

# LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UN MÉDECIN DU TRAVAIL SUR LA PÉRIODE 1997-2012

## Comparaison public/privé

# Un espoir d'en sortir

Dr Isabelle LAGNY

Médecin de prévention

École polytechnique - 91128 palaiseau cedex



L'expérience d'un médecin de prévention en 2012 en secteur public dans un établissement préservé et chargé d'histoire, fait apparaître un écart énorme entre la situation des agents du public et celle des travailleurs du privé observée entre 2003 et 2007, en matière de souffrance au travail. En 2012, ici, le désespoir est quasi absent dans l'expression de la souffrance. La colère souvent légitime, assez fréquente, démontre une capacité individuelle de réagir des agents qui est soutenue par des collectifs de travail. Seule une minorité de personnes en souffrance le sont pour des raisons indépendantes du travail. Les problématiques de travail sont donc presque toujours au cœur de ces cas de souffrance au travail, tout comme dans le secteur privé. Leur analyse fine

## INTRODUCTION

### Exercice de la médecine du travail en secteur privé (1997-2007)

### Explosion des cas de souffrance au travail en IDF en 2003

Dans un gros service de 350 médecins en IDF : Le rapport d'activité 2003 indique un doublement des inaptitudes prononcées à tous les postes de l'entreprise par ces médecins du travail.

Mon expérience : 14 cas en 2003 d'inaptitude pour souffrance au travail (soit un chiffre x 4 par rapport aux années précédentes). Il s'agit presque toujours d'angoisse et de dépression allant jusqu'au désespoir.

Le profil type du salarié en souffrance : Employé dans une grosse entreprise, obligé de se soumettre à des objectifs inatteignables, subissant une organisation du travail inhumaine, un contrôle du travail de plus en plus rapproché, et au maximum, des dispositifs punitifs pour les salariés les moins performants. Souffrance intenable dans certaines entreprises amenant le médecin à prononcer une inaptitude à tous les postes de l'entreprise en procédant de danger immédiat de un ou plusieurs salariés<sup>1</sup>. **But** : éviter le suicide ou la démission brutale sans indemnités Assedic, atténuer immédiatement le niveau de souffrance. On observe constamment un soulagement du patient.

Les autres actions entreprises : Alerte écrite des employeurs et des CHSCT sur les mécanismes générant cette souffrance collective. **Résultat** : Échec de la prévention collective. Attaques contre les médecins du travail !

### Exercice de la médecine de prévention en secteur Public (2007-2013)

Fonction publique d'État. En cas de souffrance au travail, pas de décision possible d'inaptitude. Tout au plus : Poste en inadéquation avec l'état de santé de l'agent. Aménagement de poste ou Inaptitude temporaire.

Ces 6 dernières années, contact du médecin de prévention avec les agents de 3 établissements d'enseignement supérieur et de recherche différents<sup>2</sup> et de 2 autres organismes de recherche. Population scientifique et agents de soutien (administratif, ouvrier, restauration, principalement).

Situation de souffrance radicalement différente de celle observée dans de grosses entreprises du secteur privé.

Les mécanismes observés sont plus variés et dépendent du degré de conservation d'une qualité relationnelle au sein des établissements. Celle-ci se dégrade au fur et à mesure que se dégradent les relations sociales dans la vie hors travail et que s'accroissent les plans d'austérité et les réorganisations qui touchent le secteur public.

Mobbing (Heinz Leymann) et abus de pouvoir de chefs de services sur la main d'œuvre précaire (doctorants), ont été observés dans un des organismes de recherche. Observation également d'un mésusage des entretiens d'évaluation utilisés pour exercer une pression sur tel ou tel agent dans un service administratif.

Plus récemment, en 2012, une observation a été menée dans un autre EPST au sujet de la souffrance au travail.

Celui-ci est chargé d'histoire, particulier par la survivance de traditions et d'une forte cohésion du personnel. Le personnel est regroupé sur un territoire de la taille d'un village. Deux médecins de prévention exercent en service autonome au plus proches des personnels et partagent les mêmes espaces de vie. Une courtoisie est de règle entre collègues à l'opposé de ce que l'on constate dans les grosses entreprises du secteur privé. Plusieurs personnes s'impliquent là pour le bien-être du personnel. Outre les médecins, l'infirmière et la secrétaire, l'assistante sociale et un groupe de psychologues en charge des étudiants. Des médecins et des infirmières de soins assurent par ailleurs la surveillance de nombreux étudiants et les urgences sur le site. Prennent une part active à la prévention, également les représentants du personnel qui signalent aux médecins ou aux psychologues les personnes en difficulté. Les actions de prévention sont très personnalisées ainsi que la relation au travail. La direction est respectueuse des avis médicaux. Un manque en matière de pluridisciplinarité : il n'y a pas d'ergonome et les ingénieurs de prévention ne semblent pas formés aux questions de souffrance au travail.

Une question importante se pose dans ce lieu de travail d'Ile-de-France a priori préservé : Le degré de souffrance au travail et la violence des mécanismes observés dans le secteur privé des grosses entreprises, peuvent-ils être retrouvés dans cet établissement public d'environ 1000 agents fonctionnaires et contractuels où se côtoient des catégories socioprofessionnelles très diverses ?

grâce à la psychodynamique du travail, guide l'action des préventeurs et de l'agent lui-même pour trouver des solutions et retrouver la sérénité. L'absence d'organisation du travail rigide et irrationnelle asservie à la recherche de profitabilité et le renoncement à un management imposé pathogène, contribuent à préserver l'intégrité psychique des agents et la fonction du médecin de prévention. Ils lui autorisent une prise en charge généralement réussie de ces cas de souffrance. Cependant des politiques d'austérité qui seraient appliquées sans discernement et des projets récents d'externalisation, pourraient désorganiser des services, générant des souffrances pour ceux qui restent et de l'angoisse pour ceux qui risquent de perdre leur emploi (CDD).

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

On décide pour commencer, de compter les visites médicales à la demande pour des questions de souffrance au travail pendant toute l'année 2012.

Une clinique du travail basé sur la psychodynamique du travail (Christophe Dejourn et coll.) et des rudiments de psychosomatique psychanalytique (Pierre Marty) et de psychiatrie, sont les outils habituels utilisés pour établir les diagnostics et accompagner les patients. L'observateur est médecin du travail spécialiste diplômé (DES), formé auparavant à la psychiatrie, à la psychosomatique psychanalytique<sup>3</sup> et à la psychodynamique du travail.

Lors des entretiens, il s'agit toujours de reformuler l'analyse de la situation de travail faite par le patient, de mettre des mots sur des émotions et de cheminer ensemble pour comprendre l'émergence de la souffrance. Le but est de remettre en route la pensée du patient paralysée habituellement par l'émotion. Il doit pouvoir se raconter lui-même différemment le récit des événements et énoncer les issues possibles raisonnables pour tous. Le langage du médecin de prévention doit être adapté au langage du patient et à ses possibilités de représentations. Les notes prises peuvent être ultérieurement dactylographiées puis représentées au patient pour validation lors d'une séance suivante.

La confrontation du récit du patient se fait naturellement et subtilement avec le récit de la vie du service faite par les autres acteurs du lieu vus en visite systématique (tant que possible) et toujours avec les protagonistes du récit (collègue ou supérieur hiérarchique en cause éventuellement, chef de service) lorsque le patient est d'accord et qu'une médiation est désirée.

Le secret médical est respecté.

De ces entretiens et parfois même de quelques études de poste sur le lieu du travail, sont extraits :

- 1) Les symptômes de la souffrance
- 2) Les problématiques de travail repérées comme majeures quand elles existent
- 3) Les actions du médecin de prévention qui naissent des problématiques de travail, puisqu'il s'agit dans sa mission princeps de modifier le travail ou l'environnement de travail afin de préserver la santé de l'agent.

## RÉSULTATS

37 personnes ont consulté une ou plusieurs fois pour un motif requalifié par le médecin de « souffrance au travail » car observée sur le lieu du travail.

### Symptômes et analyse des situations de travail

| Les manifestations de souffrances au travail   |    |   |
|--|----|---|
| Angoisse et dépression : (degré varié)   | 21 | Alcool : 6  |
| Colère :   | 11 | (Inhibition du pouvoir d'agir, d'être muté, très fréquemment associé) |
| Angoisse isolée :  | 9  | Violence agie : 5   |
| Maladie somatique : (diabète, SEP, HTA, Hémorragie Utérine, AVC, Maladie de système x, TMS, Trouble visuel, Dermatose) | 7  | Psychose décompensée : 4  |
|  |    | Syndrome post trauma : 2  |
|  |    | Absentéisme : 2   |
|  |    | Insatisfaction : 1  |
|  |    | Désespoir : 0 ou 1  |

| Les conséquences redoutées du fait de leur gravité                            |   |   |
|---|---|---|
| Risque Suicidaire exprimé : (sans lien retrouvé avec la situation de travail) | 4 | Aggravation de pathologie psychiatrique : 4           |
| Risque de démission brutale :   | 0 | Aggravation d'un alcoolisme ou d'une toxicomanie : ?? |
| Risque de violence agie sur autrui :  | 3 | Alcool et/ou toxicomanie de novo : 0                  |
| Maladie somatique de novo : (HTA persistante - Hémorragie utérine)            | 2 | Procédure contre un collègue : 0                      |
| Risque d'aggravation de pathologie somatique chronique : (Diabète - SEP)      | 2 | Procédure contre l'employeur : 0                      |

La souffrance au travail pourrait sembler plus importante quantitativement dans cet établissement public (5% de l'effectif surveillé) que dans une collectivité inter-entreprises du secteur privé. Nous pensons surtout qu'elle s'exprime plus facilement auprès du médecin du travail d'un service autonome et dans un lieu de travail où les agents ne se sentent ni surveillés, ni menacés et où ils rencontrent souvent par hasard le médecin de prévention.

On peut remarquer l'absence presque totale de situation de désespoir en lien direct avec le travail. Un cas seulement, articulant un burn-out engendré par un hyper-investissement pendant des années suivi d'une crise liée à un défaut de reconnaissance par une nouvelle équipe de direction.

Aucune menace de démission brutale, aucune idée suicidaire générée expressément par un management inhumain. Aucune phobie du lieu de travail, excepté provisoirement pour 2 agents dans un contexte de syndrome post-traumatique consécutif à une maladresse de management suivie d'excuses. Ils finiront par revenir au travail.

### Problématiques de travail retrouvées (sur 37 situations analysées)

|   |    |  |   |
|---|----|--|---|
| Déficit de reconnaissance :   | 14 | Externalisation prochaine :                      | 3 |
| Conjonction d'un problème personnel (mal de vivre) + Pb travail (tout confondu) : | 9  | Expatrié récent :                                | 2 |
| Conflit avec un supérieur :   | 9  | Bouc émissaire :                                 | 2 |
| Stigmatisation :  | 8  | Burn Out :                                       | 2 |
| Conflit avec un collègue :  | 7  | Détachement non renouvelé :                      | 2 |
| Déficit d'encadrement :   | 7  | CDD non renouvelé :                              | 2 |
| Harcèlement ressenti :  | 6  | Sous charge de travail :                         | 2 |
| Sous-effectif (Maintenance - Restauration - RH) :                                 | 6  | Sanction professionnelle injuste :               | 1 |
| Désir de mutation empêché (Restauration - RH) :                                   | 6  | Menaces et insultes par l'encadrement :          | 1 |
| Brimades ou humiliations :  | 5  | Incompétence pour certaines tâches à accomplir : | 0 |
| Situation de handicap physique :  | 5  | Management normalisé :                           | 0 |
| Rupture amoureuse :   | 5  | Manque d'autonomie :                             | 0 |
| Alcool :  | 4  | Excès d'autonomie :                              | 0 |
| Isolement dans le travail :   | 4  | Objectifs inatteignables :                       | 0 |
| Désorganisation du service :  | 4  | Surveillance et contrôles rapprochés :           | 0 |
| Problème existentiel de thèse (doctorants) :                                      | 4  | Organisation du travail inhumaine :              | 0 |
| Problème personnel (mal de vivre) isolé :   | 4  | Management par la peur ou la menace :            | 0 |
| Psycho décompensée :  | 4  | Refus arbitraire de titularisation :             | 0 |
| Surcharge de travail :  | 3  | Licenciement pour faute :                        | 0 |
| Manque d'outils de travail :  | 3  | Mise au placard :                                | 0 |

Ces problématiques sous-jacentes à la souffrance se combinent de manière singulière et variée pour chaque personne.

Contrairement à la souffrance au travail dans certaines grosses entreprises, il n'y a pas de situations stéréotypées. On n'observe pas ici de problématiques de travail à dimension collective construite pour exercer une maîtrise des comportements et imposer des savoirs être, ou obtenir une productivité toujours plus élevée (Objectifs inatteignables, organisation du travail inhumaine, management par la peur et la menace, surveillance et contrôles rapprochés, licenciement pour faute, tous absents de ces situations.)

### Prise en charge par le médecin de prévention

Parce qu'il n'y a pas généralement de phobie du lieu de travail, très peu de patients sont déclarés inaptes temporaires. Les rares personnes concernées ont bénéficié d'un arrêt de travail et ont été suivis par ailleurs par un psychothérapeute, un psychiatre ou un médecin généraliste. La plupart des agents en souffrance restent en poste et ont plusieurs entretiens avec le médecin de prévention.

Contrairement aux inaptitudes prononcées dans le secteur privé, les actions du médecin de prévention dans cet EPST sont très variées, imaginées au cas par cas, afin de recréer du lien dans une relation qui évoluait artificiellement vers la défiance, la stigmatisation. Il s'agit de faire prendre conscience aux différents protagonistes que la situation peut évoluer différemment et dans un sens favorable pour tous.

### L'évolution des situations

Pas de démission brutale, pas de tentative de suicide. Pas de procédure engagée contre l'employeur ou contre des collègues.

Certains agents décident après réflexion de changer de lieu, d'autres le subissent suite à un non renouvellement de CDD ou de détachement.

3 fonctionnaires ont réléché et se sont préparés pour changer d'établissement, rapportant ultérieurement un mieux-être pour eux. 2 départs subis à la fin de la thèse avec retour bénéfique au pays natal. 2 départs suite à non renouvellement de CDD : employée réembauchée en CDI, satisfaite et soulagée, mais un cadre senior, en chômage prolongé après un échec ailleurs, et de ce fait toujours en difficulté.

Changements de service ou réorganisation au sein d'un service, en général positifs (sauf 1 cas sur 4).

Dans plus de la moitié des cas, à l'aide d'entretiens, évolution des points de vue de personnes en conflit qui acceptent de se réconcilier et de continuer à travailler ensemble. Arrêts de la consommation d'alcool avec accord de prise en charge spécialisés, considérés comme des réussites même si leur équilibre est fragile.

Les situations bloquées le sont parfois à cause de personnalités pathologiques, généralement les n+1 des patients en souffrance, ou plus rarement de simples collègues qui restent dans leur entourage de travail et que l'administration n'ose ni muter, ni sanctionner. Avant cette étude, en 2011, la mutation d'une employée peu qualifiée, obtenue sur demande du médecin de prévention, avait eu un résultat positif faisant disparaître une souffrance collective pour les 15 personnes de sexe féminin dont elle était chef d'équipe. La personne maltraitante était redevenue « normale » dans son nouvel environnement de travail où elle ne côtoyait désormais que des hommes et n'encadrerait plus personne.

Donc au total, 31 personnes apaisées au sein de l'établissement (sur 37) dont 5 suite à des départs, 3 décidés par l'agent et 2 prévisibles (fins de thèse).

Deux issues douloureuses par CDD non renouvelé (1 cadre et 1 employée). A noter que la souffrance dans ces deux cas était alimentée justement par le non renouvellement du CDD. Restent 9 personnes au sein de l'établissement dont l'état de santé psychique est fluctuant (structures psychotiques, antécédent de traumatismes, porteurs de maladies chroniques,...) et qui nécessitent un suivi plus rapproché. Ils représentent 1% de l'effectif surveillé.

## CONCLUSION

La souffrance au travail existe dans cet établissement de 1000 agents et est exprimée en 2012 par environ 5% de l'effectif.

En revanche, la violence du management et de l'organisation du travail devenue banale depuis 10 ans dans de grandes entreprises, n'a pas été retrouvée en 2012 dans cet établissement public parmi les problématiques générant de la souffrance au travail.

Corrélativement, l'évolution de ces situations, à condition qu'elles soient prises en charge, n'est pas aussi dramatique. Le médecin de prévention et les autres acteurs de la prévention, soutenus par les collectifs de travail, arrivent à endiguer cette souffrance en modifiant durablement l'environnement de travail. Ceci est probablement le résultat au niveau collectif d'une qualité conservée des relations au travail et de traditions de courtoisie dans cet établissement.

Des signes de dégradations existent cependant. Le renouvellement progressif du personnel vieillissant titulaire par du personnel plus jeune sur contrat précaire (notamment pour l'encadrement), non porteurs des mêmes valeurs ou traditions, et anxieux de garder un emploi, y contribue sûrement. Des projets d'externalisation et de nouvelles mesures d'austérité, commencent aussi à désorganiser l'ensemble. La souffrance au travail liée à tout cela semble pointer en 2012 avec l'apparition comme problématiques de travail de : sous-effectifs, de surcharges de travail, d'une volonté nouvelle de développer la polyvalence et la normalisation de procédures.

1) Lagny I, Inaptitude : pour quoi faire ? (2009), in La violence faite au travail, *Pratiques*, 47 : 54-55.  
2) Voir aussi sur cette population, les travaux antérieurs du même auteur : Isabelle Pourmir (Lagny), Jeune chercheur, souffrance identitaire et désarroi social, Ed. L'Harmattan, 1998.  
3) Lagny I, Archéologie de la psychosomatique, essai, (2007) in Pour une histoire de la psychosomatique, *Psychiatrie Française*, Vol. XXXVIII 5/07 : 7-67.