

Psycho-médicalisation du travail : quand le rôle des facteurs organisationnels est négligé

Autor(en): **Lazor-Blanchet, Catherine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **74 (2016)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-823205>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

PSYCHO-MÉDICALISATION DU TRAVAIL: QUAND LE RÔLE DES FACTEURS ORGANISATIONNELS EST NÉGLIGÉ

DRE CATHERINE LAZOR-BLANCHET
*Service de médecine préventive hospitalière
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
catherine.lazor-blanchet@chuv.ch*

➤ Les indicateurs de santé au travail montrent des évolutions des conditions de travail avec l'émergence de facteurs de risques liés aux relations sociales au travail ou découlant de l'organisation du travail dont les effets sur la santé, en particulier sur la santé psychologique des personnes, sont démontrés. Malgré des connaissances établies, on constate néanmoins une tendance forte et récurrente à rechercher des causes du côté des individus et de leur fragilité, à psycho-médicaliser certaines situations, leur prise en charge et même leur prévention. Dans une culture ambiante centrée sur la responsabilité individuelle, l'analyse des causes d'origine professionnelle est encore tenue à l'écart.

Mots-clés: organisation du travail, transformations du travail, mal-être au travail, psycho-médicalisation du travail.

TRANSFORMATIONS DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Les 30 à 40 dernières années sont clairement marquées par des transformations profondes et durables du travail, dont une proportion importante est guidée par des enjeux économiques de perspectives de rentabilité à court terme. Parmi les phénomènes principaux, on peut citer:

- > une forte progression des modalités d'organisations de type services («serviciarisation») dans de nombreux domaines d'activités, y compris dans les secteurs industriels. Ces organisations sont caractérisées par des rythmes de travail imposés par une demande extérieure provenant de clients, de patients ou d'utilisateurs, et associés à une standardisation et un contrôle plus strict de l'activité (comme par exemple les scripts préétablis utilisés par les téléopérateurs des centres d'appels);
- > des changements incessants et rapides de stratégie qui entraînent des pertes de repères;
- > une financiarisation du travail où celui-ci devient une marchandise comme une autre, dans une logique comptable de rentabilité à tout prix, ignorant les dimensions humaines;
- > une insécurité de l'emploi croissante dans certains pays, avec une précarisation des emplois et une peur du déclassement social;

- > un désengagement progressif de l'encadrement de proximité concernant les modalités concrètes de la réalisation du travail. Par exemple, les fluctuations de la demande rendant plus difficiles la prévision et l'organisation du travail, les hiérarchies se focalisent davantage sur les objectifs quantitatifs à atteindre que sur les modes opératoires à mettre en œuvre pour les atteindre, ou sur les interventions nécessaires au règlement des dysfonctionnements;
- > une individualisation croissante du travail et du rapport au travail: développement des évaluations individuelles des performances et des comportements, augmentation de la pression sur les objectifs à atteindre et mise en concurrence des salariés, arbitrages et choix concernant l'activité et la résolution de problèmes que les travailleurs doivent faire seuls face au désengagement progressif des hiérarchies. Pour Ph. Davezies, «travailler signifie trier, dans la masse de ce qui est à faire, entre ce que l'on va pouvoir prendre en charge et ce qu'il faut laisser de côté» (Ph. Davezies, 2014);
- > une augmentation des critères de gestion et des contrôles à base d'indicateurs statistiques et comptables centrés sur le rendement, avec parfois des indicateurs sans rapport avec l'activité mais exigés par les hiérarchies et directions pour alimenter les tableaux de bord officiels;
- > un développement des outils de contrôles de la qualité, notamment de la qualité du service à la clientèle (appels mystères, enquêtes de satisfaction, écoutes, etc.);
- > une intensification et une complexification du travail marquées par des exigences de rapidité, de fortes sollicitations cognitives et émotionnelles, et des interruptions de tâches plus fréquentes, accentuées par les nouvelles technologies;
- > un développement des horaires de travail atypiques, de nouvelles formes de travail (sous-traitance) et du morcellement des carrières professionnelles;
- > une culture de l'instantanéité et de l'hyperdisponibilité favorisée par l'essor des nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) qui contribue à un effacement progressif des frontières entre la vie professionnelle et la vie privée (De la Rupelle, 2014). Dans la 6ème enquête européenne sur les conditions de travail, 45 % des travailleurs indiquent avoir travaillé sur leur temps libre pour répondre aux exigences de leur poste au cours des 12 derniers mois, 7% plusieurs fois par semaine et 3% le font quotidiennement (Eurofound 2015).

Globalement, on assiste à une évolution vers de nouvelles contraintes cognitives, un travail plus concentré et qui doit être effectué plus rapidement, un affaiblissement des collectifs de travail et un mouvement profond d'individualisation du travail, mettant souvent les travailleurs face à des exigences contradictoires. En effet, pour certains aspects, les travailleurs ont plus d'autonomie, mais ils sont en même temps davantage soumis à une normalisation et à un contrôle de l'activité.

Ces mutations des organisations et du travail concernent les entreprises de toutes tailles, les secteurs privés comme publics et de nombreux domaines d'activité. Les domaines de la finance, de la santé, de l'industrie, des transports et les administrations publiques mais également l'agriculture sont ceux qui ont connu le plus de changements (Eurofound 2015, F. Safy-Godineau, 2013).

Les cadres n'échappent pas non plus à ces profondes transformations, confrontés à des

attentes d'engagement absolu de la part de leur hiérarchie, au développement du management par objectifs, à une réduction du temps disponible pour organiser le travail et gérer les relations, en état d'hyperréactivité permanente qui entrave la réflexion et la prise de recul (Desmarais et Abord de Chatillon, 2010).

TRANSFORMATIONS DURABLES DU TRAVAIL, INDIVIDUALISATION DU TRAVAIL ET GLISSEMENT VERS UNE PSYCHO-MÉDICALISATION DU TRAVAIL

Loin d'être anecdotiques et éphémères, de telles transformations s'accompagnent aussi d'effets sur les conditions de la réalisation du travail, sur le climat social au sein des entreprises, sur la santé des travailleurs, et donc sur les performances de l'entreprise. L'image et la réputation d'une entreprise peuvent aussi s'en trouver affectées.

C'est un étrange paradoxe de constater que le travail peut être source d'un mal-être profond chez certains travailleurs, alors que d'autres souffrent de ne pas ou de ne plus avoir de travail.

Quand le travail, qu'il soit rémunéré ou non, est porteur de sens et de valeur, qu'il est vecteur de réalisation personnelle à travers le «jugement d'utilité et de beauté» selon Ch. Dejours, il est un facteur de santé. La reconnaissance de la qualité du travail accompli, par soi et par les autres (les pairs, la hiérarchie, etc.) participe à la construction identitaire et à la réalisation personnelle au sein des collectifs de travail. Lorsqu'il n'est pas ou plus possible de pouvoir faire un travail de qualité (la «qualité empêchée» selon Yves Clot), lorsque la finalité du travail devient l'efficacité pour l'efficacité, ignorant la dimension humaine et empêchant la reconnaissance de la qualité du travail, s'installent une perte de sens du travail, un inévitable mal-être, des tensions et des conflits interpersonnels.

Le délitement des communautés de travail avec un partage des savoirs professionnels et des règles du métier, les conflits de valeurs où s'opposent d'un côté une conception de la performance basée sur des critères comptables et d'un autre côté, une conception intégrant des critères qualitatifs qui caractérisent le travail bien fait aux yeux des travailleurs, le travail sous forte tension, une concurrence accrue, une sécurité professionnelle réduite et un statut professionnel précaire, peuvent entraîner une fragilisation des individus.

Ce conflit de valeurs, cette perte de sens du travail, l'impossibilité d'en débattre et de le faire entendre peuvent conduire à une détresse personnelle majeure et des répercussions sur la santé, voire à une mise en danger lors de décompensations psychiques ou de crises suicidaires, indépendamment des caractéristiques individuelles ou des antécédents médicaux des personnes.

Lorsque le sens du travail est dénaturé, voire même détruit dans certains cas, lorsque s'installe le déni collectif des critères de qualité du travail, des atteintes à l'identité et à la santé sont presque inévitables. Comment alors ne pas s'inquiéter devant la faible proportion de travailleurs de l'Union Européenne ayant déjà fait l'expérience du sentiment du travail bien fait, à seulement 40% selon la dernière enquête sur les conditions de travail? (Eurofound 2015).

Dans les formes les plus ultimes d'une déshumanisation du travail, d'une logique pervertie des rapports de travail, peut-on encore s'étonner, voire même dénier que certains puissent commettre un geste suicidaire, tant ils se sentent dépassés et impuissants face à une situation devenue pour eux-mêmes intolérable?

L'enquête judiciaire faisant suite aux suicides de 35 personnes en 2008-2009 chez France Télécom durant la période où l'entreprise a entamé un grand tournant gestionnaire (le groupe avait décidé de supprimer 22'000 postes entre 2006 et 2008 et de procéder à 10'000 changements de métier), montre que les objectifs de mobilité et de réduction d'effectifs étaient devenus une fin en soi, par tous les moyens dynamique du «Time-To-Move» avec incitations répétées au départ, mobilités forcées, pointage hebdomadaire des «objectifs de déflation» par les chefs de département, injonctions de «faire du chiffre sur les départs», formation des cadres à décourager leurs équipes et rémunérations des cadres en fonction des objectifs atteints en terme de départs des salariés de l'entreprise, etc. (Le Monde 2014, Le Monde 2016).

Récemment, les premiers éléments d'investigations après le suicide sur le lieu de travail fin décembre 2015 d'un professeur de médecine de l'Hôpital Européen Georges Pompidou a mis en lumière des agissements de maltraitance pouvant exister au sein de l'hôpital public français, favorisés par des dysfonctionnements des administrations hospitalo-universitaires, un contexte de gouvernance hospitalière et de pratiques managériales axées sur une logique de rentabilité, mettant l'accent sur les aspects procéduraux et quantitatifs des soins au détriment de critères de qualité du travail, entraînant une perte de sens du travail dans certains services hospitaliers (J.-Y. Nau, 2016). Le secteur sanitaire français est marqué depuis une quinzaine d'années par une logique gestionnaire d'efficacité et de nouvelles formes de management où les hôpitaux sont jugés sur la production de leur activité et leur performance économique, où les finalités comptables et statistiques entrent en contradictions avec la nature même du travail de soins fondée sur le travail humain et sa nécessaire personnalisation (F. Safy-Godineau, 2013).

Comme l'ont d'abord montré de nombreux médecins du travail, psychologues du travail et sociologues, puis comme l'ont confirmé des études épidémiologiques méthodologiquement solides, il existe bien un rapport de cause à effet entre certaines conditions de travail modernes, certaines pratiques managériales, de nouvelles formes d'organisations de travail, et des effets défavorables sur la santé telles que altérations de la santé mentale, maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques. Il apparaîtrait donc logique d'interroger le travail, aussi bien du côté des entreprises que du côté des professionnels de la santé. Pourtant, malgré les connaissances disponibles, il persiste à bien des égards des difficultés, voire dans certains cas, une impossibilité à le faire, et une facilité à rechercher les causes du côté des individus et de leurs fragilités. On peut donc raisonnablement s'interroger sur les raisons et obstacles qui s'opposent à un changement d'angle de vue.

ISOLEMENT DES TRAVAILLEURS, DE LEURS MAUX, GLISSEMENT VERS UNE RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE ET UNE PSYCHO-MÉDICALISATION DES PROBLÈMES DE TRAVAIL

D'une part parce que l'expression du mal-être en lien avec le travail est en grande partie invisibilisée. Un ressenti défavorable des travailleurs par rapport à leur travail peut se révéler par divers canaux (par ex. lors d'entretiens, au travers de questionnaires de satisfaction, etc.), les maux du travail quant à eux s'expriment peu ou s'expriment mal.

Ce qui est donné à voir ou ce qui est formulé, par exemple dans l'entreprise, peut prendre des formes multiples telles que repli sur soi, insatisfaction, démotivation, anxiété, stress,

douleurs, consommation de substances psychotropes, relations conflictuelles, perte d'efficacité, absentéisme, etc. qui brouillent les pistes de compréhension. Dans un discours ambiant centré sur les responsabilités de l'individu dans ce qui lui arrive, il n'est pas si aisé de faire un lien entre de tels signes et une détresse profonde en relation avec le travail. De leur côté, les travailleurs présentent souvent eux-mêmes, au sein de l'entreprise mais aussi dans le cadre de consultations médicales, les difficultés professionnelles auxquelles ils sont confrontés, leur mal-être, comme des problèmes relationnels et des conflits interpersonnels avec un collègue ou leur hiérarchie. Ce faisant, ils ouvrent la porte à une interprétation explicative individualiste et psychologisante.

D'autre part, les modes d'expression les plus visibles, en particulier certaines formes de décompensations psychiques aiguës telles que dépression, paranoïa situationnelle, état de stress post-traumatique, violences, tentatives et suicides au travail, renvoient facilement vers l'explication causale d'un individu fragile ou malade.

Il n'est donc pas si étonnant que la recherche des causes soit presque systématiquement orientée en premier lieu du côté de l'individu où sa personnalité, sa fragilité, ses difficultés personnelles sont mises en avant. Ainsi les conflits interpersonnels au travail ne seraient dus qu'à des différences de personnalités incompatibles ou des pathologies psychiques, et les salariés «qui craquent» à une insuffisance d'adaptation aux changements ou à des problèmes personnels.

Nombreux sont d'ailleurs les exemples où le poids de la responsabilité individuelle est mis en avant dans les discours de directions d'entreprises après un ou plusieurs suicides sur le lieu de travail. La cause première du suicide au travail est presque toujours rapportée à une fragilité individuelle, un problème psychologique du travailleur, des difficultés personnelles le plus souvent familiales, alors même que les déclarations laissées par les disparus attribuent clairement leur désarroi et leur détresse à des organisations du travail et des pratiques organisationnelles délétères. Face à des hiérarchies et des fonctions de management dans l'incapacité à remettre en question certaines formes d'organisation du travail, c'est parfois le nécessaire travail d'investigation journalistique ou judiciaire qui fait apparaître la réalité de conditions de travail dégradées, d'un système organisationnel «harcélogène». Du côté des cliniciens (médecins, psychologues), il n'est pas non plus toujours aisé d'envisager le travail comme un facteur causal ou favorisant.

Enfin, la définition même du stress au travail qui se réfère à un déséquilibre entre ce qui est demandé dans le cadre professionnel et les ressources dont la personne dispose pour y répondre, comporte en soi un risque de glissement implicite vers le postulat de ressources personnelles jugées insuffisantes qui empêcheraient les personnes de faire face à des situations de travail, même lorsque ces dernières seraient délétères. On retrouve les mêmes dérives dans certaines interprétations de l'épuisement au travail (burn-out) centrées sur le profil de personnalité des individus (par ex. personnalité perfectionniste) et leur propre responsabilité dans ce qui leur arrive en soulignant leur défaillance dans la gestion de leur rapport au travail. Par ailleurs, les notions de stress et souffrance au travail sont quant à elles presque toujours associées au caractère subjectif de la perception propre à chaque individu, tenant loin les considérations relatives aux contraintes organisationnelles objectives qui s'exercent sur le travailleur.

Avec une grille de lecture qui transforme une fragilité des situations de travail en fragilité

des personnes, on individualise inévitablement les problèmes de travail. On demande et on attend des individus qu'ils trouvent eux-mêmes les ressources nécessaires. Une telle approche qui demeure centrée sur la responsabilité individuelle tend à masquer les facteurs organisationnels professionnels et socio-économiques qui sont à l'origine de la dégradation des conditions de travail et de la pression s'exerçant sur les travailleurs. Grande est alors la tentation et bien court le pas à franchir pour médicaliser la problématique et en externaliser la prise en charge avec par exemple la mise à disposition des employés de numéros verts d'écoute psychologique, de bons de consultations chez le psychologue payés par l'entreprise (CNOM, 2009). Comme ce fut initialement le cas au début des années 2000 avec la notion de harcèlement moral qui focalisait le problème sur le comportement des personnes (une victime et un harceleur pervers narcissique) plutôt que sur les processus collectifs de gestion et de management qui favorisent son développement et son maintien (L. Salah-Eddine, 2010), ce sont désormais le stress, l'anxiété, le burn-out, les conflits au travail qui sont encore souvent traités à un niveau individuel. En raison des symptômes psychiques ou psychosomatiques présentés par les personnes, voire de modifications du comportement, il est implicitement attendu une gestion d'ordre médical de ces situations. Dans ce contexte, il n'est pas si rare que des hiérarchies adressent vers les médecins du travail des demandes qui relèveraient davantage du management ou de la gestion du personnel que de la santé. Et les médecins du travail eux-mêmes se trouvent confrontés à la difficulté d'être entendus par les managers et directions d'entreprises quand la source du problème n'est pas médicale mais liée au travail. Prenons à titre d'exemple le cas d'un manager qui demande au médecin du travail de recevoir en urgence un responsable de groupe qui a tenu des propos menaçants envers un collègue de travail et de déterminer s'il est encore apte à exercer ses fonctions. Parallèlement, il est intéressant de constater la confusion de la notion d'aptitude avec celle de compétences professionnelles (P. Marichalar, 2014).

Du côté du médecin du travail, celui-ci est parfois sollicité tardivement, «lorsque la situation de souffrance a déjà entraîné une décompensation psychique, c'est à dire une fois que le salarié a craqué» (D. Huez, A. Devaux, 2010). La consultation médicale du médecin du travail avec le travailleur consiste en une évaluation médicale de l'état de santé (anamnèse médicale antérieure et actuelle, examen clinique), conjointement à un entretien centré sur le travail qui permet de reconstituer son parcours professionnel, l'historique de l'entreprise, l'évolution de la situation de travail (modifications organisationnelles, qualité du collectif de travail, etc.), de repérer le moment de bascule entre un vécu de conditions de travail normales et un vécu de conditions de travail dégradées (M. Pezé et al. 2008). La prise en charge vise à revenir aux événements concrets du travail à partir desquels la relation s'est dégradée. Les ressources et les difficultés de la personne, ainsi que son réseau actuel (social, professionnel et de soins) sont évaluées, les options d'orientations vers les structures ou personnes adaptées sont discutées dans le cadre d'une décision partagée. L'entretien et ceux qui suivront nécessitent une écoute compréhensive de la part du médecin du travail, sans chercher qui a tort ou raison, qui dit vrai ou faux, pour permettre à la personne de retrouver une possibilité d'action sur une situation perçue jusqu'alors comme bloquée. Le conflit interpersonnel dans lequel le travailleur était pris est alors ré-analysé à la lumière des enjeux respectifs des protagonistes impliqués, révélant des conflits de logique que l'état de l'organisation du travail ne permettait pas de concilier.

Pour en revenir à la situation prise à titre d'exemple, les entretiens de consultation avec le médecin du travail peuvent révéler une relation conflictuelle avec un collègue de travail qui dure depuis longtemps, l'échec de tentatives de gestion du conflit et l'émergence de la relation conflictuelle dans un contexte de réorganisation du service, des activités et des fonctions, générant un sentiment d'insécurité chez les individus, de flou concernant les activités et les responsabilités, etc. Il est parfois difficile pour le médecin du travail de faire entendre et accepter auprès des responsables hiérarchiques que la problématique est moins d'ordre médical que professionnelle. Mais l'exposition auprès de la direction du service concerné et des responsables RH des éléments de contexte dans lequel est survenu un changement de comportement de la personne, permet souvent une meilleure compréhension de la situation, de sortir d'une lecture centrée sur un problème médical de l'individu, d'engager des actions pour l'améliorer tant au niveau du travailleur en question qu'à un niveau plus collectif. Le médecin du travail pouvant avoir connaissance d'autres situations de souffrances et repéré des éléments organisationnels à risque, il peut sur la base de données collectives et anonymisées, faire état de ses préoccupations en terme de risque pour la santé des travailleurs. Du point de vue de la santé des travailleurs, il est évidemment indiqué que les médecins assurent soutien, accompagnement et soulagement des symptômes, mais il n'en demeure pas moins risqué de déplacer un problème dont la cause n'est pas médicale vers la sphère médicale, dans la mesure où ce qui permettrait la guérison ou du moins l'amélioration par le traitement des causes se situe dans la sphère professionnelle.

RÉÉQUILIBRER L'ANALYSE ET METTRE LE TRAVAIL EN QUESTIONS

Il ne s'agit pas ici de dire que le travail serait responsable de tous les maux et de toutes les problématiques de détresse psychologique. Les altérations de la santé mentale sont fréquentes (en moyenne 20% de la population active dans les pays de l'OCDE) et le risque de traverser un trouble psychique durant une carrière professionnelle est élevé, avec des répercussions importantes en terme de trajectoire professionnelle: les personnes atteintes de troubles psychiques ont 2 à 3 fois plus de risque d'être au chômage. Les causes des atteintes à la santé psychique peuvent être diverses, et le travail peut aussi faire partie des étiologies possibles en tant que facteur déclenchant, précipitant ou favorisant. Il s'agit donc de le prendre en considération au même titre que les autres éléments qui entrent en ligne de compte tels que les antécédents médicaux familiaux et personnels, les vécus traumatiques, etc. Ne pas se pencher sur la question du travail et de son organisation, c'est d'emblée se couper d'une partie de l'analyse et de la compréhension de certaines situations, et donc des possibilités de mettre en œuvre des actions d'amélioration et de prévention tant au niveau de la personne concernée que de façon plus collective pour les autres travailleurs exposés aux mêmes facteurs de risque.

Dans certains cas, c'est la rencontre entre un individu et une problématique d'organisation du travail spécifique qui est à l'origine d'un mal-être qui peut se transformer en souffrance, voire évoluer vers une décompensation. Se limiter à mettre en avant les conflits interpersonnels et les difficultés relationnelles et personnelles de l'individu, sans entrer dans une analyse plus globale qui prenne aussi en compte l'organisation du travail et ses dysfonctionnements possibles, c'est renvoyer les problèmes du travail vers les individus, glisser vers une externalisation des problèmes en lien avec le travail et de leur prise en charge (le plus souvent médico-

psychologique) mais aussi de leur prévention. Il est nécessaire de rééquilibrer l'analyse en acceptant aussi le questionnement de l'organisation du travail et des relations sociales au travail, d'explorer les dimensions pathogènes possibles, d'adopter un angle de vue plus large pour mieux comprendre certaines situations de mal-être professionnel qui peuvent se transformer en véritable détresse. Accepter de considérer que derrière des problèmes relationnels et des conflits interpersonnels au travail peuvent se trouver des problèmes d'organisation, un désaccord sur la façon de travailler et sur la notion de qualité du travail, c'est donner la possibilité d'une salutaire mise en débats des questions autour du travail et accéder à solutions. Le travail n'est pas le décor dans lequel se déroule un conflit seulement lié aux personnes, il est aussi un des acteurs de la scène de conflit.

C'est ce que font divers spécialistes de la « clinique du travail » dans le champ de la psychopathologie du travail, de la psychodynamique du travail, de la clinique de l'activité. Des médecins du travail, psychologues du travail, ergonomes, sociologues, etc. s'intéressent au travail et à l'activité, dans une démarche d'évaluation globale, où le travailleur ne peut être dissocié de son environnement professionnel. Cette approche permet de sortir d'une interprétation simplificatrice (des employés qui ne s'entendent pas, un responsable hiérarchique étiqueté de pervers narcissique, etc.) et psychologisante d'une situation, et de laisser ou redonner une place à la participation active du patient-travailleur. Du côté de l'entreprise, une telle approche est également nécessaire puisque c'est en son sein que les possibilités d'actions se situent. Se focaliser uniquement sur les défaillances psychiques des individus ou les difficultés personnelles est un piège. D'une part cela empêche une analyse des causes qui pourraient exister dans le champ du travail, une remise en questions de certaines organisations du travail, de certaines gouvernances et pratiques managériales. D'autre part cela peut aussi conduire à des actions contre-productives, par exemple lorsque des entreprises se limitent aux seules actions individuelles (par ex. numéros verts de soutien psychologique, coaching de personnes identifiées comme fragiles) sans autre démarche d'actions correctives ou préventives de dimension collective en lien avec les contraintes organisationnelles de l'activité et l'environnement de travail.

GLISSEMENT VERS UNE INDIVIDUALISATION DE LA PRÉVENTION

Depuis une vingtaine d'années, la thématique des risques psycho-sociaux (RPS) et leur prévention a fait son apparition et prend de l'ampleur dans le champ des préoccupations des entreprises et des spécialistes de la santé au travail, mais aussi dans le domaine politique.

L'absence d'une définition claire des RPS qui restent l'objet de nombreuses interprétations (pour certains cette dénomination renvoie aux conséquences, pour d'autres aux causes), le regroupement sous cette formulation de notions telles que stress, violences, harcèlement moral, épuisement professionnel, qui recouvrent en fait des situations hétérogènes, constitue aussi un terrain favorable à la psychologisation des problèmes rencontrés dans le travail (M. Manzano, 2010), tout comme la posture qui consiste à souligner le caractère subjectif de ce type de risque qui relève de la perception propre à chaque individu. Parallèlement, on assiste au développement d'une multitude d'outils de mesures et de critères destinés à leur prévention ou leur gestion. Présentés comme l'étape indispensable et préalable à toute action, ces outils sont-ils réellement utiles à l'action ou bien offrent-ils une illusion d'une possible maîtrise de ces risques?

Des voies se font entendre concernant un potentiel de mauvais usage des questionnaires auto-rapportés de mesures des astreintes subjectives ou du stress perçu et de leurs résultats (P. Bouffartigue, 2012). Ils peuvent servir à montrer que l'on fait quelque chose mais qui risque toutefois de se limiter à la seule mesure des astreintes perçues. Il existe aussi un risque de banalisation des problématiques en comparant les résultats obtenus à ceux de la littérature («la situation de l'entreprise n'est pas pire qu'ailleurs») et de ne pas passer à l'action. Comme le montrent Ph. Davezies et Y. Clot, l'utilisation d'outils à visée épidémiologique tels que des questionnaires qui servent à établir des corrélations statistiques entre les contraintes de travail et les atteintes à la santé, n'apporte pas de réelle perspective d'action. Les résultats sont généralement conformes à ceux de la littérature scientifique disponible, et sont trop éloignés des enjeux réels du travail (sa qualité et son sens), du contexte et des difficultés concrètes du travail pour permettre de passer à l'action (Ph. Davezies et Y. Clot, 2011). D'autres outils qui privilégient la recherche des causes comportent un risque de glisser vers la recherche des responsabilités des individus, voire vers la détection et la prise en charge d'individus identifiés comme plus fragiles, ce qu'Y. Clot dénomme un «nouvel hygiénisme» (Y. Clot, 2008). C'est ce que l'on peut observer et constater dans divers dispositifs de prévention du stress professionnel, où bon nombre d'actions se limitent à une approche individualisée (ligne téléphonique pour solliciter le soutien de psychologues cliniciens, «tickets psy» de consultations payés par l'entreprise chez des psychologues choisis par l'entreprise) ou une prévention corrective chez les individus comme par exemple du coaching de renforcement des capacités de gestion du stress.

L'approche quantitative et statistique, inadaptée à la gestion de situations dégradées ou de crises (suicides au travail), reposant sur une conception très technique de la prévention, ne permet pas d'en appréhender les facteurs les moins mesurables qui sont pourtant parmi les plus importants facteurs de dégradation, comme par exemple les attitudes d'abus de pouvoir, les comportements arbitraires ou hostiles, les «mises au placard», la qualité du travail empêchée, etc. Une démarche qualitative d'analyse des situations de travail à travers des observations et des entretiens aux postes de travail, la mise en place et l'animation de groupes de travail sont nécessaires. Le bilan des accords collectifs sur la prévention du stress négociés dans les entreprises Françaises de plus de 1'000 salariés indique que l'approche est majoritairement quantitative, par questionnaires dans 73% des cas, mais 50% d'entre eux prévoient aussi une dimension qualitative (entretiens, observation de terrain, etc.) et 36% des accords combinent des modes de recueil d'informations quantitatives et qualitatives (Direction Générale du Travail, 2011).

COMMENT AVANCER?

Le développement d'une culture ambiante centrée sur l'individu tend à masquer les causes de dégradations de certaines conditions de travail, à médico-psychologiser les difficultés professionnelles et les problèmes du travail, en dépit des connaissances actuelles, et participe à un certain déni des origines professionnelles de ces mêmes problématiques. En renvoyant de façon systématique vers l'individu et ses fragilités, toute réflexion ou discussion concernant les facteurs de risque présents dans le champ du travail est empêchée.

Le stress au travail et la souffrance au travail sont-ils, comme s'interroge P. Bouffartigue «condamnés à fonctionner comme vecteur d'évacuation vers l'individu des enjeux collectifs

des conditions et d'organisation du travail»? (P. Bouffartigue, 2010). Quelle est la possibilité pour les travailleurs de devenir ou de redevenir les acteurs de transformations?

La terminologie de risques psychosociaux participe grandement à cette confusion. Ne devrait-on pas utiliser une terminologie qui apporte plus de clarté et de justesse, et plutôt parler de risques en lien avec des facteurs organisationnels et relationnels professionnels, puisque les dimensions collectives et organisationnelles sont désormais bien connues et identifiées? Avec plus de 20% de salariés qui se déclarent stressés au travail, un absentéisme qui progresse, une augmentation des suicides au travail, les entreprises sont face à un enjeu majeur. Il est indispensable de dépasser la simplification de l'analyse centrée sur les individus, pour passer à une approche des causes plus profondes se trouvant dans l'organisation du travail, à une vision plus collective, à une mise en débat portant sur l'organisation du travail et les relations sociales.

Comme le suggère Ph. Davezies, la résolution des difficultés au travail doit retourner dans le champ du travail et faire l'objet d'une mise en discussion sur le travail. La conjoncture actuelle présente un défi pour les décideurs et gestionnaires d'entreprises qui remettront de l'humain et de l'humanité au cœur du travail, qui donneront ou redonneront du sens au travail, qui ne participeront pas au déni collectif des critères de qualité du travail, qui permettront aux travailleurs de redevenir acteurs de la transformation des conditions de travail, et qui sauront se dissocier du seul argument financier de performance de l'entreprise.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BOUFFARTIGUE Paul. «Le stress au travail, entre psychologisation et critique des conditions de travail». *XVIIème congrès de l' AIS, Jul 2010, Suède*, halshs-00442122 (<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00442122>).

BOUFFRATIGUE Paul. «Mesurer les risques psychosociaux»? XIIèmes journées internationales de sociologie du travail (JIST). *Mesures et démesures du travail, Bruxelles, 25-27 janvier 2012*. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/76/79/00/PDF/Com.Jist.2012.2.PB.pdf>.

CLOT Yves. «Vers un nouvel hygiénisme». Postface à la 3ème édition. *Le travail sans l'Homme? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. La Découverte, 2008.

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins. «Souffrance au travail: les dérives du ticket psy». *Bulletin n°5, mai 2009*, 22-27.

DAVEZIES Philippe, «L'individualisation du rapport au travail: un défi pour le syndicalisme», *ETUI Policy Brief, Politiques économiques, sociales et de l'emploi en Europe*, n°3, 2014, 1-6.

DAVEZIES Philippe, CLOT Yves. «Des accords dur le stress qui sonnent faux». *Santé & Travail*, n°074, avril 2011.

DE LA RUPELLE Géraldine, FRAY Anne-Marie, KALIKA Michel, «Messagerie électronique, facteur de stress dans le cadre de la relation managériale». *Revue de gestion des ressources humaines*, 91 (1), 2014, 13-28.

DESMARAIS Céline, ABORD DE CHATILLON Emmanuel. «Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance». *Revue française de gestion*, vol.6, n° 2015, 2010, 71-88.

DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAVAIL. «Synthèse de l'analyse des accords signés dans les entreprises de plus de 1000 salariés. Prévention des Risques psychosociaux», avril 2011. www.travail-emploi.gouv.fr

EUROFOUND 6ème enquête européenne sur les conditions de travail 2015, ref. EF1568, DOI: 10.2806/896805.

HUEZ Dominique, DEVAUX Annie, «Les médecins du travail doivent lancer l'alerte », *Santé & Travail*, n°70, 2010.

LE MONDE 07.07.2016 «Suicides à France Télécom: des dirigeants menacés de poursuites pour harcèlement moral».

LE MONDE 12.12.2014 «La mécanique de la chaise vide».

MANZANO Magali. «Les risques psychosociaux et le psychologue du travail en service de santé au travail». *Nouvelle revue de psychologie*. Vol. 2, n°10, 2010, 179-183.

MARICHALAR Pascal. «Médecin du travail. Médecin du patron? L'indépendance médicale en question». *Nouveaux débats*, Paris, SciencesPo, Les Presses, 2014.

NAU Jean Yves, «Du harcèlement moral en milieu hospitalier français», *Revue Médicale Suisse*, n° 524, 22 juin 2016, 1252-1253.

PEZÉ Marie, SOULA Marie-Christine, SANDRET Nicolas. «Dossier souffrance au travail: stress, épuisement, harcèlement...». *Le Concours médical*, Tome 130, 4, 2008, 201-217.

SAFY-GODINEAU Fatéma. «La souffrance au travail des soignants: une analyse des conséquences délétères des outils de gestion». *La nouvelle revue du travail*, N°3, 2013, mis en ligne le 30 octobre 2013, consulté le 29 juillet 2016. URL: <http://nrt.revues.org/1042>; DOI: 10.4000/nrt.1042

SALAH-EDDINE Laila. «La reconnaissance du harcèlement moral au travail: une manifestation de la "psychologisation" du social?». *SociologieS*, Premiers textes, mis en ligne le 27 décembre 2010, consulté le 03 août 2016. URL: <http://sociologies.revues.org/3354>

