain nombre de pays excluaient le volet mental, mais après la transposition de cette directive-cadre, l'Italie par exemple, a été recadrée par la Cour de justice de l'Union européenne pour qu'elle inclue également le stress au travail dans l'obligation de sécurité de l'employeur (CJCE 15 novembre 2001 Commission c/ Italie, C-49/00, Rec. 2001 p. I-8575).

Il est donc important de préciser qu'il s'agit de santé physique et mentale. Seules les atteintes à la santé physique étaient prises en compte en fait et en droit, car elles sont visibles au contraire des problématiques de santé mentale moins visibles.

Par ailleurs, cette obligation est liée au respect de principes généraux de prévention, dont deux sont très emblématiques de la directive de 1989 : combattre les risques à la source (être en mesure d'appréhender les risques liés à la santé au travail le plus en amont possible au niveau des organisations du travail) et adapter le travail à l'homme. L'adaptation du travail à l'homme est un principe qui n'est pas réellement respecté en pratique bien que juridiquement consacré au niveau européen et français.

Enfin, la directive du 18 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail est souvent occultée. Il y a un temps de repos à respecter, et si ce temps n'est pas respecté, les travailleurs voient leur santé se dégrader. Si un juge considère que le droit communautaire n'est pas bien transposé en droit français, il peut très bien fonder directement sa décision sur le droit communautaire et non pas sur le droit français, d'où l'importance de rappeler ces sources.

Par ailleurs, ce type de texte, au niveau de l'Union européenne et dans la plupart des pays États membres de l'Union européenne, s'adresse aux travailleurs et aux employeurs publics et privés. En France, même si la partie IV du Code du travail s'applique pour l'essentiel dans la fonction publique, un certain nombre de juridictions administratives ne l'appliquent que de manière très restrictive. Pour autant le régime juridique de la santé au travail est différent entre le secteur public et privé. Le harcèlement moral au travail, inscrit dans la partie I du Code du travail n'a pas le même régime juridique dans la fonction publique que dans le secteur privé, alors que la définition est la même.

Ainsi, il importe de ne pas écarter le débat sur comment faire en sorte que tous les travailleurs dans la fonction publique ou le secteur privé puissent bénéficier du même niveau de protection juridique de leur santé. On arrive aujourd'hui à envisager un droit à la santé au travail d'une portée plus fondamentale que le droit de la santé et dont le niveau de protection serait le même dans tous les secteurs, peu importe la taille de l'entreprise. Jusqu'à présent, le droit du travail avait des seuils d'effectifs et le régime de protection dans les dispositifs juridiques de mise en œuvre de la protection de la santé au travail n'était pas le même selon la taille de l'entreprise.

Concernant la transposition de cette directive-cadre du 12 juin 1989 en droit national, on la retrouve, en ce qui concerne l'obligation de sécurité, dans l'Article L. 4121-1 du Code du travail, mais aussi dans l'Article L. 4121-2 sur les 9 principes généraux de prévention¹⁴. Cette transposition par une loi en date du 31 décembre 1991 a été une petite révolution en France, car on est passé d'une obligation *spéciale* de sécurité à une obligation *générale* de sécurité. Lorsqu'on regarde dans les anciens Codes du travail d'avant 1992, l'employeur avait une obligation de sécurité au regard d'un certain nombre de risques bien identifiés : le risque machine, chimique, etc., alors que depuis la transposition de cette directive, la France est passée à une obligation *générale* où les risques doivent être prévenus dans tous les aspects liés au travail.

Ensuite, cette obligation de sécurité a évolué en droit français avec la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 dans laquelle le législateur consacre un chapitre spécifique au harcèlement moral au travail et à un certain nombre de dispositifs associés à la définition de ce harcèlement moral au travail. L'un des dispositifs était d'introduire le terme de santé physique et mentale dans le Code du travail et notamment dans l'obligation de sécurité de l'employeur ainsi que dans le droit d'alerte du délégué du personnel, dans les compétences du CHSCT et du médecin de travail.

L'un des débats était de savoir s'il fallait laisser le terme de « santé » entendu dans un sens global et qui se suffit à lui-même ou bien préciser « santé physique et mentale » dans l'obligation de sécurité de l'employeur. Or, il était très important d'apporter cette précision, car dans la pratique seule la santé physique était réellement objectivée, et donc prise en considération. Cette obligation de sécurité a également évolué dans sa portée au regard de la jurisprudence de la Chambre sociale de la Cour de cassation qui a décidé dans le cadre de la redéfinition de la faute inexcusable en 2002 de donner une portée de résultat à l'obligation de sécurité. Dès lors qu'un accident se produit en temps et en lieu de travail sous la subordination de l'employeur, ce dernier est responsable, et dès lors qu'il avait conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures pour l'en préserver, il commet une faute inexcusable qui ouvre une réparation complémentaire au titre du régime ATMP.

Cette obligation de résultat a été beaucoup discutée, car il y avait une sorte de reconnaissance automatique de la responsabilité de l'employeur dès lors qu'un accident se produisait au travail. Deux types de réactions pouvaient être observés. Les employeurs ont décidé soit de ne rien faire et ne répondaient que formellement aux obligations du Code du travail en matière de santé au travail en réalisant par exemple un document unique sans aller plus loin, soit ils contrôlaient tellement les salariés qu'ils pouvaient déborder sur leur vie privée, sur la question des addictions par exemple.

Le 25 novembre 2015, la Cour de cassation, à l'occasion d'un changement de doctrine, a décidé d'abaisser la portée de l'obligation de sécurité à une obligation de moyens renforcés, c'est-à-dire de mettre tout en œuvre pour éviter le risque avec un certain nombre de garanties. Outre l'obligation de sécurité de l'article L. 4121-1 du Code du travail, les juges de cassation ont redécouvert l'Article L. 4121-2 et les principes généraux de prévention. Autrement dit, jusqu'à présent, la Cour de cassation ne se fondait que sur l'obligation de sécurité et pas sur des principes généraux de prévention. Cela rend l'employeur plus proactif, puisqu'on lui demande pour s'exonérer de sa responsabilité de montrer qu'il a bien appliqué ces principes généraux de prévention. Ce point est intéressant car l'employeur est davantage acteur de sa responsabilité.

¹⁴ Article L. 4121-2 du Code du travail : « L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- 1° Éviter les risques ;
- 2° Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3° Combattre les risques à la source ;
- 4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- 6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux [articles L. 1152-1](#) et [L. 1153-1](#), ainsi que ceux liés aux agissements sexistes définis à l'article [L. 1142-2-1](#) ;
- 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs ».

Il en va de même pour le harcèlement moral et sexuel au travail. En revanche, des faiblesses concernant cette jurisprudence apparaissent. À ce titre, il suffit que l'employeur montre qu'il a mis en œuvre des politiques de formation, de sensibilisation et d'information sur le harcèlement sexuel pour être exonéré de sa responsabilité. On est loin de l'obligation de sécurité de résultat.

Il importe donc aujourd'hui de s'interroger sur les politiques de prévention des risques pour la santé mentale au travail. Cela amène à questionner la reconnaissance d'un droit à la santé plus spécifiquement lié au travail et à faire évoluer la représentation de l'approche de la santé au travail. Le droit de la santé au travail est un ensemble de règles qui poursuivent un même objectif applicable aux activités dont l'objet est de restaurer la santé humaine au travail, de la protéger et d'en prévenir la dégradation. En revanche, le droit à la santé au travail intervient à un niveau plus fondamental avec des liens avec la dignité et le droit à la dignité. Ces liens s'établissent au regard de la protection de l'homme dans son essence ou dans son existence.

Or, l'exécution du contrat de travail s'accompagne de risques professionnels pouvant compromettre la santé des travailleurs qui rend à ce titre l'employeur responsable de la santé de ses salariés. Le droit à la santé va se transposer au travail sous la forme d'un droit de la santé au travail consistant à réglementer les moyens d'empêcher la survenance d'atteinte à l'intégrité de la personne du travailleur au temps et au lieu travail et sous la subordination de l'employeur.

Il n'est pas possible de porter atteinte au droit à la santé comme cela est le cas pour le droit à la dignité au sein du travail. Autrement dit, le travailleur possède un droit fondamental à la protection de sa santé. En conséquence, faut-il reconnaître un droit fondamental à la santé au travail alors qu'il existe déjà un droit fondamental à la santé qui existe par lui-même ? C'est une vraie question à laquelle il faut réfléchir, car derrière, des réponses essentielles sont à apporter.

La reconnaissance de la « santé physique et mentale » dans le Code du travail en 2002 par la loi de modernisation sociale a fait surgir cette question. De règles applicables aux actions d'hygiène et de sécurité dont le but est d'éviter les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'accent est passé sur une approche plus globale et systémique de la santé au travail. Or, la complexité des enjeux qui en découle pousse à être créatif. La jurisprudence tient ainsi un rôle majeur dans la construction du droit à la santé au travail. Face à une situation complexe, elle s'est rendue créative, parfois créatrice, en reconnaissant par exemple une obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur, ou bien en assouplissant la qualification de l'exécution de cette obligation au regard de l'application des principes généraux de prévention qui avaient été oubliés depuis plusieurs années.

Le rapport entre les normes juridiques et la responsabilité de l'employeur renvoie aussi au caractère prescriptif du droit. Si, par la prescription, le droit peut influencer les comportements, en revanche, cela l'éloigne de la réalité et l'empêche d'être appliqué comme il le faudrait. Par rapport au droit de source légale, la jurisprudence a donc à nouveau un rôle essentiel pour raccrocher ces règles prescriptives à la réalité, aux espèces, aux faits. L'enjeu, avant d'être dans le procès créateur de jurisprudence, est de réduire le fossé qui existe souvent entre la création du droit par le législateur et la réalité et la pratique du travail. Pour que le droit soit appliqué, les normes juridiques doivent donc correspondre aux situations pour lesquelles elles doivent s'appliquer.

Enfin, dans le domaine de la santé au travail, les normes juridiques orientent la mise en œuvre des politiques de prévention vers une approche individuelle ou une approche collective. Les normes juridiques ont donc une importance capitale dans les choix des politiques de prévention des atteintes à la santé au travail. À ce titre, le droit ne doit pas être conçu comme un étai, mais comme un cadre dans lequel s'inscrivent les politiques de prévention des atteintes à la santé au travail, un cadre qui aide ces politiques à se structurer et qui est également au service des employeurs.

Conclusion et défis :

La santé est un objectif à atteindre. Le droit est prescriptif et produit donc un certain nombre d'effets sur les comportements. Il met en œuvre des dispositifs juridiques, mais qu'il ne faut pas considérer comme de simples boîtes à outils. Il faut voir au-delà. Les normes juridiques ont une capacité à offrir un cadre dans lequel inscrire des politiques de prévention et dans lequel les relations à la règle peuvent s'exprimer : que faut-il encourager, quelles sont les limites ? Elles montrent aussi une direction, une voie à suivre dans laquelle inscrire des politiques. Les normes juridiques s'expriment en termes de responsabilité ou de comportement qui garantissent l'exercice de la liberté de chacun au sein de ce cadre.

On organise la vie de la cité et les normes juridiques ont un rôle à jouer pour peser sur le développement de l'économie en termes d'innovation et de protection de la santé sur le lieu de travail. Il n'y a pas lieu d'opposer économie et droit. C'est dans l'intérêt de tous. Cela renvoie à la définition de la santé mentale de l'OMS qui s'applique au milieu du travail. L'objectif est de faire du lieu de travail un lieu où l'individu « développe ses propres capacités, où il peut faire face aux tensions normales de la vie, où il peut travailler de manière productive, où il peut apporter sa contribution à la communauté ».

Le travail est au cœur de la construction sociale et subjective de l'individu. C'est une source d'épanouissement personnel et les normes juridiques doivent l'intégrer au travers d'une approche holistique de la santé. Nous nous inscrivons aujourd'hui dans une approche systémique. Cela rejoint des enjeux éthiques relatifs à la mise en œuvre des organisations du travail, et penser l'éthique au travail, c'est aussi promouvoir l'humanisation ou la réhumanisation du travail. C'est prendre en compte le facteur humain comme le facteur technique et économique. Ce n'est plus forcément l'affaire des spécialistes, mais l'affaire de tous au sein du travail. Il s'agit de donner un sens aux décisions, de comprendre l'esprit de ces décisions et des valeurs qui y sont associées, d'avoir conscience de leur impact sur les autres. C'est aujourd'hui essentiel et l'éthique justifie l'action des acteurs du monde du travail, leur engagement aux échelles individuelles et collectives. Cela amène les futurs acteurs à mieux appréhender le monde du travail dans lequel ils vont évoluer.

Alors que nous entrons dans une ère de réformes de la santé au travail, quelles valeurs place-t-on dans le travail ? Et quel mode de vie en retour en retire-t-on ?

Références bibliographiques

Lerouge, L. (2017). L'obligation de sécurité : construction, obligation et portée *in* Chaignot, N., Dejourn, C., *Clinique du travail et évolution du droit*. Paris, France : PUF, 143-167.

Lerouge, L. (2016). "La santé mentale est une composante de la santé". Considérations juridiques sur les liens indissociables entre travail et santé mentale, sur l'intrication des obligations de sécurité et de prévention. *Jurisprudence sociale Lamy*, n° 411, 4-8.

Lerouge, L. (dir.) (2014). *Les risques psychosociaux au travail en droit social : approche juridique comparée. France - Europe - Canada - Japon*, Paris, France : Dalloz.

Lerouge, L. (2009). Les effets de la précarité du travail sur la santé : le droit du travail peut-il s'en saisir ? *Revue électronique PISTES*, vol. 11, n° 1.

Sabrina Rouat (Maître de conférences à l'Université Lyon 2, GREPS)

Mes travaux portent sur l'intervention en santé au travail, et notamment à partir de plusieurs questions : qu'est-ce qui peut mobiliser les acteurs chargés de ces questions dans l'entreprise ? Comment développer leur action en matière de santé au travail ? Je m'intéresse également aux conditions de durabilité des interventions. Comment peuvent-elles ainsi s'inscrire dans la durée ? Qu'est-ce qui peut permettre de développer les pratiques de ces acteurs ? Comment une intervention peut aussi agir au niveau de leurs pratiques et de leurs représentations ? Est-ce qu'elle peut les modifier ? Il y a bien sûr une question qui intéresse l'intervenant : que reste-t-il d'une intervention ? Qu'est-ce qu'on parvient véritablement à transformer dans les milieux professionnels ?

Je m'intéresse donc particulièrement au processus d'intervention. L'intervention non pas dans ses contenus mais dans sa mise en œuvre réelle et sa capacité à transformer l'action des acteurs sur leur milieu professionnel. Nous avons montré par exemple que la qualité du processus d'intervention réside dans sa capacité de transformation de trois dimensions : d'abord, sa capacité à transformer les situations de travail ; ensuite, la manière dont les acteurs se représentent les problèmes de santé au travail, leurs causes et les réponses qu'ils engagent pour les prévenir, et comment ils se représentent les problèmes du travail aussi ; et enfin, sa capacité à transformer les rapports entre ces acteurs, leur coopération par exemple, leur façon d'intervenir, de régler les problèmes du travail. C'est en cherchant à les faire se rencontrer sur le travail réel, à les faire se confronter, que l'intervenant aura l'occasion d'inscrire une préoccupation pour la santé au travail dans le temps. Au cœur de l'action, il y a donc la confrontation entre acteurs. C'est pour cela que l'intervention est un processus de maturation de l'organisation, une occasion d'influencer le niveau de maturité d'une organisation sur ces questions. La recherche sur l'intervention peut chercher à regarder comment les représentations des acteurs vont se structurer sur l'objet de la santé au travail, comment ils vont aussi modifier leurs positions, leurs interactions. Mais aussi comment ils éprouvent l'intervention et ce qui leur résiste, comment ils éprouvent d'autres manières de penser le travail et d'autres manières de travailler ensemble. Cela revient à chercher ce qui sous-tend l'action en santé au travail.

C'est donc utile de porter de l'intérêt à cette question de ce qu'on arrive ou pas à transformer quand on intervient parce que la transformation, dans le champ de la santé au travail, est encore une énigme. Si les interventions se multiplient, si on n'a jamais autant diagnostiqué les problèmes, le problème de la transformation persiste. Ce que souligne également le plan santé au travail 2016-2020. On dirait qu'on cherche plus à connaître, à mesurer, à détecter qu'à transformer. On manque encore de publications, de connaissances très concrètes sur ce qui permet de lier la connaissance à l'action, sur le plan de la méthode d'intervention. On a des guides, des recommandations. On a des principes, des repères théoriques mais on n'a pas suffisamment l'activité qui est engagée dans l'intervention. Connaître mieux cette activité pour mieux intervenir. Pour mieux répondre à des questions. Comment influencer les processus qui agiront plus durablement dans les situations de travail ? Comment permettre qu'un point de vue sur le travail continue d'exister ? Notamment en transformant l'activité aussi des acteurs de prévention. Et comment concrètement modifier les rapports entre ces acteurs, notamment les dirigeants, et les professionnels de terrain sur les questions de la performance et de la santé ? Comment arrive-t-on à modifier le point de vue des acteurs sur le travail pour qu'ils puissent modifier leur travail d'organisation du travail ? Comment lier concrètement une intervention de santé au travail à une action qui a tout de même quelque chose de politique puisqu'il s'agit de transformer, avec les professionnels de terrain, le travail ? C'est pourquoi on peut s'intéresser aux questions de l'évaluation des interventions. Non pas seulement comme mesure d'efficacité mais aussi comme moyen de transformer.

Dans un premier temps, cette intervention s'interroge sur un premier problème : pourquoi évaluer ? C'est un sujet ancien investi par certaines disciplines plus particulièrement. J'ai souhaité le mettre en discussion par rapport à des enjeux plus actuels. Pourquoi évaluer ? Parce qu'il y a aujourd'hui en effet beaucoup d'interventions, une multiplication d'interventions dans le champ de la santé au travail qui se réfèrent elles-mêmes à des disciplines diverses, comme l'ergonomie, la psychologie, la sociologie, également les sciences de gestion et l'épidémiologie.

On observe également une multitude d'approches de l'action en santé au travail et des catégories et contextes d'intervention très variés, que ce soit en matière de risques psychosociaux, mais également de troubles musculo-squelettiques ou de qualité de vie au travail, puis d'autres encore. Cette multiplication d'interventions renvoie à

des cadres méthodologiques et conceptuels différents et à des paradigmes différents. Et l'évaluation des interventions est moins réalisée comparativement au nombre d'interventions déployées. Ainsi, on revient moins souvent sur ce qu'elles ont produit du point de vue du travail et de l'action en santé au travail dans les organisations. De plus, certains auteurs relèvent que les méthodes d'évaluation plus classiques, comme celle qui sont réalisées en recherche médicale, ne sont pas toujours adaptées aux interventions en santé au travail et en matière de risques psychosociaux (Chouanière, 2018). La question des méthodes d'évaluation est principalement alimentée par l'épidémiologie. L'évaluation est un objet d'étude à part entière pour la discipline, notamment dans le champ de l'évaluation des programmes qui donne des clés méthodologiques. Mais, dans le même temps, elle détermine un certain rapport aux définitions de santé au travail, notamment par le prisme de la santé publique, et aux définitions du travail.

Concernant les types d'interventions qui sont mises en œuvre, on retrouve ici deux formes d'orientation de ce qu'on peut voir dans le champ de la santé au travail. L'intervention la plus répandue en matière de santé au travail relève de la prévention et de la gestion des risques psychosociaux qui se déclinent en trois niveaux d'intervention. On va plutôt agir sur les causes des risques psychosociaux qu'on qualifiera de prévention primaire, ou sur les processus qui vont naître dans la situation de travail, dans le travail réel aussi, qu'on va qualifier de prévention secondaire, et de prévention tertiaire, lorsqu'on est axé sur les conséquences. Ce modèle, assez répandu, repose sur une approche centrée sur les dimensions du stress professionnel avec des cadres théoriques qui y font référence et dans une intervention qui guide un certain rapport de la connaissance vers l'action. Dans ce modèle d'intervention, il faut connaître pour transformer le travail. C'est ce modèle aujourd'hui qui est privilégié pour agir en santé au travail.

Une autre orientation en santé au travail est possible et qui s'inspire de la clinique du travail, notamment la clinique de l'activité où finalement l'approche n'est pas tant de chercher à connaître, mais à transformer. On va plutôt chercher non pas à connaître ou à diagnostiquer les risques psychosociaux, mais à développer les ressources psychosociales avec une centration non pas sur l'altération ou les troubles ou des risques, mais sur l'activité et les dimensions collectives. L'intervention est première et elle vise le développement de l'activité, et non pas à connaître les risques pour organiser des programmes et recommandations pour protéger la santé de ceux qui travaillent. Il s'agit de deux aspects différents de définition de la santé. C'est une approche en revanche qui s'intéresse peut-être moins à cette question de l'évaluation. Donc, pourquoi évaluer ? Parce qu'on n'a pas que des certitudes sur l'efficacité des interventions. On sait quand même beaucoup plus de choses, mais certains auteurs notent encore un manque de preuve scientifique sur l'efficacité des interventions, des résultats contradictoires par exemple, et aussi parce qu'il y en a encore trop peu. Donc il n'y a pas de consensus sur l'efficacité. Certains auteurs mettent parfois en avant l'ambiguïté de certaines conclusions. Dans la deuxième approche, l'efficacité d'une intervention renverra plus à la manière dont l'intervention a permis aux acteurs d'envisager autrement le travail et l'efficacité du travail, non pas à sa capacité à protéger les personnes.

Parvient-on véritablement à modifier certaines dimensions de la santé au travail ? Une majorité d'auteurs qui évaluent montre que les interventions qui semblent les plus efficaces sont les interventions de type primaire. Il s'agit d'interventions organisationnelles qui cherchent à modifier l'organisation du travail. Mais les travaux réalisés sur l'évaluation ne prennent pas en compte les interventions en clinique du travail, qui sortent de la conception de prévention et de gestion des risques, et qui ne découpe pas l'intervention en deux grands temps : le diagnostic puis les solutions. Donc on peut dire qu'une majorité d'auteurs soulignent une plus grande efficacité des interventions de type primaire dans un champ particulier de l'intervention seulement. Différents indicateurs sont mobilisés pour le montrer comme ceux en lien avec l'absentéisme et la détresse psychique et la productivité mais ces derniers ne disent pas tout de la santé au travail et des pratiques à l'œuvre dans les organisations. Malgré ces constats ou considérations, il faut noter une persistance des interventions axées sur les individus, donc une tendance à privilégier des réponses individuelles de différentes manières, plutôt de type tertiaire ou secondaire, dans l'amélioration beaucoup plus de la gestion des exigences du travail ou dans l'accompagnement et la réhabilitation des sujets en souffrance ou épuisés.

Pour différentes raisons, certains auteurs essaient de comprendre ce qui fait obstacle à l'usage de pratiques plus centrées sur le travail. Marc Lorient et d'autres (Lorient et al. 2006 ; Lhuillier, 2010 ; Vézina, 2007) ont travaillé sur cette tendance chez les acteurs à individualiser les plaintes exprimées par les salariés en essayant de renvoyer les problématiques sur des problèmes individuels ou interindividuels. Cela conduit à une forme de psychologisation des réponses et à centrer les réponses sur les individus et leurs capacités à faire face. On retrouve également dans la littérature des freins du côté des enjeux politiques, le poids des relations sociales dans les organisa-

tions qui empêche d'agir sur le travail et d'institutionnaliser un débat suffisamment porteur pour le travail (Rouat et al., 2017). Instaurer des interventions pour modifier le travail et en débattre, pour certains acteurs, c'est prendre le risque de glisser dans le champ des revendications sociales, d'aller dans des espaces de négociation. Parfois, on peut éprouver ces résistances dans les interventions. Dans la littérature et chez les professionnels de l'intervention, on observe également une difficulté à passer de la connaissance à l'action, c'est-à-dire de la connaissance à la transformation. Les cadres théoriques et méthodologiques nous permettent souvent de bien diagnostiquer, mais il est plus compliqué de bien transformer.

Pourquoi évaluer ? C'est aussi un gage pour la qualité des interventions. Par exemple, concernant les politiques et programmes relatifs à la qualité de vie au travail, on n'a pas de bilan national sur ces politiques. Qu'est-ce qui se fait vraiment ? Que parviennent-elles à modifier de la qualité de vie au travail des personnes ? Je me suis également intéressée à un deuxième problème. Comment aujourd'hui est-on amené à évaluer les interventions ? Cela nous amène à poser le problème de quels critères retenir et construire lorsqu'on évalue les interventions. Il y a un double objectif dans l'évaluation. D'abord celui d'évaluer les effets de l'action, qu'est-ce qu'elle produit ? Et ensuite en termes de processus : Comment une intervention parvient-elle à se développer ? Tout d'abord, quels sont les critères qu'on retient pour évaluer l'action en santé au travail ? C'est un problème de critères, c'est même un objet conflictuel. Ceux qui pratiquent l'intervention, qu'ils soient chercheurs ou non, ne sont pas tous d'accord sur ce qu'ils cherchent à transformer quand ils interviennent. Cela demande d'explicitier beaucoup de choses. La plupart du temps, dans la littérature, lorsqu'on évalue les effets de l'action en santé au travail, on s'alimente de trois sources d'informations généralement recueillies et qui proviennent de l'état de santé, telle que la dimension du stress chronique ou de ses conséquences, sur le plan de l'épuisement professionnel, les pathologies cardio-vasculaires, les pathologies anxiodépressives, les troubles musculo-squelettiques, l'absentéisme, qui font référence aux troubles de la santé mais ils ne nous disent pas tout de la santé et encore moins du travail.

Ces indicateurs qui sont importants nous disent quelque chose de la santé au travail, mais laissent peut-être dans l'ombre d'autres dimensions de la santé. On note également une absence de critères recherchés du côté de la santé en tant que développement de l'activité. Ce peut être une autre définition de la santé individuelle ou collective. Ils laissent aussi dans l'ombre ce que l'intervention peut modifier de l'action des acteurs de prévention. J'ai pu étudier comment une intervention pouvait avoir des effets indirects sur les rapports de coopération entre acteurs, de façon favorable, sur les problèmes de santé au travail. On peut également aller regarder si les situations réelles de travail ont été modifiées pour les travailleurs, mais également est-ce que les processus d'individualisation des problèmes persistent toujours dans leurs représentations ? Parviennent-ils à faire davantage exister le travail lorsqu'ils ont à parler et à régler des problèmes du travail et non pas que des problématiques individuelles ? Parviennent-ils à plus orienter leurs pratiques et leurs réponses axées sur le travail ? Ont-ils construit des rapports sociaux qui facilitent une préoccupation collective des questions de santé au travail ? La nature polémique qui portait auparavant sur la nature des causes de souffrance s'est-elle déplacée vers l'efficacité du travail ? La qualité du travail ? Parviennent-ils à coopérer, à débattre efficacement ?

On relève également dans les méthodes et les sources d'information généralement recueillies pour évaluer les effets de l'intervention des mesures avant l'intervention et après l'intervention sur la perception de la situation de travail, est-ce qu'elle a évolué entre avant et après l'intervention, notamment à partir du stress perçu. C'est une façon d'aborder cette méthodologie d'évaluation. On a donc des évaluations portant davantage sur les résultats, c'est-à-dire les effets de l'action et peut-être moins sur les processus. Plusieurs auteurs invitent aujourd'hui à mettre en œuvre des cadres plus variés d'évaluation et à s'axer plus sur le rôle que jouent les processus, les variables contextuelles qui influencent la mise en œuvre et le développement d'une intervention. Caroline Biron de l'Université de Laval et d'autres (Biron et Karanika-Murray, 2013 ; Biron et al. 2009) travaillent en particulier sur ces questions. L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) vont prochainement publier un ouvrage sur ces questions également pour générer des pistes méthodologiques pour évaluer ces processus. Toutefois, nous avons encore peu écrits sur l'activité réelle engagée dans l'intervention, sur les conditions qu'on essaie de produire et les obstacles à franchir, ce qui peut mettre l'intervenant lui-même en situation d'éprouver l'échec dans son action. Et des ajustements qu'il opère et qui disent quelque chose de l'objet de la santé dans une organisation. D'ailleurs, l'échec d'interventions peut aussi être lié à sa mise en œuvre et aux effets de contexte, ce n'est pas forcément une erreur de modèle auquel on se réfère. Le fait de connaître ces processus, ce réel, est une aide précieuse pour agir en santé au travail.

L'effort pour instruire cette question des processus d'intervention (en rendant visibles les obstacles à la mise en œuvre d'une action, les écarts entre ce qui devait être fait et ce qui est fait, les remaniements et les leviers dans l'action) est une façon de répondre et d'alimenter la connaissance sur les liens entre le diagnostic et l'action par exemple. Dans ce cadre-là on parle de l'évaluation formative de type réflexif. On n'est pas dans une évaluation sur les résultats. Cette évaluation a été travaillée notamment par l'ergonomie de l'activité ou par un type de psychologie du travail mais assez peu et sans vraiment parler d'évaluation. On peut donc avoir des évaluations *in situ*, au cours même de l'intervention. Mais ce n'est pas actuellement le type d'évaluation le plus répandu ; l'évaluation des interventions repose majoritairement sur des approches quantitatives. Dans son ouvrage, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Expertise collective INSERM, 2011) souligne les limites des méthodes classiques utilisées dans les essais randomisés et contrôlés qui s'inspire de la recherche médicale. Ces méthodes sont un héritage de la pratique des essais thérapeutiques où on fait des mesures dans des approches comparatives avec des groupes contrôles. Or cela pose le problème de la complexité d'utiliser ce type d'évaluation dans le cadre des organisations en santé au travail et de la centration sur la santé plus que sur le travail.

Un dernier point pour conclure rejoint d'une certaine manière la question du développement de l'action en santé au travail, il serait intéressant d'alimenter la connaissance sur l'évaluation des interventions à partir des disciplines qui portent sur la santé au travail peut-être de façon davantage pluridisciplinaire ou en sciences humaines et sociales de façon large pour essayer de définir autrement des critères de santé au travail, des méthodes et des outils. Par exemple, on peut souligner la difficulté, après l'intervention ou pendant, d'institutionnaliser véritablement les questions de santé au travail. Aujourd'hui, comment peut-on observer ces processus d'institutionnalisation des questions de santé au travail dans une entreprise ? Quels pourraient être ces critères pour observer l'évolution des formes d'institutionnalisation de l'action en santé au travail ? Il serait intéressant de s'appuyer sur des méthodes qualitatives plus variées en prenant en compte ces processus d'intervention à partir de pratiques réflexives. Il importe d'interroger les acteurs après-coup, mais également *in situ* (pendant l'intervention) pour essayer également de réajuster certains éléments pour que parvienne à s'organiser dans l'organisation, de façon pérenne, une action en santé au travail du côté du travail. Et d'articuler plus et mieux des approches objectives et subjectives (Berthelette, 2002) et encore plus de travailler l'intervention comme une activité (Petit et al., 2007).

Références bibliographiques

ANACT et INRS (2017). Évaluer les interventions de prévention des RPS-TMS. Guide à l'usage des intervenants. URL : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206328>

Berthelette, D. (2002). Les déterminants de l'implantation et des résultats des programmes de santé et de sécurité au travail. In D. Harisson & C. Legendre (Eds.), *Santé et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel* (pp. 107-128). Sainte Foy, Canada : Les Presses de l'Université du Québec à Montréal.

Biron, C., Cooper, C.L. et Bond, F.W. (2009). Mediators and moderators of organizational interventions to prevent occupational stress. In S. Cartwright & C.L. Cooper (Eds.), *Oxford handbook of organizational well-being*, 441-465. Oxford, England: Oxford University Press.

Biron, C. et Karanika-Murray, M. (2013). Process Evaluation for Organizational Stress and Well-Being Interventions: Implications for Theory, Method, and Practice. *International Journal of Stress Management*, n021, 85-111.

Chouanière, D. (2018). Interventions de prévention complexes en santé au travail : pourquoi et comment les évaluer ? 18^e Colloque de l'ADEREST, Anger, 12-13 mars.

INSERM (2011). *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*. In Expertise collective INSERM (eds.), *Prévention du stress au travail : types d'intervention et évaluation de leur efficacité*, 241-278. Paris, France : Édition INSERM.

Lhuillier, D. (2010). Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, vol.2, n°10, 11-28.

Loriol, M., Boussard, V. et Caroly, S. (2006). La résistance à la psychologisation des difficultés au travail. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°165, 106-113.

Petit, J., Querelle, L. et Daniellou, F. (2007). Quelles données pour la recherche sur la pratique de l'ergonome ? *Le Travail Humain*, vol.4, n°70, 391-411.

Rouat, S., et al. (2017). Comprendre les ressorts des pratiques organisationnelles en matière de prévention des risques psychosociaux par les acteurs de l'entreprise. Une recherche dans l'industrie de la chimie. *Pistes*, vol. 19, n°2, 1-34.

Vézina, M. (2007). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. In M. Neboit, & M. Vézina (eds.), *Stress au travail et santé psychique*, 111-118. Toulouse, France : Octarès.

Scarlett Salman (Maître de conférences à l'université Paris-Est Marne-la-Vallée, LISIS)

Sabrina Rouat a souligné la ligne d'opposition qui structure le champ de la santé au travail entre approches organisationnelles et approches individualisantes. Parmi les dispositifs de prévention mobilisés en entreprise, le coaching est un dispositif emblématique des approches individualisantes.

Le coaching en entreprise, aujourd'hui appelé coaching professionnel, a connu un certain nombre de reconnaissances, notamment de la part du ministère du Travail, via la reconnaissance de certaines formations de coaching au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). Le coaching est un dispositif en partie importé en France des États-Unis dans les années 1990. Ce dispositif consiste en une dizaine d'entretiens individuels, confidentiels et réguliers entre un consultant coach, qui est en général externe à l'entreprise, et un « coaché », qui est en général cadre supérieur. Le coaching individuel est défini par la Société française de coaching comme « l'accompagnement de personnes pour le développement de leurs potentiels et de leurs savoir-faire dans le cadre d'objectifs professionnels »¹⁵.

La notion d'accompagnement est intéressante, puisque le coaching s'inscrit bien dans ce tournant apparu dans les années 1990 vers l'accompagnement, tournant que l'on retrouve aussi dans le travail social (Astier, 2007). Il est important également de signaler que la plupart des coachings sont prescrits dans les organisations. Cela veut dire qu'ils sont vivement recommandés à un cadre par son supérieur hiérarchique ou un gestionnaire des ressources humaines. La majeure partie des coachings se pratiquent non pas à l'initiative du cadre, mais sous prescription d'autres membres de l'entreprise.

Cette définition ne dit cependant pas ce que font concrètement les coachs et dans quel type de situation ils interviennent. J'ai mené une enquête de type ethnographique dans le monde social du coaching, à la fin des années 2000 en région parisienne, par trois types de dispositifs. Essentiellement des entretiens avec les trois grands types d'acteurs que sont les consultants coachs, les cadres coachés pour recueillir leur ressenti et situation de travail, et enfin les prescripteurs, les gestionnaires de ressources humaines de grandes organisations puisque le coaching est plutôt un dispositif utilisé dans les grandes entreprises, pour des questions financières et de moyens. Dans ce dispositif d'enquête, il y avait également des observations et des enquêtes quantitatives.

Quels sont les liens entre coaching et santé mentale au travail ? Le coaching n'a pas été formalisé à l'origine comme un outil de prévention de la santé au travail, ne serait-ce que parce que ce dispositif s'est développé dans les années 1990, à un moment où ces questions n'étaient pas autant sur le devant de la scène, dans le droit et les préoccupations des entreprises. Ce dispositif a d'abord été pensé comme un outil de développement managérial et de développement personnel avec un lien fait entre les deux par les entreprises.

Les coachs ont même cherché, dans leur définition première, à marquer la différence entre le domaine de la santé et celui de la « normalité ». La première définition de la psychologisation (celle de Robert Castel, 1981) était la diffusion de la culture psychologique en dehors de la sphère de la santé mentale, et plus particulièrement en dehors de la sphère de la maladie. Ce mouvement de diffusion de la culture psychologique, dont le coaching est un avatar, est une diffusion à des personnes réputées normales, des personnes ordinaires qui ne souffraient pas de troubles psychologiques avérés. On considérait que ces personnes pouvaient continuer à développer leurs capacités personnelles. C'est un premier point important dans le coaching qui mérite une réflexion. Les coachs sont également très réticents à aller sur les questions de santé mentale, parce que c'est ainsi qu'ils se sont positionnés professionnellement : à côté des psychologues, des psychothérapeutes, des psychiatres et des psychanalystes, en dehors du domaine du pathologique. Quand la question de la santé mentale et des risques psychosociaux est apparue avec cet arsenal juridique et ce marché derrière, ils ont été divisés entre comment s'arrimer à ce marché et en même temps ne pas perdre cette spécificité qui faisait leur juridiction professionnelle, car ils étaient sur le développement personnel, et pas sur des questions de santé mentale.

¹⁵ Définition de la SF Coach, la plus ancienne association de coachs en France, fondée en 1996. Parmi la multitude de définitions du coaching, celle-ci est représentative de l'activité.

Un autre aspect pour lequel les coachs cherchent également à se distinguer tient notamment au fait que les questions de santé mentale au travail revêtent des enjeux juridiques. Quand un directeur des ressources humaines appelle des coachs pour s'entretenir avec un manager dans le cadre d'une suspicion de harcèlement moral par exemple, ils sont très réticents à intervenir, car ils ont peur des procès et des éventuelles complications. En même temps, ce sont des consultants indépendants pour la plupart très soumis aux contraintes des clients. Ils répondent aux demandes, notamment des DRH des grandes entreprises qui portent de plus en plus sur le harcèlement, mais aussi sur la question du *burn-out*. Ils traitent aussi de cas dits de « pré *burn-out* » ou de « post-*burn-out* », voire des cadres dans des situations qui peuvent être qualifiées de *burn-out*.

En amont de ces interventions autour du *burn-out*, j'ai analysé le coaching comme un vecteur d'un mouvement d'hygiène psychique au travail. C'est une notion empruntée à Max Weber (1921) que je propose de définir comme une attention accrue à la subjectivité des travailleurs et à leur comportement public qui passe par une injonction à une demande de réflexivité, d'autocontrôle, dans le but de relations de travail plus apaisées et d'une gestion individuelle des épreuves professionnelles.

Pourquoi hygiène ? Parce que cette attention accrue à son comportement et à celui des autres passe par un ensemble de techniques de soi proposées et enseignées par les coachs. Ces techniques de soi sont présentées comme d'indispensables techniques individuelles d'hygiène dans le monde du travail contemporain à la fois pour réussir professionnellement pour la performance et aussi pour la santé mentale au travail. D'un moyen cette hygiène psychique devient une norme. Françoise Kourilsky, en 2010, une des représentantes du coaching, se défend d'être associée à la psychologie positive et dit : « Surtout pas de pensée positive ! Je parle d'une hygiène de l'esprit. De même que nous pratiquons l'hygiène corporelle, je pense qu'il est urgent d'apprendre à prendre soin, chaque jour, de son état d'esprit ».

Il est intéressant d'analyser le coaching à la lumière de cette tendance à l'hygiène psychique dans ses pratiques concrètes. Le mandat du coaching n'est pas initialement sur la santé mentale, mais sur le développement managérial. Dans les années 1990 à 2000, de nouvelles compétences seraient exigées des travailleurs, et en particulier des cadres, qui seraient des compétences d'ordre relationnel, émotionnel et comportemental. C'est ce qui a été formalisé sous la notion de « savoir-être ». Ce n'est pas qu'une question de discours et de littérature, bien qu'on trouve dans le *Nouvel esprit du capitalisme* (Boltanski et Chiapello, 1999) une systématisation de cette littérature. Les entreprises enquêtées mettent en place des formations managériales et utilisent le coaching. C'est un dispositif considéré par les entreprises comme plus efficace que les formations puisqu'individualisé, personnalisé, et travaillant justement sur des situations concrètes et non des principes généraux.

Que produit le coaching ? Le premier prisme du coaching est un prisme psychologue. C'est un dispositif assis sur des techniques psychologiques essentiellement issues du développement personnel. Les épreuves professionnelles, les situations de travail rencontrées par les cadres et qui sont amenées en coaching sont relues en termes de problèmes de comportement, de personnalité, de communication, etc. L'analyse du coaching est rattachée à la problématique sociologique de la psychologisation (Elias, 1973 ; Castel, 1981). La psychologisation pour faire quoi ? Qu'est-ce qui est visé ? L'attendu principal du coaching repose sur une pacification des rapports de travail. La « fonction palliative » du coaching (Salman, 2008) est forgée plutôt au regard des problèmes de carrière des cadres. Là, on parle surtout des problèmes de travail. L'analyse est finalement assez proche, car il est attendu des cadres qu'ils essaient de prévenir les conflits et les tensions du travail par un travail sur eux-mêmes en termes de contrôle des émotions dites négatives, de surveillance du comportement, du langage, etc. Cela se rattache aux analyses de Norbert Elias (1973) sur le processus de civilisation, mais également aux analyses de Nicolas Dodier (1995) qui sont extrêmement pertinentes pour ce type de situation.

Cette psychologisation et cette pacification des rapports sociaux de travail par le coaching s'illustrent au travers de cinq ressorts. Le premier, le plus évident, est la question de la discipline du langage et de la présentation de soi. Les coachs portent une attention très importante au langage. Une directrice des ressources humaines coachée a appris pendant son coaching à employer plus de questions ouvertes, à reformuler, à laisser l'autre s'exprimer plutôt que de couper court pour gagner du temps. Certains cadres relatent qu'ils ont appris à mettre la main sur l'épaule, à se promener dans les couloirs pour aller voir les gens, à ne pas communiquer de façon négative par écrit, tout un tas de petites techniques qui peuvent paraître anecdotiques, mais qui ne le sont pas pour les cadres. C'est à rattacher aussi aux transformations du travail dans le sens de tertiarisation du travail, d'importance des relations, de la communication et de la circulation de l'information dans laquelle la hiérarchie est amenée à être plutôt dans une hiérarchie d'animation, à coordonner les points de vue plutôt qu'à les imposer.

On pourrait alors presque voir le coaching comme un dispositif de prévention primaire ou secondaire qui travaillerait sur une des causes des difficultés au travail : un management hiérarchique et rigide. Néanmoins, la question est également de savoir ce que produit ce dispositif. Dans la plupart des situations de travail présentées par les cadres, les postes qu'ils occupent peuvent être conflictuels en raison de la nature même du travail exercé.

L'exemple des cadres d'un service risque d'une grande banque est sur ce point éclairant. Ces derniers sont amenés, dans leur travail, à évaluer le risque que prend la banque en accordant un prêt. Leur fonction les oblige à être en porte-à-faux avec le service commercial qui est encouragé à vendre un maximum de prêts. Les décisions du service risque provoquent parfois des tensions entre les deux services. Point intéressant, ces cadres soutiennent qu'ils ont un mauvais quotient émotionnel, sous-entendu qu'ils doivent changer. La responsabilité est alors renvoyée sur l'individu et sa personnalité. En cela, il s'agit bien d'une individualisation du travail. Le regard de l'organisation s'oriente vers l'individu qu'il faut modifier et non vers l'organisation du travail sur laquelle on pourrait réfléchir collectivement.

Le deuxième ressort porte plutôt sur les questions de coopération et la manière dont les cadres interprètent les situations et le comportement des autres.

Le troisième est très paradoxal, car les coachs amènent certains cadres à réguler et à modérer une forme d'ardeur de l'ambition, à comprendre les règles implicites de l'organisation qui ne leur sont jamais dites. On leur dit que le marché du travail est transparent, et au final, ils se rendent compte que ce n'est pas la réalité, ce dont le coaching leur fait prendre conscience à demi-mots. En général, cela a pour effet d'être plus stratège et de diminuer leur engagement vis-à-vis de l'entreprise.

Le quatrième ressort est plus classique, on le retrouve dans les analyses sur les infirmières et la gestion du *burn-out*, c'est trouver la bonne distance, amener les cadres à réfléchir à leur rapport au travail.

Le dernier concerne le traitement des conflits intérieurs. Dans l'analyse, on est très loin du travail et davantage en termes d'histoire individuelle. Le coaching repose alors sur l'analyse en termes de conflits intérieurs où le coach amène le cadre à essayer de dépasser ses conflits intérieurs pour avoir une attitude plus apaisée en entreprise.

Pour conclure, le coaching a une double fonction, productive et politique. Tout d'abord, une fonction productive puisqu'il a été mobilisé comme une forme de réponse aux transformations du travail et aux tensions du travail. C'est un dispositif relativement ambivalent puisque les cadres sont assez satisfaits d'avoir des techniques qui les aident à gérer les tensions et les situations problématiques de travail. Par ailleurs, il s'agit d'un dispositif qui a une fonction politique au sens de fonction palliative qui dédouane l'organisation d'une réflexion sur ses modes d'organisation collective. Cela reste très individualisé et peut participer à un découragement de l'action collective.

Références bibliographiques

Astier, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris, France : PUF.

Boltanski, L. et Chiapello, È. (2011). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, France : Gallimard [1999].

Castel, R. (2011). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris, France : Éditions de Minuit [1981].

Dodier, N. (1995). *Les hommes et les machines : la conscience collective dans les sociétés technicisées*. Paris, France : Métailié.

Elias, N. (1973). *La civilisation des mœurs*. Paris, France : Calmann-Lévy [1939].

Salman, S. (2008). La fonction palliative du coaching en entreprise. *Sociologies pratiques*, 43-54.

Weber, M. (1971). *Économie et société*, Paris, France : Plon [1921].

Lucie Goussard (Maître de conférences à l'Université d'Évry, Centre Pierre Naville)

Cette présentation porte sur les modalités d'action syndicale en matière de santé mentale au travail. Elle cherche à saisir comment les équipes syndicales s'emparent de ce sujet qui est longtemps resté à l'ombre d'autres revendications, sur l'emploi et la rémunération notamment. L'objectif est de savoir quelles sont les conceptions militantes en matière de santé au travail, les cadres d'analyse retenus en la matière, et les actions engagées sur ce terrain, étant entendu que les conceptions théoriques retenues orientent nécessairement le type de revendications et d'actions engagées sur le terrain.

Cette communication repose sur deux types de matériaux : les contributions réunies dans l'ouvrage *Syndicalisme et santé au travail*, coordonné avec Guillaume Tiffon (2017), et des études de cas, s'appuyant sur des recherches menées au sein de grandes entreprises françaises où ces questions de santé mentale se sont posées sur le plan syndical, comme dans le centre de recherche et développement d'une entreprise du secteur énergétique (Goussard, 2018) et dans un établissement dédié aux activités d'ingénierie d'une grande firme française de l'automobile (Goussard, 2016).

Le premier temps de la présentation porte sur la manière dont se construisent les conceptions militantes en matière de santé mentale au travail. Dans un second temps, l'objectif est de mettre en lumière trois des principaux obstacles auxquels les militants syndicaux sont aujourd'hui confrontés lorsqu'ils cherchent à investir ce terrain et les voies qu'ils explorent pour tenter d'y faire face.

Le premier élément que l'on peut rappeler est que le sujet n'est pas nouveau pour le monde syndical. Déjà dans les années 1950-1960, certaines sections locales luttait contre des pathologies mentales liées au travail, à l'image des mobilisations d'employés des Postes, Télégraphes et Téléphones (PTT) contre la fatigue nerveuse des téléphonistes (Manouche, 2014). On peut également mentionner les prises de position confédérales de la Confédération générale du travail (CGT) qui dénonçaient à la même période l'épuisement des ouvriers lié aux cadences infernales imposées par les méthodes tayloro-fordiennes d'organisation du travail, ou encore la critique portée par la Confédération française démocratique du travail (CFDT) à l'égard des dégâts du progrès et la revendication à un droit d'expression des salariés sur l'organisation et les conditions de travail. Même si c'était en creux et formulé avec des concepts et des notions différentes, la santé mentale était donc déjà appréhendée.

Si cette question n'est pas neuve, on peut toutefois noter un regain d'intérêt à son égard depuis une vingtaine d'années et ce dans la plupart des organisations syndicales qui cherchent à s'équiper pour répondre aux sollicitations croissantes des travailleurs en situation de mal-être au travail. En dépit de cet intérêt partagé, les positionnements divergent d'une confédération à l'autre en fonction des corpus théoriques mobilisés. Tandis que la CFE-CGC aborde la question à partir de la notion de stress, la CFDT se montre davantage convaincue par les approches sociologiques du travail et des organisations (Delmas, 2011). L'union syndicale Solidaires privilégie quant à elle les enseignements issus des luttes locales pour construire son répertoire d'action, tout en les confrontant à des recherches académiques, de sociologues du travail notamment, sans toutefois revendiquer de « chapelle particulière », si ce n'est de se situer du côté de « l'intérêt des travailleurs » (Beynel, 2017). On observe également des changements paradigmatiques au sein de certaines centrales comme la CGT, dont la « démarche travail » est fortement marquée par la clinique de l'activité, l'ergonomie et l'ergologie dans la période 2008-2016 (Fortino, 2017), alors qu'elle se montrait davantage influencée par la psychodynamique du travail durant la décennie précédente (Delmas, 2011), ce qui ne veut pas dire pour autant que cette approche soit rejetée aujourd'hui.

Ces orientations confédérales alimentent bien entendu les pratiques des militants au niveau local. Dans une entreprise du secteur de l'énergie, on observe que les militants de la CGT et de SUD expliquent presque systématiquement les situations de mal-être par les transformations institutionnelles, organisationnelles ayant affecté leur service depuis une quinzaine d'années.

Le positionnement des acteurs syndicaux peut toutefois diverger en fonction des niveaux confédéraux, fédéraux et locaux. Sur le plan local, certains militants oscillent en effet entre des représentations conformes aux mots d'ordre confédéraux et d'autres se situant à rebours de ces derniers. On peut par exemple relever une discordance entre certaines représentations psychologisantes pouvant être véhiculées par la CFE-CGC au niveau

national, et le positionnement de certains militants locaux, qui oscillent entre une lecture antagoniste des intérêts poursuivis par les salariés et la direction et des tentatives de rapprochement des points de vue.

Une des clés de lecture pour saisir ces décalages consiste à appréhender les trajectoires professionnelles des militants car celles-ci jouent un rôle de premier ordre dans les manières d'investir les questions de santé au travail, de les penser ou de les expliquer. On constate d'abord que le fait d'avoir soi-même expérimenté un épisode de mal-être au travail constitue presque systématiquement un motif pour s'engager sur ce terrain de revendication. Il apparaît ensuite, que l'expérience vécue sur le plan individuel oriente grandement les manières de se saisir de ce sujet. On peut prendre l'exemple d'un militant CFE-CGC, ayant souffert d'un important conflit avec son manager et qui a tendance à rabattre systématiquement les problèmes de santé mentale à des conflits interpersonnels avec la ligne hiérarchique. Il en est de même pour une chercheuse qui a beaucoup souffert de voir sa carrière ralentie au moment où elle a pris ses congés parentaux et s'est mise à temps partiel, et qui a, quant à elle, tendance à raccorder les questions de santé mentale au manque de reconnaissance en termes d'évolution salariale et de carrière d'une part, et à envisager d'autre part cette question par le prisme de l'articulation travail-famille, prisme qui me semble moins présent dans les représentations des militants que dans celles des militantes.

Pour conclure cette première partie, on observe donc que la santé mentale au travail occupe une place croissante dans les réflexions syndicales dont les positionnements divergent d'une organisation à une autre et d'une section locale à l'autre.

Je vais à présent tenter de présenter dans une deuxième partie trois des principaux obstacles auxquels sont aujourd'hui confrontés les acteurs syndicaux pour agir sur ce terrain en montrant les voies explorées pour y faire face par-delà cette hétérogénéité des positionnements. La première difficulté rencontrée dans ce domaine est de devoir désindividualiser la perception des risques professionnels en amenant les salariés à prendre conscience de leurs causes organisationnelles et donc collectives. Pour cela, les militants essaient de lever différents masques qui constituent autant d'écrans à cette prise de conscience. Le premier de ces masques qu'ils soulignent tient à l'idéologie managériale qui incite chacun à devenir entrepreneur de sa carrière, carrière dans laquelle il faudrait investir en profitant de chaque expérience professionnelle pour apprendre, progresser, repousser ses limites, etc. Cette idéologie managériale amène les salariés à se penser responsables non seulement de leur situation professionnelle, mais aussi, lorsqu'ils sont concernés, de leurs problèmes de santé au travail. Dans un premier temps donc, pour certains militants, il s'agit d'aider les salariés à ne pas se penser responsables de leur situation, premier masque auquel s'en ajoute un autre, lié à la personnalisation du problème.

Selon des militants, il n'est pas rare que les salariés associent les raisons de leur mal-être à la personnalité d'un manager, tantôt pervers, carriériste ou trop autoritaire et méprisant, ou incapable d'apprécier à sa juste valeur la contribution de chacun au travail. L'enjeu est alors pour eux de dépersonnifier les origines du conflit en montrant que derrière ce qui apparaît de prime abord comme un problème interpersonnel, avec un manager de proximité, se cachent en réalité des problèmes organisationnels plus profonds qui limitent les marges de manœuvre de ces mêmes managers, et surtout qui engendrent sinon encouragent ce type de pratiques managériales.

Le troisième masque tient à la politique d'isolement des salariés, car avec les nouvelles formes d'organisation du travail et de management qui effritent et fragilisent les collectifs de travail (Linhart, 1991 ; Durand, 2004), les salariés sont de plus en plus nombreux à souffrir en silence, à ne pas pouvoir faire état des épreuves qu'ils traversent auprès de leur entourage professionnel. Pour lutter contre cet isolement, certains militants tentent de recréer du lien entre ces témoignages isolés en organisant notamment des temps et des espaces de discussion autour du travail. Cela permet aux salariés de mettre des mots sur leurs maux et de se rendre compte dans le même temps que nombre de leurs collègues éprouvent les mêmes difficultés qu'eux, les aidant ainsi à se déculpabiliser vis-à-vis de leur situation.

La deuxième difficulté à laquelle font face les équipes syndicales qui cherchent à investir ce terrain consiste à reconflitualiser les débats sur la santé au travail, en déconstruisant tous les mécanismes qui opacifient les divergences d'intérêts en la matière, les rapports de force qui traversent les débats sur l'organisation et les conditions de travail. Selon une représentation aujourd'hui assez largement partagée, la prévention des risques professionnels ferait partie de ces objets consensuels où convergeraient les intérêts des différents protagonistes : les employeurs qui disposeraient ainsi d'une main-d'œuvre plus productive, l'État dont la réduction des coûts du mal travail contribuerait à rétablir les comptes de la Sécurité sociale et les représentants du personnel dont l'amélioration des conditions de travail constitue une des missions clés. Dans cette perspective consensuelle, il

suffirait de se mettre autour de la table pour discuter et s'entendre autour d'un diagnostic qui permette d'agir dans l'intérêt de tous. Certains militants, plutôt du côté de Solidaires et de la CGT, cherchent à dépasser cette vision consensuelle en opérant un véritable travail de traduction/décryptage de la rhétorique managériale pour proposer aux salariés une autre lecture des modes de prévention engagés en entreprise, mais aussi une autre interprétation des formes d'organisation et de management déployées dans les firmes, qui visent généralement moins à améliorer les conditions de travail des salariés qu'à augmenter la productivité du travail.

La troisième difficulté pointée par les équipes syndicales quand on les interroge sur ces questions est de repolitisser les débats sur la santé au travail en dépassant les conceptions technicistes et scientistes qui tendent à prévaloir en la matière. Pour ce faire, certains militants appellent à repartir du terrain, en insistant sur le fait que les seuls vrais experts du travail, ce sont les travailleurs, ceux qui éprouvent et expérimentent, au quotidien et dans leur chair, le travail réel, tel qu'il se réalise concrètement. Pour ces syndicalistes, cela suppose souvent de rompre avec un certain nombre de pratiques. De ne plus aller à la rencontre des salariés avec des réponses préparées par exemple, mais de partir du principe selon lequel ce sont les travailleurs qui, par leur connaissance du terrain, sont les mieux placés pour dire précisément ce qui pose problème. Cela revient donc à sortir d'un fonctionnement très centralisé et descendant de l'information pour expérimenter, chaque fois que cela est possible, des démarches plus décentralisées et ascendantes. C'est ce que les militants appellent parfois la pratique de la feuille blanche. Ils vont sur le terrain interroger les travailleurs et participent ensuite, parfois avec des experts CHSCT ou des chercheurs dans le cadre de recherches-actions, à la systématisation de la parole des salariés, seuls véritables experts du travail (Spire N., 2017).

Références bibliographiques

Beynel, B. (2017) Solidaires et le travail : du terrain à l'action. in Goussard, L. Tiffon, G.(dir.).*Quel renouvellement de la conflictualité au travail ?*. Vulaines-sur-Seine, France : Le Croquant, 237-252.

Delmas, C. (2011) "Stress" et "souffrance au travail" des cadres : enjeu syndical et médiatique. in Bouffartigue, P., Gadea, C. et Pochic, S. (dir.). *Cadres, classes moyennes: vers l'éclatement ?*. Paris, France : Armand Colin, 219-227.

Durand, J.-P. (2004) *La chaîne invisible*. Paris, France : Seuil.

Fortino, S. (2017) Transformer le travail ? Les difficultés d'une refonte en profondeur des revendications autour de la santé au travail à la CGT (2008-2016). in Goussard, L. Tiffon, G.(dir.).*Quel renouvellement de la conflictualité au travail ?*. Vulaines-sur-Seine, France : Le Croquant, 159-179.

Goussard, L. (2016) Les usages limités d'une expertise CHSCT pour risque grave dans l'industrie automobile. *Sciences de la société*, n° 95, 9-26.

Goussard, L. (2018). Quais lutas sindicais são possíveis contra os danos à saúde dos trabalhadores qualificados?. *Século XXI. Revista de Ciências Sociais*, vol. 8, n° 2, 655-690.

Goussard, L. et Tiffon, G. (dir.) (2007). *Syndicalisme et santé au travail. Quel renouvellement de la conflictualité au travail ?*. Vulaines-sur-Seine, France : Le Croquant.

Linhart, D. (1991). *Le torticolis de l'autruche. L'éternelle modernisation des entreprises*. Paris, France : Seuil

Manouche, B. (2014). Femmes téléphonistes et employées des chèques postaux aux PTT : une stratégie syndicale de mise en visibilité des atteintes à la santé au travail (1950-1960). *La nouvelle revue du travail*, n° 4.

Spire, N. (2017). L'expertise CHSCT. Une occasion de partage des savoirs. in Goussard et L. Tiffon, G.(dir.). *Quel renouvellement de la conflictualité au travail ?* Vulaines-sur-Seine, France : Le Croquant, 95-106.

Synthèse des débats

La discussion est d'abord revenue sur l'évolution des cadres juridiques et institutionnels et leurs usages. Un premier point porte sur la nécessité de mener des recherches sur les conséquences des cinq ordonnances du 22 septembre 2017 relatives à la réforme du travail, avec notamment la fusion des instances représentatives du personnel (comité d'entreprise, délégués du personnel et CHSCT) au sein d'un comité social et économique (CSE). Un des risques identifiés est celui de voir la question de la santé mentale au travail délaissée au profit d'autres questions d'ordre politique et économique. En effet, les CSE des entreprises de moins de 300 salariés n'ont désormais *a priori* pas de représentants du personnel spécialistes en santé et sécurité au travail. L'agent de contrôle de l'inspection du travail peut, s'il l'estime nécessaire, imposer la création d'une commission santé, sécurité et conditions de travail. Concernant les entreprises d'au moins 300 salariés, une commission santé, sécurité et conditions de travail chargée de veiller au bien-être du salarié au sein de l'entreprise a été créée au sein du CSE, mais celle-ci ne détiendra plus la personnalité morale, et la demande d'expertise sera toujours soumise à l'avis du CSE. Les questions de santé mentale doivent être interrogées à l'aune de ces évolutions.

Plus largement, la réflexion porte sur la nécessité de penser les usages des cadres juridiques et institutionnels par les différents acteurs en présence (employeurs, syndicats, préventeurs, experts, travailleurs, etc.). À ce titre, il est rappelé la réticence des syndicats à se saisir de la question des suicides au travail. Ce n'est qu'à partir du début des années 2000 que cet objet est devenu pleinement légitime et investi par les revendications syndicales.

Dans cette continuité, les échanges abordent les modalités d'évaluation des interventions en santé au travail, en insistant sur la nécessité de ne pas centrer ces dernières uniquement sur les résultats mais en tenant davantage compte de leur contexte de réalisation et des mécanismes permettant l'observation des résultats (à la fois quantitatif et qualitatif). Par ailleurs, il importe de questionner les effets de ces dispositifs sur les individus, et inversement. En effet, les individus peuvent également influencer sur ces dispositifs en les subvertissant et en les détournant des objectifs initiaux. Cela pose la question des usages des interventions.

Dominique Lhuillier précise la définition des conflits d'activité évoquée par Scarlett Salman. Ces conflits intérieurs qui ont lieu dans l'activité s'expriment lorsque l'individu poursuit plusieurs objectifs à la fois mais contradictoires et donnant lieu à une ambivalence dans l'engagement de soi. L'exemple du slogan « il n'y a pas de bien-être sans bien faire » tend à exprimer cette conception. En somme, il n'y a pas de santé psychique sans qualité du travail. Il importe de se reconnaître dans la qualité de ce qu'on fait et en même temps cet objectif de poursuite d'une qualité du travail fabrique de l'usure prématurée, des troubles musculo-squelettiques et dégrade la santé. Dès lors, l'individu peut être dans un conflit intérieur entre sa santé psychique et sa santé somatique, puisqu'il va chercher malgré tout à tenter une qualité du travail en puisant non plus sur les ressources organisationnelles ou collectives, car elles font défaut, mais sur ses ressources propres, voire éventuellement en ayant recours au dopage pour renforcer ce soi et maintenir la qualité du travail ou au présentisme, etc.

Au terme de ces échanges, plusieurs thèmes de recherche insuffisamment investigués sont évoqués tels que la question de la réparation et de ses enjeux, mais aussi les effets de la prévention de la santé mentale au travail. Pour conclure, Dominique Lhuillier propose la notion de « travail de santé » pour qualifier à la fois le travail des professionnels de santé (par exemple les préventeurs, les médecins du travail, etc.) engagé dans un travail de santé tout au long de la vie, mais aussi des travailleurs. Cela rejoint l'idée qu'il n'y a pas de meilleur expert du travail de santé que l'opérateur, c'est-à-dire le travailleur lui-même. Toutefois, Dominique Lhuillier souligne combien ce travail de santé ne saurait être qu'un travail individuel mais, au contraire, sollicite constamment la coopération des collègues au travers de l'élaboration de manières de faire alternatives, de réorganisation du travail, etc. Ainsi, une réflexion pourrait être menée sur les conditions requises pour que ce « travail de santé » réalisé par les travailleurs et en coopération avec les pairs puisse avoir lieu.

■ CONCLUSION

Ce séminaire, réunissant chercheurs en sciences humaines et sociales, experts d'administrations centrales, médecins et psychologues du travail, etc. a permis de questionner les relations entre la santé mentale, les expériences du travail, du chômage et de la précarité, et a apporté des éléments de connaissance aux interrogations qui traversent actuellement l'espace public. Plus précisément, ce séminaire s'est intéressé aux conséquences sur la santé mentale des conditions de travail et de leurs transformations, des nouveaux modes de management mais aussi des nouvelles formes d'emplois et du chômage. Au terme de ces échanges, plusieurs constats sont apparus.

Tout d'abord, depuis une dizaine d'années, la France connaît une évolution des formes d'organisation du travail et de l'emploi, caractérisée par une plus grande individualisation de la gestion des salariés, souvent accompagnée de changements organisationnels permanents. Cette évolution tend à modifier en profondeur le lien de subordination des salariés à leurs employeurs. La notion de subordination, qui caractérise traditionnellement la relation salarié-employeur dans le cadre du contrat de travail, prend alors un autre sens : les désirs des salariés sont mis au service des besoins de l'entreprise (Linhart, 2015). Dans les entreprises « libérées », par exemple, la liberté d'initiative des salariés est fortement favorisée. Mais, cette individualisation extrême et les changements organisationnels permanents introduisent de nouvelles formes de souffrance qui ont été soulignées.

Un autre point a porté sur les spécificités de l'impact de la précarisation de l'emploi et du travail ainsi que du chômage sur la santé mentale des individus. À ce titre, les intervenants ont souligné combien la dégradation de la santé mentale relève d'un processus mêlant des événements professionnels et personnels et s'inscrivant dans des phases. De même, l'absence de prise en charge de la santé mentale de ces populations par le système de santé du travail en France tend à occulter les conséquences du chômage et de la précarité sur les individus. Preuve en est, les enquêtes épidémiologiques excluent souvent les chômeurs de leurs échantillons pour ne retenir que les personnes en emploi, avec le risque de surreprésenter des individus en relativement bonne santé (effet du travailleur sain). Plus généralement, interroger les « frontières » du travail a permis un questionnement plus large de ce qu'est le travail, son rôle et sa fonction dans la société mais aussi chez les individus et ses impacts sur la santé mentale.

Il a également été rappelé l'importance du rôle du genre dans la compréhension des mécanismes agissant sur la santé mentale des travailleurs. Un certain nombre d'études ont notamment montré que le travail accompli par les hommes et les femmes n'est pas le même. Or les spécificités du travail des femmes tendent à être invisibilisées dans les recherches et du même coup, les atteintes à la santé mentale (Bercot, 2015). Par ailleurs, comme l'ont rappelé les intervenants, l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle et familiale diffère selon que l'on est une femme ou un homme. Le fait que les femmes continuent d'assumer majoritairement les soins aux enfants, aux proches dépendants et les charges domestiques introduit une charge mentale supplémentaire qu'il importe de prendre en compte dans les recherches.

Enfin, ce séminaire est revenu sur l'évolution de la jurisprudence et des politiques portant sur la prévention de la santé mentale au travail. Depuis les années 2000, des changements de réglementation ont permis le développement du droit de la prévention de la souffrance mentale occasionnée par le travail. Parallèlement à cette prise de conscience, les entreprises se sont saisies de ces questions. Cela s'est notamment traduit par un certain nombre de mesures visant les individus : identification des facteurs pathogènes afin de rendre possible le recours au dépistage des salariés en difficulté ; volonté de favoriser l'adaptation des travailleurs, tant au niveau individuel que collectif, face au stress ou aux exigences professionnelles, dispositifs de réintégration de l'individu en situation de mal-être au sein de l'entreprise. Cette tendance à l'individualisation et à la psychologisation des atteintes à la santé mentale au travail se traduit par une intervention centrée sur l'individu perçu comme « fragile ». Délaisant une approche attentive à l'activité et à l'organisation du travail dans la compréhension du phénomène de souffrance mentale, ce « repérage » des salariés fragiles s'exprime par la mise en œuvre de dispositifs palliatifs (écoute, travail sur soi, développement des capacités à faire face et à s'adapter, etc.). Plus largement, l'ensemble des intervenants des quatre séances de ce séminaire ont insisté sur le fait que ces mesures tendent à faire porter la responsabilité sur le travailleur sans remettre en cause l'organisation du travail. L'origine de la souffrance est alors souvent perçue comme individuelle, intrinsèque à la personne en difficulté et donc extérieure au champ professionnel.

■ GLOSSAIRE

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS : Agence régionale de santé
ASS : Allocation de solidarité spécifique
ATD Quart Monde : Agir tous pour la dignité Quart Monde
BIT : Bureau international du travail
CASD : Centre d'accès sécurisé aux données
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CE : Comité d'entreprise
CFE-CGC : Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres
CFDT : Confédération française démocratique du travail
CGP : Commissariat général au Plan
CGT : Confédération générale du travail
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CSE : Comité social économique
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGT : Direction générale du travail
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EDP : Échantillon démographique permanent
EHIS : European Health Interview Survey
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRS : Institut national de recherche et de sécurité
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IReSP : Institut de recherche en santé publique
IRP : Instance représentative du personnel
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONPES : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
PME : Petites et moyennes entreprises
PTT : Postes, télégraphes et téléphones

RMI : Revenu minimum d'insertion

RPS : Risques psychosociaux

RSA : Revenu de solidarité active

Score PHQ8 : Patient Health Questionnaire (en huit items)

SIRENE : Système national d'identification et du répertoire des entreprises et de leurs établissements

SDF : Sans domicile fixe

SNC : Association Solidarités nouvelles face au chômage

SNDS : Système national des données de santé

SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

TPE : Très petites entreprises

Enquêtes :

Enquête CT-RPS 2016 : Conditions de travail et risques psychosociaux

Enquête Sumer : Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels

Enquête SIP : Santé et itinéraire professionnel

Enquête BMS : Bénéficiaires des minima sociaux

Les dossiers de la DREES

N° 38 • juillet 2019

Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité

Directeur de la publication
Jean-Marc AUBERT

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

ISSN
2495-120X



Ministère des Solidarités et de la Santé

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP

Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr