

**Université Abderrahmane MIRA-BEJAIA**

**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**

**Département des Sciences Sociales**



## **MEMOIRE DE FIN DE CYCLE**

En vue d'obtention du diplôme en Master 2

**Option : Sociologie de la Santé**

### **Thème**

**L'apport de la médecine du travail face aux Risques  
Psychosociaux chez les salariés de l'usine du Groupe Kernou Aluminium**

**Cas pratique : Usine Kernou Aluminium**

Préparé par :

**SICAVEL Laércia da Rosalina Abel Carlos**

Encadré par :

**Mme Khierredine Naima**

*Bejaïa - Année Universitaire 2020/2021*

## **Remerciements**

*Waouh, la liste est grande pour les remerciements.*

*Mais la première personne dont je veux remercier c'est mon oncle qu'est devenu mon père et ma mère, JOAQUIM JOSE LEUANE ; il a depuis que je suis toute petite été mon inspiration et un exemple à suivre, à lui je dis merci d'avoir cru en moi, merci de m'avoir toujours encouragé à rêver grand et ne jamais désister, merci de me soutenir tous les jours, merci de rêver des plus grands rêves pour nous tes enfants, et de se sacrifier pour nous.*

*Deuxièmement je veux remercier une sœur de l'église catholique de Xinavane, qui s'est rappelé de moi dès l'instant qu'elle a vu le concours pour la bourse, irma FELISMINA merci ; Merci également à ma tante qui est devenue une mère et qui a fait ses documents arriver à moi pour que j'aie la bourse d'études, tia TRISTEZA merci.*

*Merci à ma famille, ma grand-mère Isabel ; à ma grande sœur Catiça, à ma petite sœur Mirella ; à mon grand frère bien-aimée Nicolau, merci à mon frère chéri Lauro Carilho. Merci à mes deux amies que depuis le lycée ont été une très grande influence dans ma vie pour que je rêve grand Litaya et WAWA merci.*

*Une reconnaissance très particulière au Mr. Haderbache, qui a été un envoyé de DIEU pour m'aider, sans lui mon mémoire ne serait pas de tout possible je suis vraiment reconnaissante. Merci au Mr. Tayed pour l'assistance et le stage, merci à Celia et Ali Ik pour l'assistance tous les jours de mon stage. Merci au Professeur Derradji pour son accueil et aide dans ce travail.*

*Un merci spécial et chaleureux à Mme Khierredine d'avoir acceptée d'être mon encadreur et d'avoir été si bonne et compréhensive avec moi.*

*Je rends Grâce à Dieu pour la famille des Rachetés, votre soutien en prière et en tout ce que j'avais besoin, Merci Tonton Caleb Kabayo, merci collègue Roberto Jr, merci Elijah Yannick, merci aux filles « Virtuosas Ungidas », merci à tous ceux qui m'appellent mère dans la foi et qui ont toujours cru en moi, je cite Erole, Diana, Moses, Cathy, Solange, Angélica, Margarida. Un grand merci à mon ami Nelson Muzilla, à ma chère amie Géssica Cleide et mon mano Azaldo.*

*Je vous porte tous dans mon cœur.*

*Que la GLOIRE de ce mémoire, la réalisation, tous les éloges reviennent à la seule personne digne d'en recevoir : JESUS-CHRIST.*

## Dédicace

*Je dédie ce travail à une petite communauté de nom XINAVANE ; qui se situe au Mozambique, province de Maputo, District de Manhiça.*

*Je les dédie ce travail, car pour des gens comme moi, venant d'une famille non riche et sans bonnes conditions financières pour faire des très hautes études, et encore être naît dans un endroit où on ne fait pas mention, on pouvait croire que notre destiné est celle de demeurer pauvre et ne pas avoir des grands rêves, mais aujourd'hui je suis un exemple pour eux tous, je suis la preuve vivante que c'est possible et que nous pouvons aller loin et atteindre de très grandes choses si seulement nous croyons en nos rêves et que nous nous levons à la poursuite des mêmes.*

*Faire un master peut sembler quelque chose ordinaire et banal pour certaines, mais pour nous de XINAVANE, c'est un gain, alors je les dédie ce travail et je les dis ceci : n'abandonnez pas, ne rêvez pas des petites choses, ayez des grands rêves, croyez en vous, encouragez vous-mêmes chaque jour et dites-vous que vous arriverez, parce que c'est possible.*

*Ce travail est dédié à tous ceux qui ont des rêves, des projets, mais que les mêmes semblent très grands et impossible d'atteindre, ce travail est dédié à tous ceux qui à cause de leur situation financière ne peuvent pas réaliser leurs rêves ; à ceux qui à cause d'où ils sont nés ils ne se voient pas faire de grandes choses, mais je dis ceci : ta position actuelle, ou tes origines, ne détermineront pas ton futur si tu choisis de faire la différence, que tes origines, la pauvreté, le manque, que l'excès de tout cela te pousse à vouloir le meilleur pour ton futur et tes futures générations.*

*Je dédie ce travail aussi, à tous mes frères et sœurs dans la foi en CHRIST, et dire que DIEU veut tirer GLOIRE dans vos études, quand nous traversons des moments difficiles et des fois Dieu se sert de nous pour édifier et aider tant des gens, nous commençons à croire que le Seigneur ne porte pas son regard sur nos études, mais cela n'est pas vrai car il est écrit dans les sacrés écritures de la bible dans le livre d'Esaië chapitre 43 : 7 : « je vous ai fait pour ma gloire » dans tout, Dieu veut que vous puissiez réussir et Lui rendre la Gloire. Vos croyez en DIEU, c'est bien, vous lui servez c'est bien mais des fois on croit qu'il n'est pas avec nous dans nos études, mais c'est faux, je suis la preuve que notre DIEU est vivant et qu'il est GLORIFIE dans ce mémoire. « Celui qui vous a appelé depuis la fondation du monde, celui qui a commencé*

*le bon œuvre en vous, il sera sûr de l'accomplir et de la rendre parfaite jusqu'à l'avenir de  
notre Seigneur JESUS – CHRIST »*

## Liste des abréviations

<b>ANACT</b>	Agence National pour l'Amélioration des Conditions de Travail
<b>ARACT</b>	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
<b>AT/MP</b>	Accidents de Travail/ Maladies Professionnelles
<b>BTP</b>	Bâtiment de Travail Public
<b>ERI</b>	Efforts Reward Embalance
<b>CNAS</b>	Caisse Nationale des Assurances Sociales
<b>CAAT</b>	Comportements Antisociaux au Travail
<b>CHS</b>	Commission d'Hygiène Sécurité
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
<b>DP</b>	Délégué du Personnel
<b>GESIM</b>	Groupement des Entreprises Sidérurgiques et Minières
<b>GKA</b>	Groupe Kernou Aluminium
<b>HSE</b>	Hygiène Sécurité Environnement
<b>INHS</b>	Institut Nationale d'Hygiène et de Sécurité
<b>INERIS</b>	Institut Nationale de l'Environnement Industriel et des Risques
<b>INRS</b>	Institut National de Recherche et de Sécurité
<b>IRP</b>	Instance Représentative du Personnel
<b>IPRP</b>	Intervention de Prévention des Risques Professionnels
<b>INRP</b>	Intervenant Spécialisé dans la Prévention des Risques Professionnels
<b>JMT</b>	Journal de la Médecine de Travail
<b>LEST</b>	Laboratoire d'Economie et de Sociologie de Travail
<b>OIT</b>	Organisation Internationale du Travail
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OBSE</b>	Organisation Based Self Esteem
<b>OPPBTP</b>	Organisme Professionnel de Prévention de Bâtiment et de Travaux Publics
<b>ONIMET</b>	Organisme National Inter Entreprise de Médecine de Travail
<b>PAE</b>	Programme d'Aide aux Employés
<b>PST</b>	Psychologie de la Santé au Travail
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>SNCF</b>	Société National Chemin de Fer
<b>SST</b>	Santé Sécurité du Travail

<b>SMT</b>	Service de Médecine du Travail
<b>SNS</b>	Société National de Sidérurgie
<b>TCC</b>	Thérapie Cognitivo-Comportemental
<b>TMS</b>	Troubles Musculo-Squelettiques
<b>RPS</b>	Risques Psychosociaux
<b>RH</b>	Ressources Humaines

## Liste des figures

Figure 1 : Formalisation du risque .....	23
Figure 2 : Domaines des facteurs de risques psychosociaux .....	25
Figure 3 : Modèle de karasek du stress au travail (job strain).....	46
Figure 4 : Modèle de Siegrist : déséquilibre entre l'effort et la reconnaissance au travail. ....	51
Figure 5 : Indicateurs des risques psychosociaux .....	54
Figure 6 : Phases et étapes de la démarche globale de prévention des RPS .....	62
Figure 7 : Approches et objets étudiés dans la prévention des RPS.....	67
Figure 8 : Champs d'action dans la prévention des RPS .....	71
Figure 9 : Intervention du psychologue du travail - La démarche .....	83
Figure 10 : Intervention du psychologue du travail - Les Outils .....	84

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Exemples de risques selon les facteurs associés, les modes de médiation et les atteintes à la santé.	29
Tableau 2 : Référentiel des champs d'influence et des déterminants des RPS	70
Tableau 3 : Perception Des Risques Professionnels Selon Les Catégories Socioprofessionnelles	107

# Sommaire

<b>Remerciements .....</b>	<b>1</b>
<b>Dédicace.....</b>	<b>2</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>4</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>6</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>7</b>
<b>Sommaire .....</b>	<b>8</b>
<b>Introduction générale.....</b>	<b>11</b>
<b>PARTIE THEORIQUE .....</b>	<b>13</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>14</b>
Préambule.....	15
1- Raisons du choix du thème.....	15
1.1- Raisons objectives .....	15
1.2- Raisons subjectives :.....	16
2- Objectif de la recherche.....	16
3- La problématique.....	16
4- Les hypothèses .....	21
5- Définitions des concepts :.....	22
5.1- La médecine du travail :.....	22
5.2- Le médecin du travail.....	22
5.3- Travail .....	22
5.4- Usine .....	22
5.5- Risques professionnels .....	22
5.6- Des risques professionnels aux RPS <sup>4</sup> .....	23
6- La méthode et technique.....	26
6.1- Méthode .....	26
6.2- Technique.....	26
7- Les difficultés rencontrées :.....	27
<b>CHAPITRE II : LA MÉDECINE DU TRAVAIL.....</b>	<b>28</b>
Préambule.....	29
1- La médecine du travail dans le monde .....	29
2- Organisation de la médecine du travail .....	33
2.1- Le poste du travail .....	33
2.2- Le dépistage.....	33

2.3-	Diagnostic primaire .....	33
2.4-	Analyse ergonomique approfondie.....	34
2.5-	Evaluation de l'état de santé de l'homme.....	34
2.6-	Formulation de l'avis d'aptitude .....	36
3-	La psychologie de la santé au travail (Occupational health psychology).....	37
4-	Psychothérapies cognitivo-comportementales .....	38
4.1-	Comment se déroulent ces thérapies ?.....	38
	Conclusion de chapitre .....	40
	<b>CHAPITRE III : LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX.....</b>	<b>41</b>
	Préambule.....	42
1-	Terminologie des effets des RPS .....	43
1.1-	Le stress .....	43
1.2-	Le mal-être, la souffrance.....	46
1.3-	L'épuisement professionnel (burn-out) .....	47
2-	Les indices et indicateurs des RPS .....	51
2.1-	Les exigences du travail .....	52
2.2-	Les exigences émotionnelles .....	52
2.3-	Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre .....	52
2.4-	Les rapports sociaux et les relations de travail .....	52
2.5-	Les conflits de valeur.....	53
2.7-	L'insécurité de l'emploi et du travail .....	53
3-	Les conséquences des facteurs psychosociaux au travail .....	54
3.1-	Conséquences psychologiques .....	54
3.2-	Conséquences comportementales .....	56
3.2.1-	Rendement du travail.....	56
3.2.2-	Absentéisme et turn-over.....	57
3.2.3-	Tabac excessif et consommation d'alcool.....	58
3.2.4-	Troubles somatiques chroniques .....	59
4-	Préservation de la santé psychologique et Prévention des risques psychosociaux.....	59
4.1-	Types et niveaux de prévention.....	60
5-	Les composantes positives de la santé psychologique .....	73
5.1-	Bien-être au travail .....	73
5.2-	Bon travail, Beau travail.....	74
5.3-	Reconnaissance, identité.....	74
5.4-	L'estime de soi, la santé, le travail .....	75
	Conclusion du chapitre.....	76

## **CHAPITRE IV : L'APPORT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL FACE AUX RPS ... 78**

Préambule.....	79
1- Quelle aide peut apporter le médecin du travail en cas des salariés atteint des RPS ?.....	79
2- La conduite à tenir du médecin du travail :.....	82
3- Le rôle du conseiller en prévention psychosocial (psychologue du travail).....	83
4- Un exemple de sensibilisation aux RPS .....	84
5- L'appropriation de la catégorie RPS par les acteurs de l'entreprise : enjeu social ou du travail ? 87	
Conclusion du chapitre.....	91

## **CHAPITRE V : LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LES RPS EN ALGÉRIE ..... 92**

Préambule :.....	93
1- L'évolution de la Médecine du Travail en Algérie.....	93
2- Etat des lieux actuels de la couverture sanitaire en milieu du travail.....	94
3- Le financement de la médecine du travail.....	95
4- Organisation nationale de la médecine du travail.....	95
5- La formation en médecine du travail.....	96
6- Le statut de Médecin du Travail.....	96
7- Les tâches du médecin du travail.....	97
7.1- Les missions en milieu de travail.....	97
7.2- La prévention en médecine du travail.....	98
7.3- Moyens d'action du médecin du travail pour l'efficacité du tiers temps .....	98
8- Les missions médicales .....	98
9- Les risques psychosociaux en Algérie.....	100
9.1- Des études menées en Algérie sur les RPS.....	100
Conclusion du chapitre.....	104

## **CHAPITRES VI : PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES DE LA PRÉ-ENQUÊTE ..... 105**

Préambule.....	106
1- La pré-enquête : .....	106
2- La Présentation des enquêtés .....	107
3- Discussion des résultats de la pré-enquête .....	115

## **Conclusion générale ..... 118**

## **Liste des références ..... 121**

## **Annexe ..... 125**

## Introduction générale

Depuis des décennies le monde du travail connaît de nombreuses mutations. Ces mutations peuvent être bonnes ou mauvaises selon le contexte. Avec la mondialisation, l'arrivage des nouvelles technologies, les moyens de production et moyens de travail, nous nous retrouvons face à de nouvelles méthodes de travail ainsi que des qualités à avoir pour occuper un poste précis. Avec l'évolution, l'Homme se développe, s'adapte à son milieu, se forme et se transforme avec des recherches et des attentes de vie qui change de jour en jour. Il n'est pas d'aujourd'hui que le monde connaît des problèmes liés à la santé de la population active, et ces mêmes problèmes de santé sont directement liés à son travail, maladies et accidents de travail, et cela met l'Homme dans une position de crainte en relation à son propre lieu de travail, le milieu de travail est vu comme un endroit où les travailleurs sont productifs, où ils apprennent et ils avancent différemment. Mais de nos jours, il n'en est véritablement pas ainsi. Le milieu de travail est devenu l'un des endroits les plus dangereux à cause du danger constant dans lequel les travailleurs se trouvent souvent ; comme si l'individu quittait chez lui sans avoir l'assurance qu'il rentrera sain et en sécurité. Pendant des années, certaines des professions étaient directement liées au danger, car les travailleurs y étaient constamment exposés. Mais, aujourd'hui, ce n'est plus le cas : la quasi-totalité des professions embarque avec elles un danger quelconque. Les accidents de travail étaient généralement causés par des matériaux chimiques et biologiques ou des conditions de travail précaires qui exposaient l'Homme au danger. Mais, il est de savoir s'il est en sécurité ou s'il se sent en sécurité. Vu le nombre de pathologies liées au travail, les États, les entreprises, les organisations et les experts prévoient l'installation d'un service de santé au sein même des entreprises afin d'aider les travailleurs et réduire le nombre exubérant d'accidents de travail. Ces services sanitaires varient d'une entreprise à l'autre. En Algérie, certaines entreprises s'associent afin d'avoir un service commun de médecine du travail disponible pour les travailleurs. Il est important de souligner que c'est une obligation imposée par la loi, les médecins du travail sont donc disponibles pour les travailleurs. Leur champ d'action est préventif mais aussi curatif car ils préviennent les risques et danger et interviennent en cas de blessure, accident ou problème quelconque. Ils ont un rôle très important dans la promotion et le maintien de l'état de santé des travailleurs. Grâce à leur savoir-faire ils équipent les travailleurs au travers de séminaires préventif sur comment s'éloigner et éviter les risques, et les mesures liées aux équipements pour les maintenir prêts en cas de danger. Ainsi donc, les travailleurs sont sensibilisés et aidés en ce qui concerne les dangers physiques. Mais,

le monde du travail se heurte à des nouveaux risques qui prennent de plus en plus de l'ampleur, ce sont les risques dit psychosociaux.

Ces risques psychosociaux sont des contraintes professionnelles qui touchent et influencent négativement la santé, la motivation, la production, l'efficacité des travailleurs en milieu de travail. Ces risques comme le nom les désignent psycho – touchent la dimension psychologique et psychique de l'être humain, et au même temps sociales touchant la société ainsi que la socialité, c'est-à-dire qu'en attaquant le psychique ils peuvent pousser la personne à s'isoler, à être asociale, à la dépression, solitude, etc., la société est donc touchée de conséquences engendré par ces risques en effet l'utilité d'un individu est directement proportionnelle à sa capacité à se socialiser avec les gens ; avec sa capacité de raisonner, si un travailleur est atteint des RPS et qu'ils soient dans un stade avancé, sa capacité productive peut non seulement toucher l'entreprise, mais aussi la cellule familiale et la société, car si au sein de la société on comptait sur lui, sa mise à l'écart aura un impact négatif sur les autres. En effet, la santé mentale est très importante et est un sujet sur lequel nous devons prêter attention très particulière, car il n'est toujours pas facile de maintenir un équilibre psychique permettant de produire et d'être utile dans son milieu. Dans le milieu de travail plusieurs facteurs peuvent être à l'origine des RPS, comme la nature du travail en soi, le milieu de travail, les conditions de travail, les relations entretenues au sein du travail, la surcharge du travail, etc., et ces facteurs conduisent à de très graves conséquences.

Ce mémoire est dédié à l'étude de la médecine du travail et son rôle dans les entreprises pour aider dans la maîtrise des RPS ; le travail est donc divisé en six chapitres dont :

- Le premier chapitre qui définit le cadre méthodologique de la recherche ;
- Le deuxième chapitre qui présente la partie théorique de la médecine du travail et la psychologie du travail ;
- Le troisième chapitre est consacré à la partie théorique des risques psychosociaux
- Le quatrième chapitre est consacré à l'étude de l'apport de la médecine du travail en cas des RPS
- Le cinquième chapitre a été exclusivement dédié à la présentation de la médecine du travail en Algérie ainsi qu'à la présentation de certaines études sur les risques psychosociaux ;
- Et nous retrouvons enfin, le sixième chapitre qui est se chargera de la présentation, discussion des entretiens de la pré-enquête ; et pour nous avons une conclusion générale.

# **PARTIE THEORIQUE**

# **CHAPITRE I : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE**

## Préambule

Ce chapitre est consacré à la présentation du cadre méthodologique de la recherche à travers lequel nous développerons les points suivants : les raisons de choix du thème, l'objectif de la recherche, la problématique, les hypothèses, la méthode et la technique utilisée, la définition des concepts et mots clés, le choix de la population d'étude, ainsi que les difficultés rencontrées.

### 1- Raisons du choix du thème

#### 1.1- Raisons objectives

1. **Pour l'entreprise et sur le plan économique** : on s'est intéressé à ce thème afin de relever le fait que les risques psychosociaux en affectant travailleurs amènent l'absentéisme ou le présentéisme (se rendre au travail avec un problème physique ou psychologique, ce qui empêche d'être productif) cela influence automatiquement la production et la rentabilité, car des fois les travailleurs sont présents mais ils ne produisent pas, et d'autre côté leur absence peut causer un dysfonctionnement au sein de l'entreprise car le temps de trouver une autre personne pour faire le travail de celui qui est absent, les autres sont en surcharge car il faut combler le vide laissé par l'absent pour ne pas accumuler le travail. Que sera pour ceux qui devront combler le vide pour ne pas accumuler le travail ; ces facteurs peuvent donc coûter cher à l'entreprise et même baisser leur image et crédibilité auprès de leurs acheteurs.
2. **Sur les coûts des RPS** : d'après une étude menée au sein de la wilaya de Bejaia sur l'évaluation socioéconomique du stress professionnel (KANDI M. (2017/18)), l'estimation du coût est d'un milliard et demi de dinars (population active affiliée à la CNAS), donc, l'étude de ces risques pourra réduire le taux de risque et améliorer l'économie.
3. **Pour la spécialité** : étant donné que la sociologie de la santé étudie les différentes mutations dans le monde du travail afin d'aider dans la promotion de la santé (absence d'infirmité) des travailleurs en milieu de travail, cela vient donc inciter les chercheurs et les étudiants de cette spécialité à étudier de façon à améliorer les conditions de travail, le bien-être des salariés et apporter des chiffres sur les RPS au sein de la société Algérienne en démontrant l'importance de veiller sur sa santé. Alors avec un regard des

professionnels formés en sociologie et en santé, ce travail vise à amener plusieurs à s'engager dans ce sujet afin d'augmenter les chiffres déjà existants et innover au sein de la spécialité.

### 1.2- Raisons subjectives :

1. Désir de connaître davantage sur la santé mentale des travailleurs en milieu de travail ;
2. En voulant avoir des connaissances sur les risques psychosociaux et savoir comment un sociologue de la santé peut intervenir, acquérir des connaissances sur la médecine du travail afin d'enseigner la société qui croit toujours qu'il faut supporter tout en milieu de travail, et ceux qui n'arrivent pas à se confier aux psychologues du travail, comme c'est le cas dans la communauté où je suis née.

## 2- Objectif de la recherche

- Mettre au point l'importance du médecin du travail en confrontant la théorie et ce que font les médecins dans la réalité ;
- Élargir la connaissance sur la médecine du travail : son rôle au sein des entreprises, ses avantages pour les travailleurs et son apport pour le maintien de la santé et le bien-être des travailleurs ;
- Apporter de la connaissance aux travailleurs afin qu'ils puissent se confier au médecin, le voir comme un ami pour eux favorisant leur bien-être et leur aptitude dans les postes de travail ;
- Faire connaître la relation du médecin du travail avec le psychologue du travail, comment ces deux métiers interagissent pour parvenir à aider les salariés en situation de risques psychosociaux ;

## 3- La problématique

Tout Homme sur terre est de nature active, et nous constatons cela dès l'enfance jusqu'à l'âge adulte, il existe dans l'Homme des besoins fondamentaux, dont il passe la vie à en rechercher la satisfaction et/ou réalisation. Maslow (**Abraham Maslow, 1943**), un psychologue

américain, a classé les besoins fondamentaux de l'homme en cinq catégories et selon l'ordre de priorité. Ces besoins sont conditionnés, c'est-à-dire, la satisfaction des besoins du premier niveau va conditionner la passation au niveau suivant. Dans cette recherche vers la satisfaction de ses besoins, l'Homme cherche un travail qui sera pour lui une source de revenu pour subvenir à ses besoins, mais la chasse de ce travail peut emmener l'Homme à se soumettre à des conditions de travail pénibles et voire même préjudiciables à sa santé, et l'on pourrait dire que le travail devient une torture pour l'homme vu les choses qu'il subit. Mais, chaque société et/ou culture définit le travail différemment, pour certaines, le travail est un moyen de se réaliser soi-même et pour d'autres c'est juste un passe-temps. Une chose est certaine, le travail joue un rôle très important dans la vie d'un Homme, les gens passent huit heures ou plus de leur jour sur leur lieu de travail. Des études nationales et internationales ont démontré que le travail est un élément essentiel pour rester en bonne santé, ces études démontrent que les personnes qui travaillent vont globalement mieux que les personnes qui ne travaillent pas. Le travail en soi peut être bénéfique ou non, mais cela dépend de l'activité que l'individu pratique et les conditions dans lesquels il effectue son travail, car les conditions de travail sont très importantes pour l'épanouissement au travail, au cas contraire ça peut engendrer des accidents de travail, provoquer des maladies professionnelles, mettre les salariés en constant danger ce qui détériore le sentiment de sécurité dans leurs milieux de travail.

En Algérie, la **Loi n°88-07 du Janvier 1985** décrète (Journal de la République Algérienne); que l'organisme employeur est tenu d'assurer l'hygiène et la sécurité des travailleurs, des locaux affectés au travail.

Certes, la loi protège la santé des travailleurs, ainsi comme les organismes employeurs cherchent à coopérer pour une ambiance de travail favorable pour la santé, « mais la santé s'avère multidimensionnelle, à la fois physique et psychologique. C'est pour prendre en compte l'influence des conditions de travail sur la santé mentale des salariés qu'est apparue progressivement en Europe la notion de risque psychosocial ((LEFEBVRE & MATTHIEU 2015); cette notion désigne un ensemble de phénomènes qui affectent principalement la santé mentale des travailleurs dont les contours restent relativement vagues». Ces risques naissant à partir de plusieurs facteurs tels que les conditions de travail, les exigences du travail, les exigences émotionnelles, la surcharge du travail, manque d'autonomie, des conflits entre des collègues et/ou avec les supérieurs, etc., en effet, il est important de savoir que le travail offre à la fois des ressources et des exigences. La particularité des RPS avec d'autres risques c'est qu'ils sont difficiles à détecter, il est plus facile de voir une injurie physique, qu'un manque de motivation,

une dépression, un épuisement, du stress. Les RPS commencent de manière particulière dans le psychique de la personne, mais les conséquences peuvent s'étendre à d'autres personnes. Si par exemple le travailleur est demandé de remplacer un autre travailleur, un autre jour il est demandé de faire des heures supplémentaires, plus l'on exige de lui et qu'il essaye de correspondre, il exerce une pression sur lui-même mais jusqu'à quand pourra-il supporter ? Ou encore s'il se voit inapte ou incapable d'accomplir certaines tâches ça peut provoquer la frustration et le stress, causer une insécurité et ces problèmes peuvent toucher son foyer, si au travail il n'est pas épanoui, tant qu'il n'en n'a pas parler à quelqu'un les problèmes peuvent s'aggraver, il peut être en phase de stress professionnel, l'épuisement professionnel (burn-out), etc., et ça ne s'arrête pas là, en devenant pire il peut avoir des troubles psychosomatiques ou des troubles musculo-squelettiques.

La question des RPS est à prendre au sérieux pour en préserver le bien-être mental des travailleurs, pour contribuer à leur épanouissement, en effet, si le travail réunit des efforts pour la prise en charge, le contrôle des salariés le problème peut être repéré dès sa genèse et ça pourra aider le salarié avant que cela ne devienne grave.

Au sein des entreprises, nous trouvons des services de médecine du travail où nous trouvons le médecin du travail ainsi que le psychologue du travail, qui sont là pour soigner les salariés et les aider dans tous ce qu'est problème en relation avec le travail.

L'organisation de la médecine du travail en Algérie reposait jusqu'à 1971 sur 8 associations interprofessionnelles qui touchaient des corps de métiers plus ou moins apparentés comme les bâtiments et travaux publics en région d'Alger, port de Skikda et ainsi de suite. Mais à compter du 1er Mars 1971, ces organismes qui étaient semi publics ont été sous le contrôle du Ministère du Travail et des Affaires Sociales. A partir de 1974, on voit la création des centre médico-sociaux, et à partir de 1979, les services de médecine du travail ont commencé à être mis en place au sein des Secteurs Sanitaires ( **Journal Officiel de la République Algérienne**), et au fur et à mesure la médecine du travail gagnait donc sa place au sein des entreprises jusqu'à ce qu'elle est devenu partie obligatoire des entreprises car le service de médecine du travail est là pour promouvoir et maintenir le plus haut degré de santé physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions ( **Ministère de la Santé Publique, 1989**) cette définition est aujourd'hui utilisé dans plusieurs pays comme étant la base pour les praticiens de la médecine du travail, c'est un engagement qu'ils ont avec la société, les travailleurs et l'Etat. « Le service de médecine du travail est installé dans les structures du secteur sanitaire et peut intervenir de trois manières différentes : la prise en charge soit par l'affectation des

médecins dans les entreprises, par une prise en charge indirecte en veillant simplement à l'intégration des activités de médecine du travail au sein du centre médical de l'entreprise ou encore par la prise en charge directe (Journal de ; a République Algérienne) ». Elle permet l'intégration progressive des activités telles que les visites d'embauche, périodiques, spontanées, de reprise. D'après l'article 14 de la réglementation de la république algérienne, la médecine du travail a pour mission de préserver la santé du travailleur au travail en lui évitant toute altération physique ou mentale, en surveillant son adaptation et en le préservant des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Mais en ce qui concerne la santé mentale du travailleur qui est ce que nous allons traiter dans ce travail, le médecin du travail n'est pas complètement habilité pour soigner, malgré que son agir soit curative et préventive, pour la santé mentale nous trouvons au sein des services de médecine du travail un psychologue du travail et des organisations ou psychologue de santé au travail. Cela dépend de chaque organisme, car le psychologue peut intervenir quand il est appelé ou alors faire partie du service de médecine du travail, dans le cas de l'organisme qui nous a reçu pour notre recherche, il est en collaboration avec d'autres entreprises et ensembles ils détiennent un service de médecine du travail qui compte avec un psychologue clinique.

La psychologie de la santé au travail se définit comme étant le résultat des interactions et des interrelations entre l'ensemble des spécialités telles que la psychologie de la santé, la psychologie du travail et de l'organisation, la médecine du travail et la santé au travail. Elle propose des programmes et des prises en charge ayant comme objectif l'amélioration des conditions de travail physique et psychosocial et cela pour le développement de la santé physique et mentale des travailleurs dans leur milieu de travail. Les risques psychosociaux, en effet, affectent toutes les entreprises dans le monde entier, et ils font l'intérêt de plusieurs études vu l'ampleur que ces risques commencent à avoir en milieu de travail ainsi que la manière dont les mêmes peuvent atteindre la société de manière générale et entraîner des troubles graves. En Algérie, il y a de plus en plus des recherches qui tourne le regard vers ce sujet, nous avons trouvé plusieurs mémoires de fin d'étude et de thèses consacrés à l'étude des risques psychosociaux, tel est le cas de ces travaux sur le stress professionnel, l'évaluation de ces risques, évaluation socio-économique du stress professionnel au niveau de la wilaya de Bejaia (**M. KANDI, 2017/18**), risques psychosociaux dans le milieu hospitalier(**BENAMEUR O. 2016/17**) risques psychosociaux en pratique soignante, l'impact du changement organisationnel sur les risques psychosociaux au travail (**MEKBEL L. KHESRANI D. 2019/20**), portant nous n'avons pas trouvé des matériaux concernant la médecine du travail, dans les travaux cités au-

dessus, la médecine du travail est tenue comme partie importante dans la prévention des RPS ; la médecine du travail est citée comme un acteur dans la prévention de ces risques, et un acteur externe qui est distancié des situations de travail, et qu'ils donnent des pistes d'action issues d'expérience éprouvées dans d'autres entreprises et il réalise des actions comme la sensibilisation et le suivi de leur état de santé (Gérard V. & Sylvain L. 2012) ou encore le travail sous la direction de (Christine L. & Sonia L. 2014) où ils affirment que « *le médecin du travail est doté d'une compétence d'alerter l'employeur ou les représentants du personnel pour éviter l'apparition de toute pathologie et leur aggravation* » nous n'avons rien trouvé traitant sur la médecine du travail comme sujet principal de recherche, cela nous a poussé à chercher à savoir tout sur elle et son apport sur de ces risques psychosociaux.

La présente recherche s'intéresse aux risques psycho-sociaux au sein de l'usine du groupe Kernou Aluminium, qui nous a permis d'être en contact direct avec le médecin du service de médecine du travail de Tala Hamza et au prof de médecine Derradj, pour approfondir sur l'apport de la médecine face à ces risques.

GKA (Groupe Kernou Allumiun) est une entreprise privée qui se consacre à la production d'une solution globale en ce qui concerne les systèmes de volets roulants (Coffre ALU/PVC, lame injectée, lame extrudée, kit, moteur tubulaire, moustiquaire etc...). Reconnaissant les efforts humains, pour la réalisation des travaux ainsi que du matériel pour la production, les responsables de cette entreprise s'engagent dans une politique de qualité et d'efficacité ils sont dans un processus constant d'amélioration et développement dans l'objectif unique de satisfaire leurs clients.

Lors des entretiens exploratoires, il est apparu que les supérieurs hiérarchique des ouvriers ne permettent pas aux ouvriers de faire une consultation médicale en cas de problème, et la justification est qu'il n'y a pas le temps d'arrêter le travail et consulter le médecin, de plus, les ouvriers voient le médecin quand il est question de vérification des aptitudes, l'heure d'une visite obligatoire, c'est à cet instant qu'ils profitent d'avoir une conversation avec le médecin et le psychologue du travail. Nous avons donc constaté que le médecin a un rôle plus large qu'imaginé ou cité dans certaines travaux, en fait le médecin du travail utilise de la psychologie avec les travailleurs, on peut dire qu'il devient le pont entre le salarié et le psychologue du travail et interviewé, il nous disait : « si j'exerce uniquement la technique du savoir-faire alors je serai technicien et non pas médecin et cela pourrait mettre une barrière entre moi et les salariés » Nous avons constaté que pour passer au psychologue, il n'est toujours pas facile chez les salariés, juste quand quelqu'un de leur confiance leurs suggèrent comme était le cas de

plusieurs travailleurs de l'entreprise dont ce travail a été réalisé, ils se sentaient plus à l'aise à s'ouvrir avec le responsable du HSE, qui les conduisait au psychologue.

Par rapport à notre recherche, il s'avère qu'il existe une brèche sur le rôle de la médecine du travail sur le plan de la santé mentale, en Algérie il y a plus la législation parlant de la médecine du travail que des ouvrages scientifiques, un manque est constaté en ce qui concerne cette situation, et la confrontation avec la réalité nous a laissé tellement des doutes et questions, parmi les questions que nous nous sommes posés, nous avons centraliser notre recherche sur une question principale dont nous essayerons de la répondre au fil de la recherche ;

**Sachant que le médecin du travail n'est pas habilité à traiter les RPS, comment apporte-t-il donc son aide aux travailleurs se confiant à lui pour des problèmes psychosociaux, sans prendre la place du psychologue du travail et sans compromettre le poste de travail des salariés de l'usine du groupe Kernou Aluminium ?**

Un nombre des questions portant le regard sur les RPS méritent aussi une réflexion :

1. Quels sont les risques psychosociaux les plus fréquents chez les salariés de l'usine de GKA ?
2. Quelle est à l'origine de ces RPS ?

#### **4- Les hypothèses**

Cette recherche véhicule une problématique complexe en cherchant la compréhension sur le psychologique, le social et les soins dans une usine d'une entreprise, de plus, les données relatives à la médecine du travail demeurent encore faibles et peu trouvées l'heure des recherches, sur ce, nous avons émis les hypothèses suivantes afin de déduire des réponses aux questions posées :

- **Hypothèse 1** : chaque entreprise enregistre des RPS, mais les plus fréquents dans cette usine sont : le stress ; l'épuisement ;
- **Hypothèse 2** : Dans les lieux de travail, plusieurs facteurs peuvent être à l'origine des RPS : les nombreuses exigences et pression faites aux ouvriers de la part de ces supérieurs pour atteindre certaines objectives ;

## 5- Définitions des concepts :

### 5.1- La médecine du travail :

C'est une spécialité médicale qui a pour but d'éviter toute altération ou dégradation de la santé des travailleurs, du fait de leur travail (MARION S. 2016). Il s'agit ainsi :

- De surveiller les conditions d'hygiène sur le lieu de travail ;
- De prévenir les risques ;
- Aussi de suivre l'état de santé des travailleurs ;

### 5.2- Le médecin du travail

Le médecin du travail est un professionnel de la santé qui intervient auprès des entreprises. Sa spécialisation est d'établir un lien entre la santé et le travail à partir de l'analyse des conditions de travail et dans un but de prévention et de réparation. Il veille à l'hygiène et à l'éducation sanitaire des sociétés. Il reçoit les salariés pour des examens médicaux et a un rôle de conseiller pour l'employeur et l'employé afin d'améliorer la santé et la sécurité des employés. Il détermine si le salarié est apte à exercer son travail physiquement et psychologiquement, par ailleurs il peut éventuellement en cas d'inaptitude totale ou partielle intervenir pour une modification de poste. Il est aussi connu sous l'appellation de médecin de prévention (**Région Job.com/observatoire-métier**).

### 5.3- Travail

Activité appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose. (**Dictionnaire Larousse**)

### 5.4- Usine

Établissement industriel où, à l'aide de machines s'effectue la transformation des matières premières ou semi-ouvrées en produits finis (**Dictionnaire Larousse**).

### 5.5- Risques professionnels

En droit de la sécurité sociale (Dupeyroux & al.2011), le terme de **risque** fait référence à une éventualité dont les conséquences pécuniaires sont redoutées (nécessité de se soigner à la suite d'un accident ou d'une maladie et probabilité de perte de salaire).

Les risques professionnels (: Ils sont au nombre de trois: l'accident du travail ; l'accident du trajet ; et les maladies professionnelles. Ils font partie d'une des branches de la sécurité sociale, la branche AT/MP (accidents du travail/ maladies professionnelles). L'étude des risques professionnels (**Morvan, 2011**) s'effectue selon plusieurs angles d'approche :

- L'approche juridique ;
- L'approche médicale ;
- L'approche managériale ;
- L'approche statistique ;
- L'approche économique ou financière ;
- L'approche sociologique ; cette dernière consiste à s'interroger sur les secteurs les plus exposés aux risques (par exemple, bâtiment, travaux publics) et sur les salariés concernés (suivant leur âge, leur sexe, le type de contrat de travail).

### 5.6- Des risques professionnels aux RPS

L'atteinte à la santé physique ou mentale des salariés au cours de la vie professionnelle résulte de l'activité de travail telle qu'elle se déroule, ainsi que de la dangerosité des environnements. Tous ces aspects vont déterminer des conditions de travail aux effets plus ou moins néfastes et diffus. Dans l'approche classique de la prévention de la santé et de la sécurité au travail, le terme « risque » est étroitement lié à celui de danger. Ce dernier désigne un « potentiel (nature, intensité et probabilité d'occurrence) de préjudice ou de dommage portant atteinte à une cible : ce peut être une personne, des biens ou un environnement (**Desroches, Baudrin, Dadoun, 2009**). Ainsi, un danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité constitue un risque dès lors qu'une exposition existe.

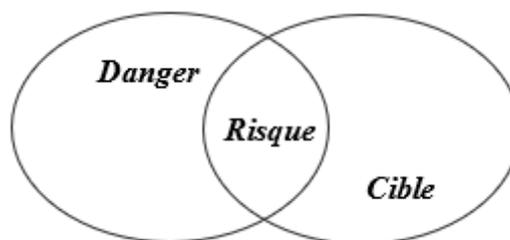


Figure 1 : Formalisation du risque. Source (Le Ray, 2010)

Dans la démarche d'évaluation des risques professionnels (*Décret du 5 novembre 2011 et article R. 4121-1 du code du travail qui prévoient que chaque employeur transcrit et met à jour dans un document unique (DU) les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et sécurité des travailleurs*), il existe une vingtaine de catégories, allant du risque de chute de hauteur au risque routier en passant par le risque électrique.

Chaque catégorie se caractérise par des dangers spécifiques, des dommages aux individus et des facteurs de risque. Ces derniers sont en fait des conditions qui vont accroître les effets de l'exposition au risque ; il peut s'agir de paramètres propres à l'individu comme son état de santé (hypertension artérielle, dépression, conduites addictives) ou d'éléments liés à la situation de travail (Co activité ou activité partagée et Co dépendante).

Dans le cas des RPS, la notion de risque s'étend différemment. Il s'agit de la probabilité d'altération de l'état de santé, physique ou mentale, en relation avec l'environnement socioprofessionnel. Quant au champ psychosocial, il renvoie aux facteurs relationnels et organisationnels de la vie au travail (**Douillet, 2010**). Ainsi, les RPS sont le résultat d'une association de facteurs issus de trois domaines :

- Le travail, notamment en rapport avec des fonctions attribuées, des modalités d'organisation du travail ou des conditions de réalisation associées ;
- La société, définie notamment par l'évolution des modes et conditions de vie, la législation ou le contexte économique ;
- Et l'individu, au regard du déroulement de sa vie privée mais aussi de la possibilité de la concilier avec la sphère professionnelle.

La combinaison des facteurs, subis et éprouvés par les travailleurs, isolément ou collectivement dans la durée, peut donner naissance aux RPS. Ainsi, l'INRS (2006) propose, pour le stress au travail, une catégorisation distinguant quatre facteurs de tension, liés :

1. Aux exigences du travail, à la nature des tâches ou à l'organisation du travail ;
2. Aux exigences des salariés vis-à-vis de leur travail, à la politique de ressources humaines ;
3. Aux relations de travail, aux difficultés avec les supérieurs hiérarchiques, les subordonnés ou les collègues ;
4. À un vécu difficile des changements.

Ainsi, les RPS se distinguent des autres risques (cf. tableau à suivre) en raison, d'une part, de la nature des facteurs impliqués, notamment leur « immatérialité », et d'autre part du mode de médiation, où la subjectivité psychique occupe une place déterminante.

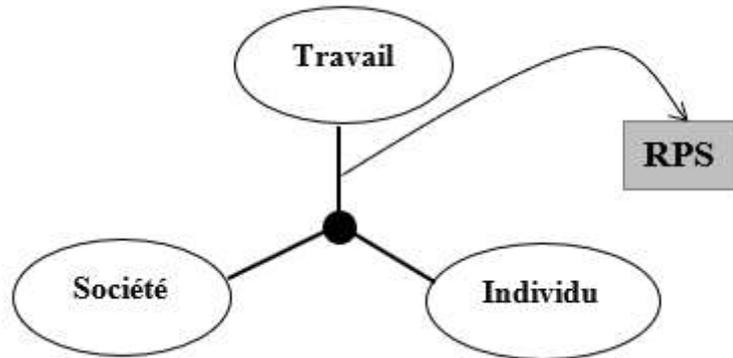


Figure 2 : Domaines des facteurs de risques psychosociaux (GERARD V. SYLVAIN L.2012)

Par ailleurs, les risques sont à l'origine d'atteintes multiples et variées, que ce soit au niveau individuel ou collectif et sur un périmètre couvrant la sphère professionnelle et hors travail. Les manifestations couramment rencontrées sont :

- Le stress ;
- Le mal-être, la souffrance ;
- Le burn-out ;
- Les comportements antisociaux au travail ;
- Le déséquilibre des univers de vie ;
- La dépression ;
- L'anxiété ;
- Maladies psychosomatiques ;
- Problèmes de sommeil ;
- L'insatisfaction ;
- Suicide ;
- Tentative de suicide ;
- Violence ;
- Conflits ;

Risques	Facteurs	Médiation par	Atteintes
Électriques	Fil dénudé, condensateur défectueux	Physique	Brûlure, électrocution
Biologiques	Virus, bactérie, champignon	Physique et physiologique	Allergie, infection aiguë
Psychosociaux	Agression, interactions difficiles, style de management	Psychologique psychique	Stress ; dépression ; sur fatigue ; ulcère

*Tableau 1 : Exemples de risques selon les facteurs associés, les modes de médiation et les atteintes à la santé (GERARD V. SYLVAIN L.2012)*

## 6- La méthode et technique

Le choix de la méthode ainsi que la technique de recueil de données est cruciale et à ne pas prendre à la légère, ce choix n'est pas dicté par le chercheur lui-même, le choix est conditionné par le thème ainsi que les objectifs de la recherche car la méthode et la technique sont des instruments conducteurs vers la validation des hypothèses, la scientificité du travail et dicter la course que prendra le travail.

### 6.1- Méthode

Vu notre thème qui vise à comprendre l'apport de la médecine du travail, nous nous sommes vus face à la démarche qualitative qui vise à analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, de faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante des données, mais le fond (la qualité).

### 6.2- Technique

Pour la technique de recueil de données nous avons opté par l'entretien/ou guide d'entretien, afin d'avoir un contact direct avec les interviewés, et pour une meilleure fiabilité et directivité dans les entretiens.

## **7- Les difficultés rencontrées :**

- 1.** Le changement du thème, on avait déjà un thème, lieu de stage et même un encadreur, mais à la fin du mois de Janvier on nous a obligé de tout changer, ce qui a ralenti le travail et rendu les étudiants non motivés ;
- 2.** La familiarisation avec le nouveau thème et la quête pour un lieu de stage ;
- 3.** Plusieurs restrictions au sein de l'usine, l'entreprise traverse une période délicate, donc, ça n'a pas été facile d'avancer avec le travail ; le premier mois c'était la connaissance et familiarisation avec tout le monde, à partir du mois de mars il y avait d'autres travailleurs, après deux semaines il y avait d'autres travailleurs, cela a risqué de compromettre le travail en faussant les hypothèses ; nous n'étions pas permis d'observer de près les ouvriers ; nous avons été barrés de réaliser les entretiens justifié par le temps.
- 4.** Le mois de ramadan, où nous n'avons pas pu accéder à l'usine ;

# **CHAPITRE II : LA MÉDECINE DU TRAVAIL**

## Préambule

Le présent chapitre parle de la médecine du travail, ce que nous a conduit en premier temps à aborder sur la médecine du travail dans le monde, à toucher l'organisation de la médecine du travail en apportant des détails comme le poste de travail, les diagnostics, etc., et en dernier nous évoquons la psychologie du travail en touchant les psychothérapies cognitivo-comportementales.

### 1- La médecine du travail dans le monde

Un événement important dans l'histoire de la promotion de la Santé globale à l'échelle mondiale est la résolution votée par la 30<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé en Mars 1977 quand il a été admis que le principal objectif des gouvernements et de l'OMS dans les années à venir serait l'instauration en l'an 2000 d'un état de santé qui permettrait aux citoyens de mener une vie socialement et économiquement productive. Cette déclaration a été suivie par la déclaration d'Alma Ata en Septembre 1978 sur les soins de santé primaires et par une déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies en Novembre 1979, demandant aux Etats d'appuyer les efforts de l'OMS pour atteindre cet objectif, mais aussi recommandant la formulation d'une stratégie pour arriver à la santé pour tous d'ici l'an 2000, les régions de l'OMS devant élaborer de leur côté des stratégies régionales (Ministère de la santé publique, 1989).

La mise en œuvre de cette conception politique et sociale de la Santé est destinée à promouvoir une amélioration progressive des conditions d'existence et membres pris individuellement. En effet, l'acquisition d'un niveau de santé satisfaisant par la population d'un pays lui permet de concourir efficacement au développement socio-économique général. Ce développement permet de se procurer les ressources matérielles et l'énergie sociale nécessaires à la promotion du développement sanitaire du pays.

Ainsi la santé des travailleurs et sa protection contre les nuisances du milieu de travail deviennent un aspect important de toute politique d'amélioration du niveau de santé de la population dans son ensemble et de son épanouissement socio-économique. C'est pourquoi le rôle assigné à la Médecine du Travail par la définition adoptée en 1950 par le Comité mixte

OIT/OMS pour la Médecine Industrielle l'a fait évoluer en ce sens et a jeté les bases pour son développement ultérieur.

Les fonctions de la Médecine du Travail avaient été fixées de la manière suivante :

« Promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions ; prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de leur travail ; les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé ; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques ; en somme adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche.

Cette définition dépasse le cadre d'une conception uniquement préventive de la Médecine du Travail et fait appel à une conception plus vaste de la santé en relation avec le travail englobant tous les aspects de la promotion et du maintien de la santé générale de la population.

La recommandation n°112 sur les services de Médecine du Travail de 1959, adoptée à la 43<sup>ème</sup> Session de la Conférence de l'Organisation International du Travail a fait évoluer la Médecine du Travail vers cette direction puisqu'elle étendait des fonctions des services de Médecine du Travail à tous les facteurs ayant une influence sur l'état de santé physique et mental des travailleurs.

Le rôle du Médecin du Travail qui se limitait aux premiers secours et aux soins aux accidentés, s'est étendu au dépistage des risques d'intoxication par les substances chimiques mais aussi :

- A la surveillance de la santé générale ;
- A la surveillance du milieu et des conditions de travail centrée sur quatre thèmes :
  - L'ergonomie
  - La prévention des accidents
  - L'hygiène du travail
  - La salubrité des lieux de travail
- Aux traitements ambulants également.

La convention et la recommandation sur la santé et la sécurité des travailleurs, 1981, sont ensuite venues établir les principes d'une politique cohérente en matière de santé et de sécurité du milieu de travail ainsi que les actions à développer au niveau national et au niveau de l'entreprise. Enfin, lors de sa 71<sup>e</sup> Session, la Conférence générale de l'OIT a adopté le 7 Juin 1985 une convention et une recommandation sur les services de santé au travail, anciennement

dénommés services de Médecine du Travail. L'adoption de ces instruments procède de la volonté de l'OIT d'élargir le rôle et les fonctions des services chargés de la protection sanitaire en milieu de travail. (Ministère de la Santé Publique ; 1989).

Aux fins de la convention, les services de Santé au Travail sont « des services investis de fonctions essentiellement préventives et chargés de conseiller les employeurs, les travailleurs de leurs représentants dans l'entreprise en ce qui concerne :

- Les exigences requises pour établir et maintenir un milieu de travail sûr et salubre, propre à favoriser une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail ;
- L'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte-tenu de leur état de santé physique et mentale ;

Les principales fonctions dévolues à ces services concernent :

- L'identification et l'évaluation des risques d'atteinte à la santé sur les lieux de travail ;
- La surveillance des facteurs du milieu de travail et des pratiques de travail susceptibles d'affecter la santé ;
- Les conseils sur la planification et l'organisation du travail
- La population à l'amélioration des pratiques de travail
- Les conseils dans le domaine de la santé, de la sécurité et de l'hygiène au travail, de l'ergonomie et de la protection individuelle et collective ;
- La surveillance de la santé des travailleurs
- L'adaptation du travail aux travailleurs ;
- La réadaptation professionnelle
- L'information, la formation et l'éducation dans le domaine de la santé et de l'hygiène du travail que l'ergonomie
- Les premiers secours et les soins d'urgence
- L'analyse des accidents du travail et des maladies

La recommandation étend les fonctions des services de santé au travail (lorsque la nécessité existe)

- Aux traitements des accidents du travail et des maladies professionnelles
- A la participation aux programmes de Santé Publique

L'organisation et le développement des services de Médecine du Travail vus par l'OMS

La résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1979 (WHA 32-14) sur le programme de santé des travailleurs rappelait que, d'après la déclaration d'Alma-Ata, « il convenait de rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent » et déclarait « qu'à cette fin il faudrait que les ressources de l'industrie et des autres secteurs économiques servent à mieux promouvoir la santé ».

En 1980 la même assemblée se déclarait « convaincue de la nécessité croissante d'une conception nouvelle comportant l'intégration de la médecine du travail dans les soins de santé primaires pour les populations laborieuses sous desservies, en particulier dans les pays en voie de développement ».

Ces résolutions inspirent d'une manière générale la politique de l'OMS en ce qui concerne les services de médecine du travail. Ainsi les objectifs poursuivis par l'OMS dans la mise en place des services de médecine du travail ont consisté dans le cadre du sixième programme général de travail (1978-1983) en :

- L'élaboration et la promotion de programme de protection sanitaire des travailleurs par l'instauration d'une étroite coordination ou une intégration complète des services de médecine du travail et des services généraux de santé à tous les niveaux ;
- Le développement des techniques de médecine du travail. Le programme à moyen terme du septième programme général de travail (1984-1989), actuellement en cours, poursuit comme objectif principal :
- La mise au point des techniques de médecine du travail

Les principales activités se rapportent à :

- L'évaluation des problèmes, des besoins et des ressources en santé des travailleurs
- La mise en place des programmes de médecine du travail dans les services de Santé et la coordination avec les Centres de Médecine du travail existants
- Le développement des personnels de Santé dans le domaine de la Médecine du Travail

Lors de la 70<sup>ème</sup> Session de la Conférence internationale du Travail, le représentant de l'OMS a déclaré que celle-ci accordait une haute priorité à la médecine du travail et coopérait avec les Etats membres pour la mise sur pied de services et d'institutions de médecine du travail et qu'elle mettait l'accent sur les soins de santé globaux des travailleurs, y compris leur protection contre les maladies et les lésions liées au travail, l'approche retenue étant, pour les populations laborieuses sous desservies (agriculture, petite industrie, construction, travailleurs temporaires)

celle des soins de santé primaires, y compris la pleine participation des travailleurs à leurs programmes de soins de santé préventifs et à leur éducation en matière de sécurité et santé.

Actuellement l’OMS s’est engagée dans la préparation de directives sur le rôle des services nationaux de santé dans le domaine de la médecine du travail. (Ministère de la santé publique ; 1989)

## **2- Organisation de la médecine du travail**

### **2.1- Le poste du travail**

Il est défini comme la tâche ou le groupe de tâches ou de fonctions dont est chargé un sujet humain dans le cadre de sa vie socio-professionnelle en tant que membre d’un organisme ayant des objectifs socio-économiques précis (production, transformations, extraction, administration, service public, etc.). L’usage du concept (Système Homme-Machine-Environnement) est plus pertinent car il inclut à la fois l’homme, la machine utilisée (outil, engin...) et l’environnement physicochimique et les aspects psychosociologiques. Pour étudier ce système, on peut recourir à une méthodologie que nous avons validée en milieu de travail algérien.

### **2.2- Le dépistage**

La méthode SMTHO permet de dépister rapidement les nuisances et les contraintes au niveau d’un grand nombre de poste et accéder à des informations sur le vécu des travailleurs. Elle permet de classer, à priori, les postes à condition de travail favorable ou défavorable de manière simple et peu coûteuse.

### **2.3- Diagnostic primaire**

Parmi les nombreuses méthodes existantes (RNUR, AVISEM, LEST, ANACT...), nous préconisons la méthode des profils de poste. Cette dernière permet de répertorier globalement les différentes nuisances et contraintes, de les quantifier (cotation) différentes nuisances et contraintes, de les quantifier (cotation) et de les visualiser. Les résultats obtenus à différentes

étapes de l'analyse permettent de recueillir des informations précises sur les points positifs et les points négatifs du poste. Les données du profil de poste seront confrontées à celles du profil médico-physiologique du travailleur pour connaître les contre-indications et dégager éventuellement les corrections ou réserves permettant d'adapter le poste au travailleur. En outre, elle permet de dégager des priorités en matière d'analyse ergonomique approfondie.

#### 2.4- Analyse ergonomique approfondie

Les facteurs physique ou chimique nécessitant une étude complémentaire seront étudiés par des méthodes instrumentales. Par exemple, pour la charge physique de travail on peut utiliser un cardiofréquencemètre (holter FC) sur huit heures de travail et/ou à l'étude de la consommation d'oxygène (échantillonnage) par l'Oxycon. Après saisie sur micro-ordinateur et analyse grâce au logiciel PHYSIO pour la fréquence cardiaque développé par l'équipe du laboratoire de physiologie du Travail de l'UCI, de Bruxelles. Ces informations permettront de déterminer la charge physique au niveau du poste et les classer sur le plan de la pénibilité.

#### 2.5- Evaluation de l'état de santé de l'homme

Le médecin du travail assure tous les examens médicaux obligatoires systématiques (à l'embauche, à la visite périodique), ou liés à des événements particuliers : absence pour maladie professionnelle, après absence pour maladie et accident non professionnel, après un congé de maternité) conformément à la réglementation. Il s'agit d'évaluer, de la manière la plus complète possible, l'état de santé de l'homme qui devra occuper un poste donné (visite médicale d'embauche) ou qui l'occupe déjà (visites périodiques ou de reprise de travail) pour rechercher d'éventuelles affections et/ou les potentialités qu'il recèle. Cette évaluation comporte différentes étapes :

1. **Interrogatoire** : l'anamnèse doit être minutieuse et exhaustive :
  - a) Antécédents médico-chirurgicaux, vaccinations
  - b) Habitudes alcool – tabagiques
  - c) Antécédents professionnels (postes occupés, durée, exposition)
  - d) Loisirs, sport, travail au noir, bricolage.
2. **Examen physique** : il doit être, sur sujet nu :

- a) Aspect général : habitus, état nutritif, morphotype
  - b) Système Locomoteur : statique corporelle : colonne vertébrale (mobilité, déformations), genou (genu varum, genu valgum), type de pieds (plats, creux), sangle abdominal, Hernies...
  - c) Système Cardio-circulatoire : inspection, palpation des pouls, prise de TA/Pouls.
3. **Auscultation** : recherche de souffles ou toute autre anomalie
- d) Système respiratoire : interrogatoire, inspection, auscultation à la recherche de dyspnée, toux, expectoration, déformation thoracique, râles.
  - e) Système Digestif : interrogatoire, palpation abdominale (souplesse, douleurs)  
Recherche de signe en faveur d'une hépato-splénomégalie
4. **Mesures Anthropométriques** : elles comportent (stature, périmètre thoracique, diamètre bi-acromial, longueur des membres), et le calcul des indices de Robustesse et la détermination du morphotype.
5. **Examens Complémentaires**

Exploration fonctionnelle : il peut s'agir d'un poste d'exposition au bruit et nécessairement une audiométrie tonale liminaire ou d'un poste de travail qui sollicite la vision comme la conduite de véhicules et engins, de travail sur écran (TEV), électricien, manipulation de solvants. Grâce à des appareils type Visio test ou Ergo vision, on peut faire une batterie de tests.

**Aptitude aux situations de travail particulières** : l'évaluation de l'aptitude à certaines situations de travail particulières comme le travail dans la mine, le travail en altitude ou en surpression (plongeurs, scaphandriers) nécessite des investigations spécifiques. Le travail en milieu hyperbare comporte des risques spécifiques et rentre dans le cadre d'une aptitude codifiée.

L'évaluation de l'aptitude médicale du travail : l'aptitude est une des principales activités du médecin du travail. L'aptitude est une prescription et donc l'aboutissement d'une démarche diagnostique de l'état de santé du salarié et l'inventaire des risques liés à chaque situation de travail.

De la confrontation des résultats de l'examen médical et de l'analyse des nuisances au poste et de son environnement, découlent la formulation de l'aptitude et les actions de prévention à mener sur le terrain.

## 2.6- Formulation de l'avis d'aptitude

Lors de chaque visite, le médecin du travail pratique un examen clinique et prescrit tout examen complémentaire qu'il juge utile pour établir sa décision d'aptitude prévue par le législateur.

A l'issue de chaque visite médicale le médecin du travail conclut en établissant une fiche d'aptitude en double exemplaires (au salarié et à l'employeur). La fiche d'aptitude ne doit comporter aucune information couverte par le secret médical mais seulement l'identification du salarié et du médecin du travail, le poste de travail occupé, l'avis d'aptitude, la date et la signature du médecin du travail.

Cet avis d'aptitude peut être : une aptitude au poste du travail, une aptitude avec restriction, sous réserve d'un suivi régulier ou d'un aménagement du poste de travail et une inaptitude partielle ou totale, temporaire ou définitive.

Cet avis d'aptitude dans le temps et concerne un poste déterminé.

L'avis d'aptitude est un acte juridique avec toutes ses conséquences. Il engage la responsabilité morale, civile et pénale du médecin du travail.

L'avis médical d'inaptitude à un poste de travail doit être formulé non pas sous forme d'un constat d'inaptitude, mais en mettant en évidence les aptitudes résiduelles du sujet et en précisant seulement les aspects de la charge de travail qui sont à exclure. Le médecin proposera toute adaptation ou mutation de poste qu'il jugera nécessaire.

Cependant, lorsque les capacités physique ou psychique d'un salarié ne lui permettent plus d'exécuter l'ensemble des tâches découlant du poste de travail ou lorsque le maintien de l'état santé du salarié ne peut être assuré compte tenu des risques inhérents au poste de travail, le médecin du travail peut être amené à rédiger un avis d'inaptitude.

L'aptitude est l'aboutissement d'une démarche diagnostic qui tient compte de l'état de santé de l'individu et du poste de travail. Il s'agit d'un véritable savoir-faire médical et technique nécessitant la connaissance sur le poste de travail, sur la santé nécessitant la connaissance sur le poste de travail, sur la santé du travailleur dans sa globalité (physique, mentale et social) et sa dynamique et l'information, le conseil et l'accomplissement de l'employé pour l'intégrer la notion de « travailleur sous altérer sa santé ».

Le médecin du travail ne fondera pas sa décision d'aptitude ou d'inaptitude simplement sur l'évaluation de l'état de santé du salarié, mais il prendra en compte le risque au poste et le danger de la perte de l'emploi que cette décision pourra entraîner.

### **3- La psychologie de la santé au travail (Occupational health psychology)**

La psychologie de la santé au travail (PST) est une des disciplines du champ de la psychologie, à l'interface entre psychologie santé et travail.

La psychologie de la santé au travail est une discipline relativement nouvelle qui s'est alliée à la psychologie de la santé. Les origines de la PST incluent la psychologie de la santé, la psychologie du travail, et la médecine du travail. La PST a ses propres programmes doctoraux, journaux, et organisations professionnelles.

Le champ d'étude cherche à identifier les caractéristiques psycho- sociales du lieu de travail qui produisent des problèmes de santé. Ces problèmes peuvent inclure la santé physique (par exemple, maladie cardiovasculaire) ou la santé mentale (par exemple, dépression). Parmi les exemples de caractéristiques psychosociales du lieu de travail que la PST a investigué, on note, la latitude décisionnelle exercée par le travailleur et le support des cadres supérieurs. La PST adresse aussi le développement et la mise en place de systèmes d'interventions pour prévenir ou améliorer les problèmes de santé liés au travail. De plus, les recherches du cadre de PST ont des implications importantes sur le succès économique des organisations. D'autres recherches se concentrent sur l'incivilité et la violence dans le lieu de travail, le transfert de stress entre le lieu de travail et la maison, le chômage et la réduction d'activité économique, la sécurité sur le lieu de travail, et la prévention d'accident. Les psychologues de la santé au travail ont montré le souci accru concernant l'impact de la dernière crise financière sur la santé physique et mentale et bien-être de la population. Deux journaux importants sont le journal of occupational health psychology et Work & Stress. Les organisations associées à la PST incluent la society for Occupational Health Psychology et la European Academy of Occupational Health Psychology.

Pour autant, la prévention des RPS pour un psychologue du travail en SST représente une gageure quotidienne aussi bien au niveau théorique, méthodologique que des postures à tenir, à construire..., voire des « impostures » à déconstruire (**Ardoino, 1990**). En effet, concernant la question des RPS, les implicites adressées au psychologue du travail sont aussi

diverses que les demandeurs (médecins du travail, acteurs de l'entreprise) et les situations de travail rencontrées. Tantôt « pompier » « magicien », ou « poubelle », la vigilance et la recherche de décalage sont de tous les instants aussi bien au sein des SST que des entreprises adhérentes.

Cela tient-il seulement à la place en construction des psychologues au sein des SST ou à la nature de ces risques dits « psychosociaux » ?

S'agit-il effectivement d'un risque professionnel « comme les autres » au sens de l'évaluation des risques 10 ? Autrement dit, la question et la définition même des RPS touchent à l'idée de construction sociale et « la mise en évidence d'une construction sociale est potentiellement libératrice : une certaine sorte de faits, qu'on avait fini par considérer comme allant de soi, aura été démasquée comme le produit d'un développement social contingent » (**Boghossian, 2009**).

#### **4- Psychothérapies cognitivo-comportementales**

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont l'application de la psychologie scientifique à la thérapie de certains troubles déterminés par cette approche spécifique de la psychologie. Elles se sont développées dans la psychologie de la santé, mais également en médecine psychosomatique. Les TCC proposent une approche des troubles psychiatriques caractérisés associés aux troubles psychosomatiques ainsi que des manifestations somatiques elles-mêmes en mettant à jour les stratégies d'adaptation développées par les patients

En TCC, le thérapeute élabore une relation collaborative et effectue une analyse fonctionnelle de la problématique du patient. Cette analyse permet d'intégrer les facteurs comportementaux, cognitifs et émotionnels impliqués dans l'apparition et le maintien du trouble apporté par le patient. Les données biographiques sont également considérées.

##### **4.1- Comment se déroulent ces thérapies ?**

Les séances durent, en principe, de 30 à 45 minutes et se répètent toutes les semaines ou tous les 15 jours. Les séances, au cabinet du thérapeute, associent un dialogue et des exercices pratiques de déconditionnement. Patient et thérapeute envisagent ensemble le comportement le mieux adapté à la situation qui fait peur ou qui génère une souffrance psychique. Pour cela, sont utilisés des jeux de rôle, l'exposition en imaginaire, la confrontation à la réalité, mais aussi des techniques de relaxation.

- **Le style du thérapeute cognitivo-comportementaliste :**

- Interactif : pendant une séance, il explique, pose des questions et répond à celles du patient ;
- Pédagogue et explicite dans ses interventions : le langage utilisé est limpide, les explications sont compréhensibles ;
- Collaboratif et égalitaire : il s'agit de déterminer, en collaboration avec le patient, des objectifs concrets et réalistes et les techniques pour y parvenir. Rien n'est imposé mais tout est discuté et proposé au patient.

- **Évaluation avant traitement**

L'analyse fonctionnelle : il s'agit d'étudier quel est le problème qu'on souhaite résoudre, de préciser ce problème, d'en comprendre le contexte et l'histoire. C'est une analyse qualitative. Diverses *grilles* permettent de réaliser cette analyse, comme le *BASIC ID* d'Arnold Lazarus, ou la grille *SECCA*

Une évaluation quantitative est aussi effectuée. Elle s'appuie sur plusieurs éléments : auto-enregistrement, échelles d'auto-évaluation, évaluations externes.

- **Mise en place d'un objectif**

Il s'agit avant tout d'un contrat thérapeutique, déterminant l'objectif de la thérapie.

L'objectif sera gradué : une fois ciblé le problème, il est question du chemin qui mènera à la résolution, pas à pas.

- **Application du programme**

L'application du programme consiste simplement à suivre le programme, étape par étape. On ne revient pas en arrière mais une étape peut, dans certains cas, demander légèrement plus de temps.

- **Évaluation des résultats**

Le psychothérapeute cognitif et le patient évaluent le résultat de la thérapie. On a vu que celle-ci commençait par une évaluation, que d'autres peuvent avoir lieu en cours de traitement. Cette dernière évaluation renseignera sur le succès de la thérapie. Il n'est pas impossible de considérer une nouvelle thérapie suite à cette évaluation, si de nouveaux objectifs sont envisagés.

Les TCC proposent un programme de gestion du stress qui consiste en une prise en charge groupale sur environ 5 semaines, à raison de deux heures par semaine. Six composantes sont abordées :

- a) Information sur le stress,
- b) Apprentissage de la relaxation ;
- c) Bilan et acquisition des stratégies mentales d'adaptation au stress ;  
développement des compétences de communication ;
- d) Présentation de la technique de résolution de problèmes ;
- e) Acquisition de techniques d'adaptation au stress ; la gestion du stress dans les situations quotidiennes.

Les TCC se sont révélées efficaces dans le traitement de différents symptômes fonctionnels et somatisations en particulier dans l'hypocondrie et la douleur chronique (Everly. & al 1986).

### **Conclusion de chapitre**

Au cours de chapitre nous avons compris que le but de la médecine du travail c'est la protection de la santé physique, mentale et sociale des travailleurs contre les risques liés au travail, et/ou aux conditions dans lesquelles est effectué ce travail. La psychologie du travail s'intéresse à l'ensemble des facteurs individuels, collectifs et organisationnels qui influencent les conditions et les relations avec le travail. Le psychologue du travail travaille en collaboration avec le médecin du travail afin d'assurer une bonne qualité de santé au travail.

# **CHAPITRE III : LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX**

## Préambule

Tout d'abord, les RPS résultent d'une association de facteurs issus de la situation de travail de l'individu et de phénomènes de société. Ainsi, la recherche de « dangers » propres à chacun de ces domaines est difficilement réalisable dans l'absolu, comme peut l'être le risque électrique qui peut procéder par l'identification de conducteurs dénudés, par exemple.

Ensuite, l'évaluation permet de formuler un jugement sur la « valeur » d'un risque au regard d'un référentiel mais elle n'apporte que peu d'informations sur les processus et causalités qui sont à l'œuvre. Donc, cette mesure doit s'accompagner d'une analyse visant à produire une (ou plusieurs) explication(s) sur la situation actuelle grâce à une étude des déterminants. Autrement dit, il convient simultanément d'évaluer le degré d'exposition des travailleurs aux RPS et d'identifier précisément les causes à l'origine des troubles constatés.

Enfin, au regard de la spécificité des RPS, il faut non seulement objectiver les contraintes de travail des agents en lien avec les RPS, mais aussi appréhender cette réalité au travers de ce qu'ils en disent. C'est dans la confrontation du réel et du vécu que ces phénomènes peuvent être appréciés à leur juste mesure.

Ce chapitre est consacré à l'étude des RPS et est subdivisé comme suit :

- La première section est consacrée à la terminologie des effets des RPS, expliquant de manière détaillée chaque concept et sa manifestation ;
- La deuxième section est consacrée aux indices des RPS, pour connaître le mieux comment identifier les RPS dès leur origine.
- La troisième section est consacrée aux conséquences des RPS ;
- La quatrième section est destinée aux moyens de prévention des RPS ;
- Et finalement la cinquième section consacrée à quelques facteurs psychosociaux qui, mis en œuvre, peuvent contribuer à l'épanouissement au travail.

## 1- Terminologie des effets des RPS

Après avoir situé le domaine plus large du concept de risque, les principales manifestations associées sont à définir.

### 1.1- Le stress

Ce terme polysémique peut désigner un processus, un état ou une cause. D'un point de vue biologique, le stress est un processus caractérisant la réponse de l'organisme pour faire face à une situation susceptible de porter atteinte à son intégrité. Appelée aussi « syndrome général d'adaptation » (**Selyé, 1956**), cette réponse passe par la mobilisation de ressources biologiques. Trois phases successives sont distinguées : une première, dite « phase d'alarme », correspond à l'exposition aux agents stressants, avec un choc et un contre-choc ; la deuxième, appelée « phase de résistance », correspond à la réaction de l'organisme ; la troisième et dernière phase dite « d'épuisement » apparaît lorsque les réactions de l'organisme ont échoué à faire revenir l'organisme dans son état d'équilibre initial.

Sur le plan **psychologique**, la perception et la gestion par l'individu de la situation stressante est essentielle, comme l'a montré Weiss (**1972**). Dans une expérience où deux souris (A et B) reçoivent des chocs électriques, l'une d'elles (A) peut les moduler par une action sur une roue. La souris (B) ne pouvant pas agir présente une altération de la santé plus importante. Cette situation s'explique par la libération d'adrénaline chez la souris A tandis que la souris B secrète du cortisol. La possibilité d'agir a donc un effet protecteur, tandis que subir passivement une agression contribue au développement de pathologies. Plus largement, et sous des formes plus complexes, de nombreux travaux chez l'humain ont montré que ce pouvoir d'agir était essentiel en milieu de travail pour faire face à des situations difficiles (**Daniellou, Simard et Boissières, 2009**).

Un état de **stress psychologique** se caractérise, chez l'être humain, par un déséquilibre entre sa perception des contraintes imposées par l'environnement et celle relative à ses ressources pour y faire face. La persistance de ce déséquilibre peut l'affecter : l'individu éprouve alors des douleurs musculaires, articulaires, un sentiment de mal-être, des troubles du sommeil, développe des conduites addictives ou porte atteinte à son existence. Quant aux pathologies sous-jacentes, elles sont diverses : allant des affections mentales aux maladies cardiovasculaires en passant par les troubles musculo-squelettiques.

Dans la littérature scientifique est spécifié également le stress post-traumatique. Celui-ci survient à la suite d'un événement subit et brutal, susceptible d'affecter l'individu, et se manifeste par un syndrome spécifique alors que le facteur de stress a disparu (**Canini et Trousselar, 2010**). La réaction peut se perpétuer pendant des jours, des semaines voire des années après l'exposition avec une rémanence des images de l'événement, des troubles psychosomatiques ou comportementaux. C'est par exemple le cas pour les personnels confrontés à des attaques comme les vols à main armée ou qui subissent des violences externes fortes (agression subie par un contrôleur de train de la SNCF le 8 Octobre 2011 dans le Doubs).

A côté du stress en tant qu'état, le travail peut lui-même générer du stress. On parle alors d'agent(s) stresser(s), voire même de « job strain » lorsqu'un travail en situation de tension oppose une demande psychologique élevée à une latitude décisionnelle faible (**Karasek, 1979**). Plusieurs études récentes (**De Keyser et Hansez, 2002 ; François, 2002**) recensent différents facteurs pouvant contribuer à faire naître ou à renforcer un stress au travail, en particulier :

- **Le travail sous pression** : sous contrainte économique et la recherche d'efficacité productive, les entreprises mettent en place des modes d'organisation qui accroissent les tensions s'exerçant sur les travailleurs (comme les dispositifs de production en « flux tendu » ou en « juste à temps », l'ajustement à la demande, les nouvelles formes de relations client...). S'ensuit notamment des délais de traitement de plus en plus courts et un accroissement des contrôles (par la hiérarchie ou/et les systèmes d'information) ;
- **La polyvalence et la modification des tâches** : la flexibilité maximale recherchée par les entreprises entraîne une évolution des métiers vers une exigence de polyvalence et des contraintes temporelles fortes ;
- **La pénibilité mentale**, en lien avec des contraintes qui s'imposent au travailleur dans la réalisation de tâches sollicitant des ressources cognitives. Elle se traduit notamment par le fait de devoir fréquemment abandonner une tâche pour une autre non prévue (segmentation des tâches), de ne pas pouvoir interrompre son travail en dehors des temps de repos définis.

A ces facteurs organisationnels s'ajoutent d'autres facteurs internes ou externes à la situation de travail, comme ce qui relève de :

- La dépendance à autrui dans la réalisation des tâches, les formes de relation difficiles entre les subordonnés et l'encadrement hiérarchique ;

- L'organisation du temps de travail (horaires, durée de travail, temps de transport, délai de prévenance en cas de changement d'horaires, etc.) ;
- La situation économique (emplois précaires, sous-rémunération au regard du niveau de formation, vulnérabilité par rapport au chômage).

Ces facteurs peuvent se cumuler entre eux formant des pathologies aggravées.

- **Le modèle « demande-autonomie au travail » de Karasek**

Dans cette perspective causaliste, ce modèle (job strain model) a une place centrale. Il pose l'hypothèse que la combinaison d'une demande (ou exigence) psychologique du travail (V1) élevée et d'une autonomie décisionnelle (V2) faible augmente le risque de développer un problème de santé au travail. La V1 fait référence à la charge de travail, aux exigences mentales et contraintes de temps associés au travail. La V2 renvoie aux possibilités d'agir de la personne (latitude d'action et de décision), d'exercer un certain contrôle sur son travail et de développer ses compétences et ses habiletés professionnelles. A partir des années 1980, l'axe « soutien social » au travail a été ajouté à ce modèle, défini comme l'ensemble des interactions sociales nouées avec les collègues et la hiérarchie dans la réalisation du travail. Si celui-ci est important et associé à contrôle (ou une autonomie) élevée, la situation est favorable pour l'individu. Plusieurs études démontrent l'utilité du soutien social et lui attribuent différents rôles, tels que le support informationnel, l'aide au travail lors de surcharge ou l'appui émotionnel. C'est un des modèles les plus utilisés dans les recherches sur la santé au travail, jouant un rôle important dans l'évaluation des RPS.

Un des résultats de cette enquête (**DARES 2008**) fut de montrer que les ouvriers et les employés sont plus touchés que les cadres par le job strain, du fait de leur peu de marges de liberté, alors que les cadres, qui subissent aussi de fortes demandes, ont plus d'autonomie. Toutefois, ce job strain n'est pas nécessairement générateur de stress car l'exemple des cadres soumis à une forte demande dans leur travail mais disposant d'autonomie importante pour y faire face (les « actifs ») sont aussi nombreux à trouver leur travail très stressant. On voit bien que ce lien entre le vécu du travail, mesuré par certaines variables de situation, et les risques sur la santé n'est pas simple. D'autres facteurs peuvent entrer en jeu dans l'appréhension des tensions au travail soit en étant associés à des effets de contexte (situation exceptionnelle mais signifiant pour l'individu), soit à des caractéristiques individuelles (formes d'engagement, processus de régulation...).

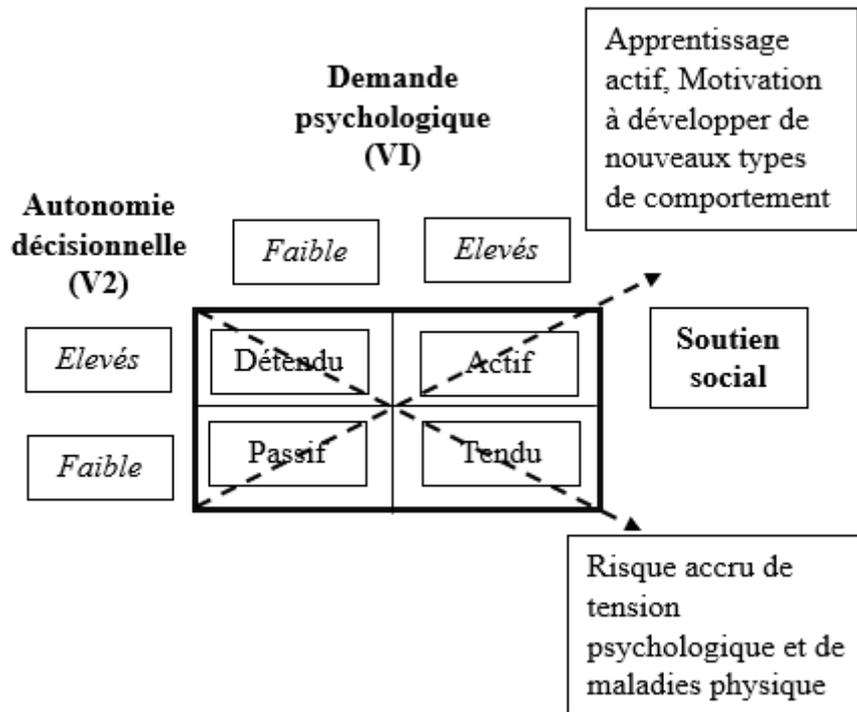


Figure 3 : Modèle de karasek du stress au travail (job strain) (Geratd V. Sylvain L. 2012)

## 1.2- Le mal-être, la souffrance

Ces termes sont fréquemment employés de manière interchangeable alors qu'il existe une différence fondamentale. Le malaise : c'est la perception qu'à l'individu de son état psychologique. La souffrance, elle, renvoie à la sensation douloureuse aiguë éprouvée par l'individu, c'est un ressenti subjectif qui est difficilement comparable à un plan interindividuel. Ainsi, un état de mal-être en lien avec le travail ne génère pas nécessairement de la souffrance. Cette dernière, qui se déploie sur un continuum allant de la simple gêne à une mise en danger de la santé mentale (morale), peut apparaître lorsqu'un état de stress n'est plus prédominant (**Faulx, Erpicum, Horion, 2005**). Dans les deux cas, les causes sont multiples et variées : absence de reconnaissance, ressenti négatif, situations de conflits ou d'hyper conflits, voire de violence interne, relations interindividuelles au travail pathogènes. D'une manière générale, l'usage du terme « souffrance » est moins consensuel que celui de « stress », car il trahit une forme de vulnérabilité et provoque des réactions de rejet, notamment de la part de ceux qui dirigent les organisations (**Davezies, 2010**). Sur le plan scientifique, les psychos dynamiciens du travail s'y intéressent, au travers du vécu individuel en relation avec le travail pour mettre au jour le sens donné à cette situation (**Dejours, 1998**). La compréhension de la souffrance au

travail suppose également d'interroger des questions éthiques comme les valeurs et les normes des individus en lien avec celles prônées par les entreprises.

### 1.3- L'épuisement professionnel (burn-out)

À l'origine, le burn-out était considéré comme un syndrome spécifique aux professions « aidantes » (soignants, travailleurs sociaux, etc.). Cette conception a marqué les premières définitions et orienté les travaux pionniers. Mais les recherches empiriques ont rapidement conduit au constat suivant : bien des causes du burn-out (par exemple, la charge de travail) concernent tous les secteurs d'activité. Il est avéré aujourd'hui que ce syndrome concerne l'ensemble des individus au travail et frappe entre 2% et 11% d'entre eux.

Définitions et modèles du burn-out : parmi les nombreux modèles du burn-out, trois doivent notamment être présentés ici :

- **Modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson**

Si c'est à Herbert Freudenberger (1974) que l'on doit la première publication consacrée au burn-out, la définition qui a le plus influencé les travaux est celle de Christina Maslach et Susan Jackson (1981, P.1) le burn-out est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». Dans ce cas, le travailleur s'épuise progressivement en raison des efforts menés pour maintenir son organisme face à l'exposition à une situation « stressante » qui dure. L'organisme alors n'est plus en capacité de répondre aux exigences de la situation, les organes vitaux et la santé physique et/ou psychique s'en trouvent affectés. Les conséquences peuvent aller jusqu'à la mort (**Karoshi suicide...**). Les symptômes sont (Maslach, 1976) : un épuisement émotionnel (sentiment de fatigue émotionnelle et physique marquée par la hantise de devoir aller au travail), une dépersonnalisation (attitudes impersonnelles, négatives, détachées, cyniques, méprisantes) et un sentiment d'échec de l'accomplissement personnel (dévalorisation de ses compétences, de son travail et sentiment d'échec personnel). La survenue du burn-out repose sur un processus d'évaluation et de conceptualisation assuré par l'individu. Des recherches suggèrent que les personnes à faible estime de soi sont plus vulnérables et interagissent moins adéquatement avec d'autres personnes (clients, collègues) (Maslach et Schaufeli, 1993). C'est une sorte de maladie surinvestissement dans des tâches qui exigent un dévouement humain important, induisant une perte progressive de l'idéal, de l'énergie et des buts poursuivis (Desrumaux, 2010). Le risque

de burn-out semble plus important chez les personnes travaillant au contact d'autrui ; les professionnels les plus touchés recouvrant, entre autres, le domaine de la santé, le milieu éducatif, le milieu de l'aide sociale et l'enseignement (**Desrumaux, ibid**).

1. **Les comportements antisociaux au travail (CAAT)** : cette catégorie de manifestations liées aux RPS, dont la cible est l'individu, rassemble :
  - L'agression physique, appelée aussi violence, et qui réfère à des comportements portant atteinte à l'intégrité physique d'autrui ;
  - Les incivilités qui se caractérisent par des paroles ou des actions ne respectant pas les convenances ou les règles de savoir-vivre ;
  - La provocation, qui représente des comportements de médisance, d'obstruction, de domination et de rejet à l'endroit d'un collègue ;
  - Le harcèlement, qui comprend des comportements de raillerie, de discrimination et d'intrusion dans la vie privée, portant atteinte à l'intégrité psychologique d'un membre de l'organisation.

L'accord-cadre européen du 26 avril 2007 sur le harcèlement et la violence au travail<sup>1</sup> en définit les différentes formes. Il peut s'agir de violence physique sur les biens et/ou les personnes, de violences concernant des salariés « entre eux » ou de violences plus psychologiques.

La violence est définie comme un incident au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, des menaces ou d'attaques dans des circonstances liées à leur travail et ayant des conséquences sur leur sécurité, leur bien-être et leur santé (*fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail ; 2003*). La maltraitance s'inscrit dans ce cadre en tant que forme de violence à caractère institutionnel (dans et par une institution), ou toute personne vulnérable) une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution utilitaire (**Tomkiewicz, Vvet, 1982**) peut apparaître consécutivement à des RPS auxquels sont médico-social. Les conditions de travail et l'état moral des professionnels ont alors des répercussions sur l'état moral et la prise en charge des patients.

Le harcèlement est une forme de violence où un individu met en œuvre une ou plusieurs conduites, envers autrui ou un groupe, basées sur la non-reconnaissance, le non-respect, la négation de l'autre dans un but volontaire ou non de destruction physique et/ou psychique induite par une situation de frustration et/ou de tension (**Desrumaux, 2011**). L'article L. 1152-

---

1 du Code du travail le définit « comme un ensemble d'agissements répétés qui ont pour l'objet ou effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ». Deux conditions essentielles contribuent à l'émergence du harcèlement moral :

- 1) Un contexte organisationnel déséquilibré favorable à l'expression de la violence, quelle que soit sa forme ;
- 2) L'adhésion de l'harcéleur et de la victime à des systèmes de croyances différents mais complémentaires, autorisant l'expression de cette violence. Le système de croyances de l'agresseur l'amène à croire qu'il peut exercer un pouvoir et une emprise en toute légitimité. Quant à celui de la victime, il le conduit à accepter, à se soumettre, à s'aliéner et à se laisser détruire.

Ces comportements problématiques au travail sont causés par un fonctionnement organisationnel « normatif » qui privilégie l'efficacité et la performance aux dépens de l'individu. Parmi les facteurs favorisant le développement des CAAT, on note la compétitivité, l'écart entre les contributions et les rétributions, l'inadéquation des moyens alloués au regard des objectifs fixés, le décalage entre les tâches prescrites et les activités réalisées. Face à ces situations paradoxales, les individus développent des stratégies de régulation pouvant prendre la forme d'un repli sur soi, d'une hyperactivité, d'une agressivité ou de harcèlement (**Légeron, 2003**).

2. **Le déséquilibre des univers de vie** : aujourd'hui, la conciliation de la vie au travail avec la vie hors travail représente un enjeu central pour les travailleurs (**Guilbert et Lancry, 2007**). Chez les cadres, par exemple, les frontières entre le travail sont de plus en plus floues et cela concerne aussi bien les contenus des activités que les moments ou lieux de leur réalisation (**Croquette, 1998**). Dans leur étude, Fletcher et al. (**1993**) observent un développement en semaine et une coupure le week-end chez les 300 managers britanniques ; 70% d'entre eux travaillent chez eux en soirée (avec une moyenne hebdomadaire de trois heures), 91% ne travaillent pas le week-end et plus de 40% ont des durées hebdomadaires de travail de cinquante heures et plus. Parmi les facteurs susceptibles de remettre en cause l'équilibre des univers de vie, il y a les horaires atypiques et fluctuants, les exigences des services d'urgence ou d'astreinte, les intrusions managériales, la prégnance des nouvelles technologies de l'information.

Même si la désynchronisation des temps de travail semble compatible avec la construction du temps propre et du temps personnel, elle l'est beaucoup moins avec la vie familiale, notamment quand les horaires et leurs fluctuations ne sont ni programmés ni négociables. Les pratiques familiales deviennent dépendantes, voire résiduelles, par rapport aux temporalités professionnelles (**Billiard ; 1998**). Les répercussions dépassent donc la santé individuelle pour affecter l'entourage du travailleur et son entreprise. D'ailleurs, il apparaît que le conflit travail-famille est corrélé avec une moindre performance, un sentiment d'insatisfaction au travail, un absentéisme élevé, une démotivation importante, une volonté de quitter l'entreprise et de fortes intentions de turnover (**Anderson, Coffey, Byerly, 2002**). Pour la famille, il peut atteindre les enfants (décrochage scolaire) ou le couple (séparation).

En matière de RPS, quatre niveaux de critiques peuvent être distingués (**Mignacca, Roussel-Monfajon, Barberly, 2010**) :

- Favorable à l'épanouissement de l'agent (niveau A) ;
- Les difficultés sont des faibles intensités ou passagers ou potentielles (niveau B) ;
- Les difficultés sont caractérisées. Elles peuvent s'objectiver par un ensemble de données et/ou de faits (niveau C) ;
- La situation de crise est installée. Elle altère la production : absentéisme, accidentologie, arrêt de travail, conflits, départs volontaires, etc. (niveau D).

- **Le modèle de « déséquilibre : efforts/récompenses » de Siegrist.**

Ce modèle, dont l'acronyme anglais est ERI (Effort Reward Imbalance), est apparu dans la fin des années 1990. Il repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses pouvant être à l'origine de réactions pathologiques sur un plan économique et physiologique. L'idée qu'il existe une réciprocité des échanges est un principe fondamental : le salarié attend une récompense (matérielle, symbolique) en échange de ses efforts.

L'absence de récompense ou son insuffisance perçue sont génératrices de stress ou d'émotions négatives ; l'inverse serait créateur de bien-être. L'effort peut être extrinsèque (relatif aux contraintes de temps, responsabilités, heures supplémentaires, interruption...) et/ou intrinsèque (relatif au surinvestissement de l'individu : attitudes d'engagement excessif au travail, recherche de défis ou de contrôle vis-à-vis d'une situation menaçante...). Les faibles

gratifications obtenues en retour de ces efforts peuvent prendre plusieurs formes : salaire insatisfaisant, manque d'estime ou de respect, insécurité d'emploi ou faibles opportunités de carrière...

Le modèle de Siegrist a été largement utilisé et validé par plusieurs études, il montre des risques accrus sur le plan physiologique (hypertension...) ou émotionnel (perte de sommeil...) en cas de déséquilibre effort/récompense à travers des mesures par son questionnaire (**Effort-Reward Imbalance, ERI, cf. p.84**). Il est complémentaire à celui de Karasek dans l'identification des situations de travail pathogènes. Les efforts de type extrinsèque du questionnaire ERI reprennent d'ailleurs certains items de la notion de « demande » du modèle de Karasek.

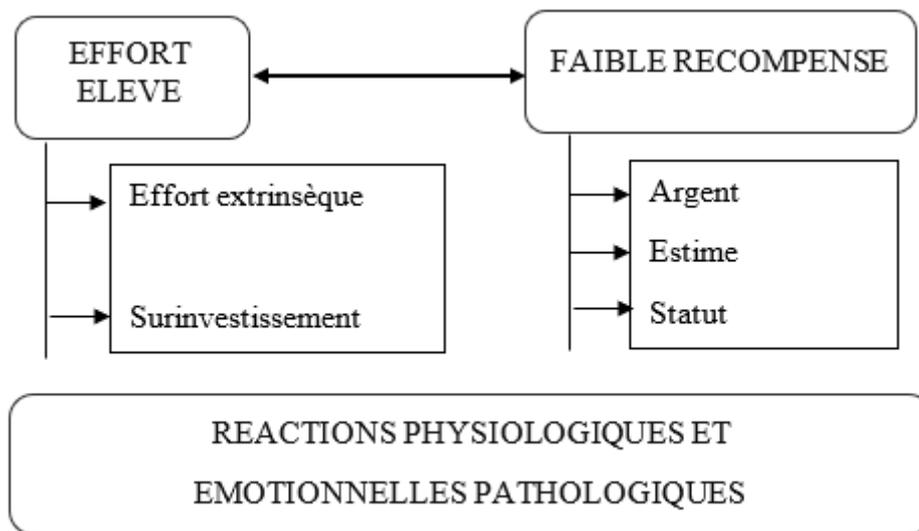


Figure 4 : Modèle de Siegrist : déséquilibre entre l'effort et la reconnaissance au travail (Gérard V. Sylvain L. 2012).

Finalement, la cartographie des RPS n'est possible qu'à la condition de disposer d'une définition d'indices et d'indicateurs permettant de les identifier ainsi que de méthodes d'enquête de terrain pour les rechercher.

## 2- Les indices et indicateurs des RPS

Disposer de repères dans l'évaluation des RPS est requis au vu de la complexité inhérente à ce type de risque. Toutefois, il convient de distinguer les indices et les indicateurs.

Les indices sont des manifestations qui rendent compte des conséquences des RPS tels que les troubles de santé (mal-être psychique, épuisement professionnel, TMS...). L'analyse de ces signes peut mettre au jour les déterminants à l'origine des altérations observées chez les travailleurs (**Gérard V. Sylvain L. 2012**).

Les indicateurs ce sont des données représentatives des RPS (complexité du travail, tensions avec le public, pression temporelle...) dont le suivi, dans le temps, peut renseigner sur l'évolution de l'exposition des travailleurs à ces facteurs de risque.

En synthèse, un indice prend le statut d'indicateur d'une part lorsque le lien de causalité est démontré et d'autre part quand la cause à l'origine des troubles est opérationnalisée sous la forme d'une variable qu'il est possible de mesurer objectivement.

### **2.1- Les exigences du travail**

Elles correspondent à la « demande psychologique » (quantité-rapidité, complexité-intensité et morcellement-prévisibilité) proposée par Karasek (**1979**) ou à celle d'efforts définie par Siegrist (**1996**). Dans ces exigences, il y a la quantité de travail, la pression temporelle au travail, la complexité du travail et les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale.

### **2.2- Les exigences émotionnelles**

Elles correspondent aussi bien aux émotions qu'il faut dissimuler qu'à celles qu'il est nécessaire d'adopter dans certaines conditions (comme dans les activités de service à forte partie de la charge émotionnelle dans le travail).

### **2.3- Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre**

Il s'agit de la latitude décisionnelle dont dispose le travailleur. Cet aspect est aussi valable pour la possibilité de mobiliser et de développer ses compétences ou de donner son avis et d'exprimer ses attentes sur l'organisation de son travail.

### **2.4- Les rapports sociaux et les relations de travail**

Ils rendent compte de la coopération et du soutien social de la part des collègues et de la part de la hiérarchie. Le harcèlement s'inscrit dans ce cadre, tout comme le manque de reconnaissance et l'incertitude provoquée par le manque de clarté du management.

## 2.5- Les conflits de valeur

Ils trouvent leur origine dans des demandes qui sont en opposition avec les normes professionnelles ou sociales des travailleurs, et ce, au regard des caractéristiques des tâches ou des moyens alloués. Il peut s'agir de « conflits éthiques » entre des objectifs de production et des valeurs personnelles ou professionnelles.

## 2.7- L'insécurité de l'emploi et du travail

Il peut constituer un facteur de risque, car elle porte atteinte au sentiment de maîtrise de la situation ainsi qu'à celui d'estime de soi : c'est par exemple le cas des formes d'emploi précaires (intérim, temps, partiel...).

Cette figure rassemble les facteurs susceptibles de contribuer au bien-être et à l'efficacité au travail ainsi que ceux à l'origine du désinvestissement professionnel et du mal-être. Dans certains cas, c'est la présence de ces facteurs qui est favorable et dans d'autres c'est leur absence. Ainsi l'absence de soutien social est défavorable tandis que l'autonomie procédurale est plutôt bénéfique pour le bien-être et la santé au travail.

Il existe aussi des caractéristiques individuelles qui interfèrent avec ces facteurs comme le parcours des travailleurs, les ressources et contraintes extraprofessionnelles ainsi que la trajectoire sociale. Quant aux traits de personnalité, ils semblent pouvoir influencer, mais leur appréciation est délicate d'un point de vue méthodologique et soulève de nombreuses controverses au niveau déontologique et éthique. Selon la présence ou non de ces facteurs, des formes de mal-être et de désinvestissement peuvent se développer au détriment du bien-être et de l'efficacité de l'individu.

Enfin, à côté de ces indicateurs spécifiques, il en existe d'autres liés au fonctionnement de l'entreprise (politique et gestion des ressources, dialogue social, développement et stratégies...), à la santé et à la sécurité des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles, situations graves). L'analyse diachronique, centrée sur les évolutions, peut contribuer à éclairer le développement des facteurs de RPS (Gérard V. Sylvain L. 2012).

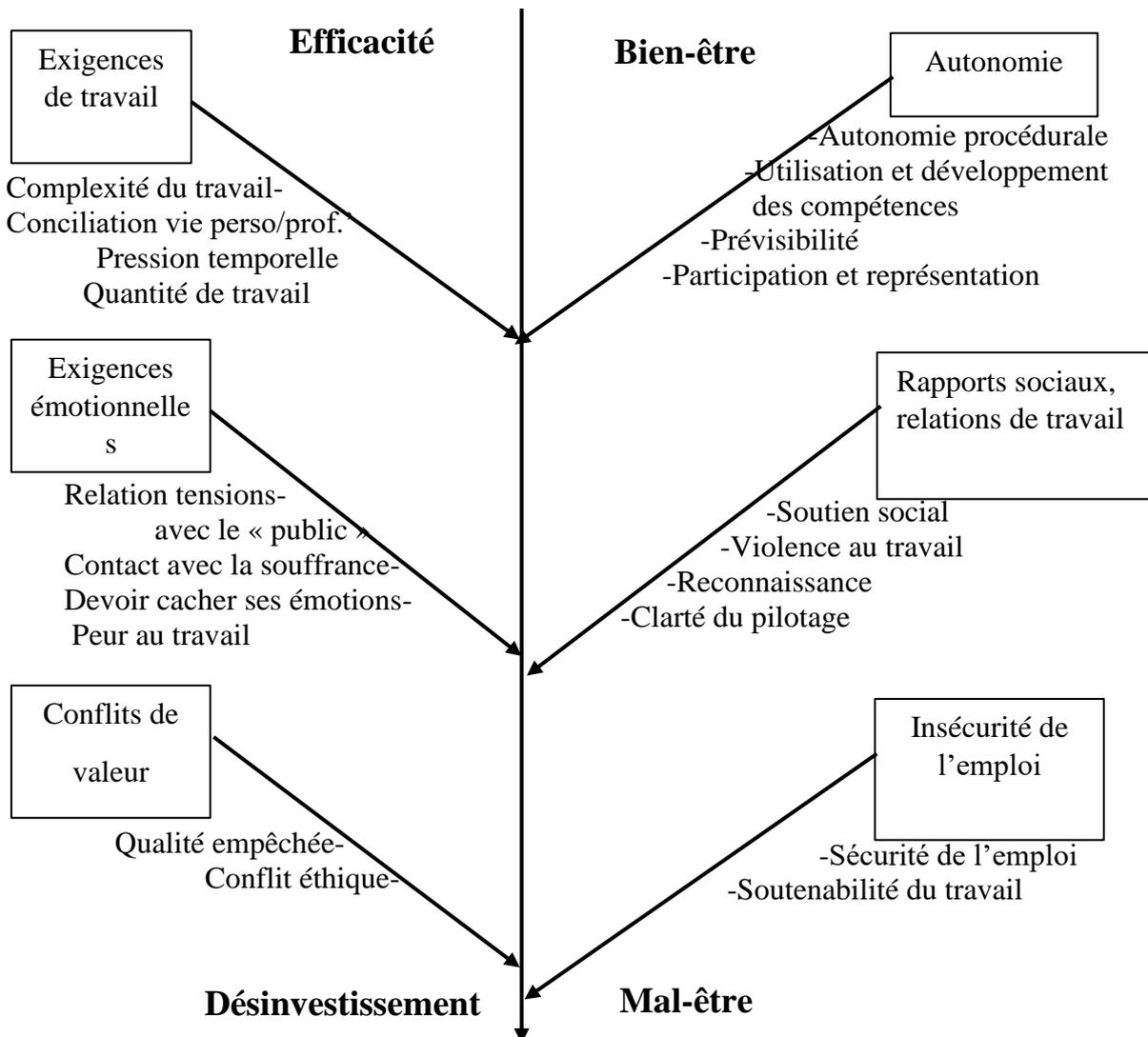


Figure 5 : Indicateurs des risques psychosociaux

Source : les Cahiers des RPS, n° 16 décembre 2010.

### 3- Les conséquences des facteurs psychosociaux au travail

#### 3.1- Conséquences psychologiques

Les facteurs de stress psychosociaux au travail et dans les conditions de travail sont souvent de longue date, qu'elles se produisent en continu ou de temps en temps. Malgré les

nombreuses façons dont les gens sont équipés pour faire face à ces situations, les exigences qui leur sont imposées peuvent dépasser les ressources humaines, les rendant incapables de faire face ou, à long terme, causant de nouveaux problèmes. Les résultats de ces conditions peuvent être considérés comme des perturbations psychologiques et fonctions comportementales. Parmi les premiers indicateurs, sont négatifs des sentiments tels que l'irritation, l'inquiétude, la tension et la dépression.

Troubles cognitifs (par ex. les difficultés de concentration, mémoire et prise de décision) reflétant une capacité de performance inférieure. Des comportements d'évitement visant à l'origine à faire face et la maîtrise peuvent se transformer en comportement obsessionnel fixe et non des troubles intentionnels.

Parmi les effets du stress à long terme les plus couramment mesurés sont des plaintes psychosomatiques et psychiatriques auto-déclarées symptômes ou plaintes concernant le bien-être.

Broadbent et Gath (1979), qui ont comparé divers groupes de travailleurs engagés dans des tâches répétitives au rythme de la machine, tâches auto-rythmées et dans le travail non répétitif se trouve modéré, mais les corrélations systématiquement positives entre l'insatisfaction et symptômes somatiques dans les trois groupes. Les travailleurs engagés dans le travail répétitif ont rapporté plus d'insatisfaction que les travailleurs de tâches non répétitives. La stimulation était corrélée à l'anxiété et, dans une moindre mesure, avec des symptômes somatiques et une dépression.

L'association des plaintes psychosomatiques, abaissée générale de satisfaction dans la vie et l'estime de soi, la dépression, le temps de travail, la charge de travail, les conditions de travail, le contenu de l'emploi, la non-participation, l'incertitude de l'emploi et l'isolement social, a été étudié dans un échantillon de travailleurs exerçant diverses professions (Kroes et al., 1974). Les corrélations les plus élevées ont été trouvées entre l'estime de soi et le contenu de l'emploi ", qui a été défini comme la possibilité d'utiliser et / ou développer ses compétences dans le poste, et la variabilité des contenus du poste.

Être « épuisé » est devenu une expression populaire pour décrire les conséquences des expositions à des conditions stressantes des salariés exerçant des professions impliquant un niveau de contact élevé avec d'autres personnes. Hartman et PerIman (1982) ont défini trois composants de l'épuisement professionnel :

- a) Émotionnel et / ou physique ;
- b) Une baisse de la productivité de l'emploi et
- c) Une sur-dépersonnalisation.

Les fonctionnalités ajoutées par d'autres auteurs incluent moral et attitudes négatives envers les patients, clients ou d'autres personnes avec lesquelles les sujets ont eu affaire, ainsi que des personnes à des attitudes cyniques, absentéisme, roulement de personnel et toxicomanie.

### 3.2- Conséquences comportementales

#### 3.2.1- Rendement du travail

Les employeurs s'inquiètent de la façon dont le stress au travail manifeste des variations dans le rendement au travail de l'employé.

Le modèle le plus largement accepté décrit l'efficacité des performances en tant que fonction de contrainte en « U inversé » (**Welford, 1973**). Cela signifie que les gens fonctionnent de manière optimale lorsqu'ils sont sous un niveau modéré de stress et moins efficace lorsque le stress est soit très élevé, soit faible.

Lorsqu'elles sont soumises à une charge de travail inappropriée, les personnes peuvent, par exemple, changer leur comportement en négligeant les problèmes secondaires et se concentrer sur la tâche principale. L'efficacité d'une stratégie de contrôle donnée de la surcharge et de réduction du stress dépend de la possibilité de l'exécuter dans l'environnement opérationnel et sur les capacités du travailleur lui-même (**Bainbridge, 1974**).

La productivité, ainsi que le stress, ont été affectés par sélection d'une stratégie appropriée dans une enquête impliquant des tisserands industriels (**Hacker et Vaie 1973**). Le haut et les travailleurs à faible productivité ont d'abord été sélectionnés. Le plus les tisserands productifs ont utilisé des stratégies plus efficaces que celles produisant moins. La stratégie commune du premier était d'anticiper et éviter les pannes dans le processus et donc moins de temps a été passé à réparer et corriger pendant la journée de travail. Parce que les deux groupes se sont efforcés d'atteindre les mêmes quotas de production, les tisserands moins productifs ont été soumis à une plus grande charge de travail à la fin du jour. Leur plus grand niveau de stress a été révélé par plusieurs changements. Enseigner aux tisserands les moins productifs, la stratégie d'anticipation a amélioré leurs performances et diminué leur stress.

### 3.2.2- Absentéisme et turn-over

Selon un certain nombre d'estimations, l'absentéisme dû à la maladie a augmenté dans tous les pays industrialisés au cours des dernières décennies. Les fréquences annuelles d'absence ont augmenté davantage plus rapidement que le nombre de jours de travail perdus, ce qui indique que les courtes périodes d'absence ont augmenté plus que les longues. Ces changements sont probablement en partie dus à des modifications de la législation et des prestations d'assurance maladie, mais les facteurs professionnels psychosociaux sont également susceptibles d'être une cause importante.

L'absentéisme et le roulement sont souvent liés à l'insatisfaction de l'emploi. Des conditions de vie insatisfaisantes, ensemble avec des transports médiocres, réduisent considérablement la satisfaction au travail et entraînent de fréquents changements d'emploi. Un examen (**Porter et Steers, 1973**) conclut que l'insatisfaction au travail est un facteur de retrait du travail. Le niveau de satisfaction au travail, en tout, peut être déterminé par une multitude de facteurs liés au travail.

Les revues de la littérature (**Porter et Steers, 1973 ; Clegg, 1983**) indiquent que l'absentéisme et le roulement sont liés aux facteurs suivants dans le milieu de travail :

- Attentes non satisfaites en ce qui concerne la rémunération et les incitations ;
- Peu d'opportunités promotionnelles ;
- Manque de reconnaissance,
- Manque de rétroaction et manque d'équité sur le rôle du superviseur ; superviseur inexpérimenté ;
- Insatisfaction à l'égard des relations avec les collègues ;
- Manque de support ;
- La répétitivité des tâches ;
- Manque de responsabilité et autonomie ;
- Ambiguïté du rôle de travail ; et grande unité de travail.

Il y a la progression d'une tendance au retard à l'absentéisme (**Clegg, 1983**) et de l'absentéisme au turn-over (**Muchinsky, 1977**).

Seamonds (**1982**) a montré une réduction drastique des taux d'absentéisme parmi les employés qui avaient été auparavant fréquemment absents, après participation à un programme

d'évaluation de la santé. Le programme a été mis en œuvre afin de renforcer leurs moyens pour faire face efficacement avec les facteurs de stress au travail.

### 3.2.3- Tabac excessif et consommation d'alcool

Le tabagisme est une habitude dont la santé a bien démontré les conséquences. Cette habitude peut être influencée par un certain nombre de motifs internes et externes. Il a été démontré qu'elle est associée à la tension et à l'anxiété (**Bosse et al., 1978**), plusieurs études ont montré une relation entre le stress au travail et fumeur ; en particulier, la décision d'arrêter de fumer a été négativement liée à l'exposition à divers facteurs de stress au travail (**Driken et al., 1973 ; Eden et al., 1973**).

Consommation d'alcool et évasion accrues ou excessives, le comportement de consommation d'alcool est souvent considéré comme l'un des nombreux mécanismes en réponse aux facteurs de stress psychosociaux au travail. Les preuves en sont cependant rares, en partie à cause de la grande difficulté à obtenir des données fiables sur la consommation de l'alcool et sur l'influence modératrice du patrimoine culturel et les normes sociales.

Dans une étude de Kroes et al. (**1974**), boire de l'évasion corrélé positivement avec la sous-charge et la surcharge de travail, l'utilisation inappropriée des connaissances et des compétences au travail, l'insécurité ancienneté de l'emploi et peu de possibilités de participation, ainsi qu'avec la charge de travail perçue globale estimée.

La consommation d'alcool était corrélée à la santé perçue statut et était significativement lié à la perception stress chez les marins (**Elo, 1979**). Strayer (**1957**) a analysé les dossiers médicaux des clients dans une clinique d'alcoolisation ambulatoire pendant une période de six ans. Les alcooliques étaient caractérisés par une faible satisfaction au travail. Suite plus de la moitié avaient des difficultés à accepter leurs supérieurs. Seul environ 20% estimaient avoir la possibilité de travailler selon leurs propres objectifs professionnels. À propos, un quart n'avait pas d'objectifs professionnels.

Bien que ces résultats mettent en évidence, des nombreux problèmes pourraient théoriquement être des raisons de comportement d'évasion, y compris boire, il est impossible de déduire des relations causales sur la base de ces données.

### 3.2.4- Troubles somatiques chroniques

L'étiologie de la plupart des maladies dites psychosomatiques est largement inconnue. Très probablement, l'étiologie, ainsi que la pathogenèse, est complexe, avec l'interaction entre de nombreuses situations individuelles, suffisantes, nécessaires et des facteurs contributifs. Cependant, des preuves de l'importance des facteurs psychosociaux professionnels s'accumulent rapidement. Quelque de celui-ci est présenté ci-dessous (cf. **Eisdorfer et Elliott, 1982**).

Une tension musculaire isométrique prolongée est connue pour causer de la douleur et peut éventuellement contribuer à certaines maladies fonctionnelles et structurelles des muscles, des tendons et des articulations. L'hypertension labile en raison d'une activation épisodique du système nerveux sympathique déréglementer le système de contrôle cardiovasculaire, à long terme.

## 4- Préservation de la santé psychologique et Prévention des risques psychosociaux

Préserver la santé psychologique et améliorer la performance sont importants à la fois pour la société, les organisations et les individus. Chaque entité peut en tirer des bénéfices en termes d'efficacité, de qualité de fonctionnement et d'efficience.

- **Pour la société**, c'est disposer d'une économie plus productive et compétitive, profiter d'une plus grande harmonie sociale résultant notamment d'une meilleure coordination entre les rôles de travailleur et de citoyen, et moins dépenser pour le traitement et la compensation des atteintes à la santé psychologique.
- **Pour les organisations**, c'est jouir d'une meilleure productivité, grâce notamment à un niveau plus élevé d'engagement, de satisfaction et de bien-être du personnel, d'un climat de travail caractérisé par moins de tensions et plus de collaboration, et d'une diminution des coûts d'assurances et de gestion des absences.
- **Pour les individus**, c'est être plus efficaces et plus heureux, à la fois au travail et dans la vie en général, jouir d'un plus grand soutien social, et avoir une meilleure employabilité en hypothéquant moins leur avenir.

Préserver la santé psychologique et améliorer les performances passent par des actions de prévention visant, minimalement, à concilier ces deux objectifs (**Foucher, Savoie & Brunet, 2003**) et, idéalement, à maximiser leurs rapports. L'atteinte de cet objectif requiert de faire les choix appropriés par rapport à cinq volets d'un système de prévention en santé psychologique au travail :

- **Types et niveaux** : prévenir signifie agir pour empêcher qu'une situation défavorable ne se produise ou pour éviter qu'un état problématique ne se dégrade. Pour adopter ces solutions, divers types de prévention, à des niveaux différents peuvent être requis.
- **Cibles** : la prévention peut avoir pour cibles les atteintes à la santé et la construction de cette dernière. C'est par ces cibles que passe la préservation ou l'amélioration de la santé psychologique au travail.
- **Objets et instruments** : la mise en place d'un système de prévention demande aussi de choisir des objets et des instruments d'intervention, en se basant sur une approche.
- **Processus d'implantation** : l'implantation d'un système de prévention se fait à travers des étapes ayant chacune leur raison d'être.
- **Rôles des acteurs** : la prévention invite différents acteurs à exercer des rôles spécifiques.

#### 4.1- Types et niveaux de prévention

Prévenir, c'est déployer un ensemble plus ou moins coordonné d'actions dans un des deux buts suivants : 1. Empêcher qu'une situation ne se produise ; 2. Eviter qu'un problème ne s'amplifie et y apporter correctifs et réparations. Ces deux finalités renvoient aux fonctions de la prévention identifiées par Mantteson et Ivancevich (**1987**), soit préventive ou curative.

En 1988, Murphy en identifiant trois qu'il a appelés primaire, secondaire et tertiaire. Depuis cette date, cette classification désignant des interventions sur trois fronts différents mais complémentaires a été retenue par de nombreux auteurs.

- **Démarche et méthodologie**

Au vu et au su de la complexité du sujet, que ce soit en matière de tensions ou de diversité des causes, la prévention des RPS ne peut être informelle ou intégrée simplement au fonctionnement de l'entreprise sous la forme d'une charte (des relations clients, du

management, de la qualité...). Il convient d'adopter une démarche globale de projet comportant six phases successives structurées en une ou deux étapes à chaque fois.

1. **Préparer** au préalable du lancement de la démarche, quatre conditions essentielles sont requises :
  - Mobiliser des acteurs internes (direction, encadrement, instances représentatives du personnel, employés) et externes (médecin du travail, inspection du travail, IRPP, consultants, experts...);
  - Désigner un animateur qui fait office de responsable de projet ;
  - Constituer un comité de pilotage (COPIL) ;
  - Identifier un référent décisionnaire.

<i>Phases</i>	<i>Étapes</i>	<i>Questions</i>
Préparer	Mobilisation	Quelle participation des acteurs internes/externes ?
	Identification	Qui va animer et prendre des décisions ?
S'accorder	Motivation	Quelle est la cause (ou les causes) à l'origine de l'action de préventions ?
	Définition	Quel est le but visé par l'action de prévention ?
Repérer	Prédiagnostic	Quel est le problème à étudier ?
	Diagnostic	Quel est le niveau d'exposition des salariés au RPS ?
Elaborer	Groupe de travail	Quelles solutions à mettre en œuvre pour prévenir les RPS ?
Appliquer	Action	Quelle conduite du changement ?
Piloter	Suivi	Quel est l'effet des actions de prévention ?

Figure 6 : Phases et étapes de la démarche globale de prévention des RPS

Ces conditions sont essentielles pour la réussite de la démarche et assurer la mise en œuvre de mesures de prévention donnant des résultats probants. Parmi les acteurs internes impliqués, on trouve :

- **La direction** : qui joue un rôle majeur pour prendre les mesures nécessaires en réponse aux risques identifiés ; elle détient également des informations éclairantes sur les RPS, notamment au travers des indicateurs relatifs à la santé et sécurité au travail (AT/MP) mais aussi des indicateurs RH (absentéisme, turnover) ou liés à la production (défauts, incidents). Sa participation garantit d'une part un engagement dans la mise en œuvre des mesures et d'autre part une pérennité de la démarche, notamment pour en assurer le suivi ;
- **Les instances représentatives du personnel (CHSCT ou DP)**, de par les missions qui leur sont dévolues dans le Code du travail (art. L. 236-1 à L. 236-13), reçoivent les plaintes individuelles des travailleurs.

Elles disposent également d'informations relatives à la prévention des risques dans l'entreprise comme le document unique, la fiche d'entreprise du médecin du travail, les comptes rendus de contrôle, les rapports d'enquêtes sur les accidents du travail... elles ont également un rôle de veille pour assurer une intégration aisée des dispositions préventives des RPS. Enfin, elles ont la possibilité de recourir à un expert agréé (art. L. 4614-12) pour bénéficier d'un avis externe ;

L'encadrement (contremaître, chef de service, responsable de secteur...), qui contribue à la fois à l'application de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité au travail ainsi qu'à l'amélioration de la prévention des accidents et maladies professionnelles. Sa proximité avec les travailleurs permet de préciser des tensions dans le travail et d'identifier des réponses possibles. Son rôle est essentiel pour réguler les conditions de travail en trouvant, par exemple ; des solutions conciliant les objectifs de travail avec les moyens nécessaires. Il peut également apporter un soutien direct aux travailleurs ;

- **Les employés**, qui sont mobilisés en raison de leur connaissance sur la réalité et le vécu du travail. Ils présentent une expertise significative quant aux difficultés rencontrées dans les situations de travail. Ils ont un rôle tout au long de la démarche, aussi bien pour alerter la hiérarchie sur les problèmes, participer à la compréhension des situations tendues, contribuer à la recherche de solutions et s'impliquer dans leur application.
- **Les acteurs externes** apportent une vision distanciée des situations de travail en raison de leur position. Ils donnent également des pistes d'action issues d'expériences éprouvées dans d'autres entreprises.
- **Le médecin du travail** détient des données sur la santé de chacun des travailleurs, à partir desquelles (dans le respect du code de déontologie médicale) il peut renseigner des indicateurs de santé collective pour l'ensemble du personnel. Ces informations enrichissent les analyses et orientent les mesures de prévention. Il peut également réaliser des actions comme la sensibilisation des personnels ainsi que le suivi de leur état de santé dans le temps.
- **L'IPRP** (Intervenant spécialisé dans la prévention des risques professionnels), spécialiste de la prévention, souvent issu de l'ergonomie ou de la psychologie du travail, qui fait partie du service de santé au travail. Son champ d'intervention concerne l'analyse du lien entre les situations de travail et l'état de santé des travailleurs. Il peut jouer un rôle d'animateur de la démarche de prévention.
- **L'inspection du travail et l'assurance-maladie**, qui exercent un rôle de conseil et de contrôle auprès de la direction de l'entreprise. Ils ont une grande maîtrise des règles et

normes en matière de conditions de travail tout en étant indépendants, ce qui leur permet d'influer significativement sur les démarches de prévention et d'assurer également la médiation entre la direction et les employés. Enfin, ils disposent de mesures ainsi que de moyens pour inciter la mise en œuvre de ces démarches.

- **Les consultants, spécialistes mono-ou pluridisciplinaires** dont l'intervention répond à la demande de la direction à partir d'un cahier des charges. Ils proposent généralement une prestation spécifique qui tient compte des contraintes et exigences pour mener une démarche de prévention des RPS. Leur extériorité et leur spécialisation garantissent une neutralité dans la conduite des opérations ainsi que l'assurance d'une qualité dans la prestation réalisée, notamment quant aux conseils apportés.
- **Les experts**, qui sont agréés par le ministère du Travail pour accompagner les entreprises ou leurs représentants en cas de risque professionnel grave ou de projet important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail. Dans le cas des RPS, ils interviennent surtout pour éclairer les membres du CHSCT quant à l'exposition des salariés aux facteurs de RPS et peuvent éventuellement suggérer des pistes d'action en matière de prévention.
- **Les organismes institutionnels (ANACT, ARACTs, OPPBTP, MSA, INERIS, INRS, services du ministère du Travail)**, qui élaborent et diffusent de l'information pouvant aider les entreprises dans leur démarche de prévention des risques professionnels. Ils ont surtout un rôle en matière d'information ou d'alerte.

Face à cette diversité, il convient de nommer un chef de projet en charge de l'animation, dont le rôle est de coordonner la participation des acteurs afin d'assurer l'avancée de la démarche au cours des différentes phases et étapes.

2. **S'accorder.** – la prévention des RPS passe nécessairement par une acceptabilité sociale de ce type de risque à la fois par les instances de gouvernance de l'entreprise mais aussi par les IRP. Or, cette acceptabilité est construite à partir de normes sociales dont la définition est le résultat d'un consensus collectif débattu par les parties prenantes. Il convient donc de se mettre d'accord sur les RPS et plus précisément de s'entendre sur l'origine de l'action de prévention (un événement problématique, la législation, une volonté de la direction, une demande des salariés...). C'est aussi l'occasion de préciser les situations de travail qui vont être abordées, ainsi que la terminologie employée pour caractériser les RPS (stress, harcèlement, incivilités...). Cette phase préalable doit également permettre d'indiquer les objectifs visés : préserver les conditions de travail,

répondre à des obligations réglementaires, améliorer des situations dégradées, etc. Cette étape repose donc sur un débat social pouvant donner lieu à la rédaction d'un accord de méthode (art. L. 1233-21 du Code du Travail). Celui-ci permet de définir le cadre d'un dialogue social favorable à la construction d'un accord de fond qui va méthode représente en quelque sorte la première brique à la construction d'une initiative volontariste partagée par la direction et les IRP.

- 3. Repérer.** – dans cette première phase de recueil sur le terrain, il existe deux étapes articulées : l'une préalable dite de « pré diagnostic » et l'autre centrale de « diagnostic ». le pré diagnostic repose sur une approche exploratoire et ouverte des situations susceptibles de générer des tensions excessives portant atteinte à la santé des salariés ou à la performance de l'entreprise. Cette investigation permet d'avoir un premier aperçu des RPS et plus précisément de leur nature ; s'agit-il d'un problème de harcèlement, d'incivilités, de stress ? le pré diagnostic permet d'objectiver les problèmes afin d'éclairer l'ensemble des acteurs engagés dans la démarche. Il est préférentiellement réalisé à l'aide d'outils d'alter-évaluation, par l'analyse de traces de l'activité de travail, de données liées au fonctionnement de l'entreprise (indicateurs organisationnels, de production, économique), de données médicales recevables et par la consultation de quelques travailleurs lors d'observations ouvertes et d'entretiens individuels. Cette étape permet non seulement de positionner la problématique de RPS dans le contexte de la demande et des situations de travail mais aussi de révéler les aspects du travail à interroger de manière systématique. Ainsi, elle va guider les analyses successives.

Le diagnostic vise pour sa part à établir la cartographie précise des RPS, c'est-à-dire à préciser l'ampleur du problème, identifier les déterminants du travail à l'origine des atteintes à la santé et repérer les groupes de salariés en difficulté pour définir des cibles d'action prioritaires. Dans cette étape, les outils d'autoévaluation sont préférentiellement utilisés, en complément d'entretiens collectifs ou individuels et d'observations guidées du travail réel. Néanmoins, les résultats de ces méthodes doivent être mis en perspective, voire enrichis avec ceux des outils d'alter évaluation. In fine, le choix des outils doit tenir compte des spécificités du travail, des exigences des tâches, des caractéristiques des travailleurs afin de pouvoir mettre en évidence des difficultés liées aux réalités des situations de travail vécues.

L'évaluation des RPS consiste donc à les identifier ainsi qu'à évaluer les niveaux d'exposition. L'usage d'un questionnaire validé permet de cibler et codifier les informations

recueillies, autorisant ainsi le calcul d'un score qui peut dans certains cas prédire une altération de la santé ou la présence avérée de facteurs de risques.

Les données collectées doivent faire l'objet d'un traitement statique descriptif (moyenne, médiane, fréquence) et différentiel (corrélations possibles) croisant les réponses avec les caractéristiques sociodémographiques (service de rattachement, âge, genre, type de contrat de travail...) des répondants, et ce, afin d'identifier les populations les plus exposées. Il peut également être intéressant de repérer les défauts de régulation, de remonter aux causes dans l'organisation du travail, le management, les politiques RH, la communication, dans la conduite des changements, le dialogue social en lien avec leur impact sur le bien-être et la santé grâce aux éléments réunis avec des outils validés, comme le GHQ.

Champ d'influence	Principaux déterminants
Activité professionnelle	Qualité du travail ; Charge du travail ; Charge de travail émotionnelle ; Rôles et responsabilité ; Moyens, outils ; Pratiques et compétences professionnelles
Soutien social	Isolement ; Fonctionnement du collectif ;
Lien managérial	Marges de manœuvre ; Style managérial ; Soutien managérial.
Organisation et processus décisionnel	Flux et ressources ; Management à distance ; Articulation pluridisciplinaires ; Conduite du changement ;
Emploi et environnement du poste	Valeurs, éthique ; Rémunération et évolution ; Conditions physiques ; Conciliation des univers de vie.

*Tableau 2 : Référentiel des champs d'influence et des déterminants des RPS*

Le référentiel des déterminants et champs d'influence des RPS ; montre l'étendue des sujets à investiguer et les compétences mobilisées pour les analyser (UNIFAF, 2011). Face à cette diversité de variables, une approche pluridisciplinaire est requise (tableau en bas), car l'enjeu est de mettre en perspective des connaissances issues de sphères distinctes en lien avec les RPS. Ainsi, des connaissances en ergonomie, psychologie clinique et du

travail, ainsi qu'en physiologie du travail sont nécessaires pour traiter des liens entre l'individu, sa santé, son travail et plus largement son environnement.

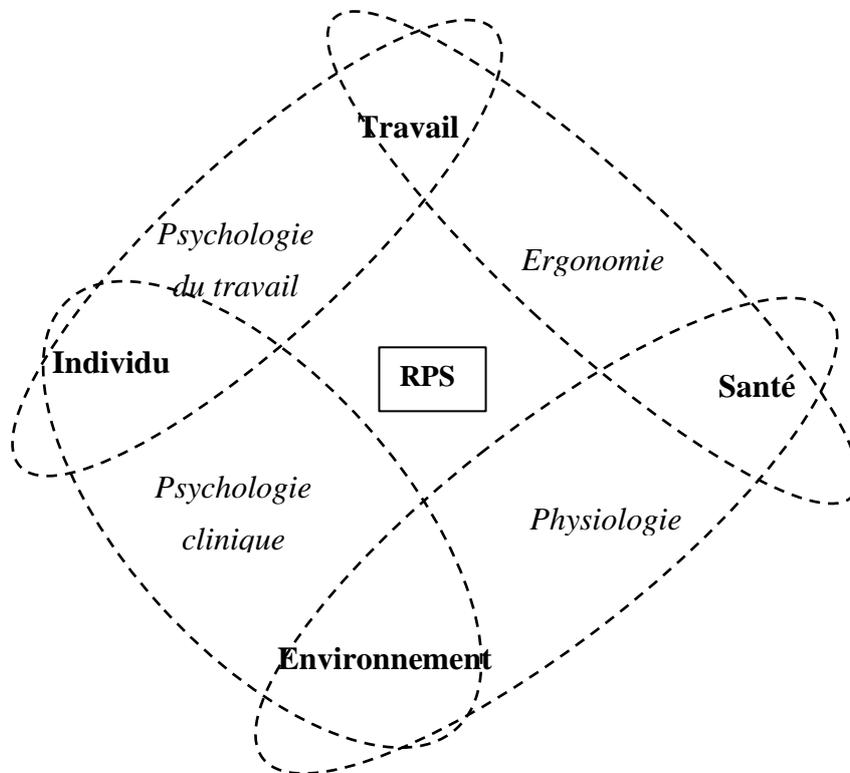


Figure 7 : Approches et objets étudiés dans la prévention des RPS

4. **Elaborer.** – Cette phase repose sur l’animation de groupes de travail, associant des représentations des travailleurs, qui vont contribuer à construire des solutions. Celles-ci vont alimenter le plan d’action dès lors que le COPIL les a validées. Il est possible de distinguer différents types de mesures selon le niveau de prévention visé

- **La prévention primaire**

Visée à éliminer les risques à la source ; c’est en s’attaquant aux causes des problèmes qu’elle cherche à diminuer les atteintes à la santé psychologique. Cela lui confère deux avantages marquants : elle est conforme à ce que requiert la législation divers pays, elle s’avère la plus efficace des formes de prévention. En revanche, son implantation s’avère exigeante, entre autres pour trois raisons :

- a) Elle requiert le soutien de la direction ;
- b) Elle est susceptible de faire appel à des changements profonds dans la culture organisationnelle et dans l'organisation du travail ;
- c) Elle peut nécessiter des investissements importants de temps et de ressources. C'est pourquoi elle demeure moins répandue que les autres types de prévention, malgré ses avantages.

Les interventions de type primaire ont pour toile de fond des modèles et des résultats de recherche touchant, premièrement, le contexte de l'organisation :

- a) Sa culture, qui traduit l'importance accordée à la santé psychologique et qui renforce les pratiques susceptibles de contribuer ou de nuire à cette dernière ;
- b) Son climat, qui reflète notamment dans le respect, la confiance et, à l'opposé, le harcèlement et la violence, dont les effets se font sentir sur le niveau de stress et de bien-être des individus ;
- c) Le style de leadership qu'elle privilégie et les possibilités de participation qu'elle laisse aux individus, qui conditionnent le degré de support qu'ils reçoivent et les possibilités qu'ils ont d'exercer de l'influence ;
- d) La justice et, à l'opposé, les jeux politiques, qui influencent la sécurité psychologique et le stress ressentis ;
- e) Ses pratiques d'organisation du travail, qui ont des effets sur les rapports entre les demandes et les ressources, la clarté des rôles et la charge de travail, trois facteurs ayant une incidence sur le stress ;
- f) Ses pratiques d'évaluation et de reconnaissance, qui ont des répercussions sur des composantes de la dynamique individuelle telles que la confiance et d'estime de soi.

Les interventions de type primaire ont de trait, deuxièmement, à des activités de gestion des ressources humaines touchant directement les individus :

- a) Les pratiques de sélection du personnel, qui amènent à choisir des individus plus moins aptes et motivés à exercer leurs fonctions et plus ou moins bien adaptés au contexte organisationnel ;
- b) Les politiques et pratiques de développement des compétences, qui influent sur la capacité des individus à exercer leurs fonctions, sur le sentiment de compétence et, indirectement, sur leur niveau de stress, de satisfaction et de bien-être ;

- c) Les pratiques de gestion de carrière, de conservation du personnel et de licenciement qui ont des répercussions sur la sécurité psychologique et le stress éprouvés. C'est en intervenant sur l'une ou plusieurs de ces neuf catégories d'objets que se déploie un programme de prévention primaire.

- **La prévention secondaire**

Est composée d'interventions visant à limiter les effets des RPS sur la santé psychologique, en habilitant les individus à mieux les gérer. Les interventions de prévention secondaires se divisent en deux types visant chacun à habilitier les individus à gérer les risques. Celles du premier type ont pour objectif d'aider les individus à être plus conscients (awareness) et attentifs face aux RPS. Elles consistent essentiellement en activités d'information décrivant ces derniers, montrant leurs conséquences et suggérant des moyens d'action ; elles prennent la forme de documents écrits, de conférences, de séminaires ou d'ateliers de travail. Les interventions du second type cherchent à doter les individus des compétences les aidant à mieux affronter les situations présentant des risques. Différentes composantes de la compétence peuvent visées : celles à la périphérie ; soit les connaissances et les habiletés ; ou les plus profondes, comme le soi en général ou sur la gestion de facteurs spécifiques de risque, comme le stress et les conflits. Elles ont pour objectifs d'aider les individus à devenir plus conscients de leurs réactions et de leurs stratégies face aux risques ciblés.

- **La prévention tertiaire**

Elles ont un caractère réactif et curatif. Leur but est d'aider les employés en difficulté à résoudre leurs problèmes, à prévenir une aggravation ou une rechute, ou à atténuer les effets de cette dernière advenant une nouvelle situation problématique. Ces interventions peuvent prendre quatre formes :

- a) Les programmes d'aide aux employés (PAE), qui visent à assister deux types de personnes : celles aux prises avec des problèmes de nature personnelle tels qu'une toxicomanie, un divorce ou une dépression perturbant le travail et celles avec des problèmes de nature professionnelle, comme un épuisement professionnel (burn-out) ou du harcèlement du travail affectant leur santé psychologique et leur rendement ;

- b) Les groupes de soutien : qui ont pour rôle d'aider les personnes dont la santé psychologique est atteinte ou celles qui ont contracté de mauvaises habitudes de vie ;
- c) Les interventions sur la gestion du stress post-traumatique dont le but est d'aider des victimes exposées à un événement traumatique, tel un vol à main armée et le suicide d'un collègue, à retrouver équilibre et capacité de travailler ;
- d) Les programmes de réintégration au travail de personnes de personnes en absence prolongée en raison d'une maladie ou d'un accident, qui visent à faciliter la réadaptation par l'augmentation progressive du temps de travail, l'offre de soutien et la création d'un accueil favorable.

Les deux derniers niveaux de prévention peuvent s'apparenter respectivement à de la protection et de la réparation étant donné la portée de leur action. Néanmoins, ce sont bien des mesures de prévention dans la mesure où elles sont définies a priori, avant que le risque ne se concrétise. Leur mise en œuvre doit alors permettre de réduire les conséquences des risques ou, tout le moins, s'assurer que les dommages causés puissent être résorbés. Ainsi, la prévention primaire constitue le niveau d'action à privilégier dans tous les cas. Sa mise en œuvre peut tout à fait s'articuler avec les deux autres niveaux qui, en revanche, ne peuvent constituer des solutions à eux seuls.

La diversité des axes de prévention peut être résumée par la figure ci-après. Ces champs d'action montrent les voies qui peuvent être empruntées pour prévenir les RPS à la fois au niveau du travail, de son organisation et de ses conditions.



Figure 8 : Champs d'action dans la prévention des RPS

Selon Gardell (1981), cinq conditions sont nécessaires pour qu'un environnement psychosocial de travail soit satisfaisant. Le travail doit être conçu :

- De façon à ce que chacun puisse influencer les situations, les méthodes et la vitesse d'exécution ;
- De façon à ce que chacun ait une vue d'ensemble et une compréhension des différentes opérations ;
- Pour donner à chacun la possibilité d'utiliser et de développer la totalité de ses ressources ;
- Pour permettre les contacts humains et la coopération entre ses acteurs ;
- Pour donner à chacun le temps nécessaire à la satisfaction de ses rôles et obligations extérieures tels que les tâches familiales, sociales ou engagements politiques.

5. **Appliquer** : Cette phase se caractérise par la mise en œuvre concrète des mesures définies dans le plan d'action. En fonction des niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire), les changements induits dans le travail sont plus ou moins perceptibles. S'agissant des mesures de prévention primaire Par exemple, elles

supposent une transformation des situations dont les changements peuvent être perceptibles par les opérateurs et générer une certaine résistance quant à leur acceptation. Aussi, il convient de définir des modalités dans le travail quotidien. Celles-ci peuvent s'opérationnaliser via des sessions de formation, des séances de simulations, des procédures de tutorat.

6. **Piloter** : Cette dernière phase consiste à définir des indicateurs qui vont permettre d'apprécier, dans le temps, l'évolution de l'exposition des travailleurs aux RPS. Ainsi, l'effet des actions d'amélioration des conditions de travail, définies dans la phase précédente, peut être mesuré et éventuellement supposer des ajustements. Le suivi temporel doit s'appuyer sur des indicateurs issus de la gestion des ressources humaines (absentéisme, turnover, mouvements sociaux...), du service de santé au travail (accidents du travail, maladies professionnelles, constats de sur engagement ou de démotivation, expression de fatigue importante...), du fonctionnement de l'entreprise (défauts de qualité, relation clientèle). Il convient également de prêter une attention aux signaux faibles comme des plaintes récurrentes, la non-implication des travailleurs dans des projets, des situations de retrait ou de tensions interpersonnelles internes.

L'évaluation correspond au suivi de l'efficacité des mesures définies dans le plan d'action. Elle se réalise, notamment, à l'aide des indicateurs de dépistage identifiés dans les phases de pré diagnostic et diagnostic grâce aux outils d'alter- et autoévaluation. Cette fois-ci, il peut alors s'agir de ne retenir que quelques éléments à apprécier ou quelques questions à administrer, dans la mesure où les informations collectées sont éclairantes de la situation qui a précédé le plan d'action.

La conduite d'une démarche de prévention des RPS ne peut être réalisée que par un collectif d'acteurs internes et externes pour au moins deux raisons :

- Le caractère plurifactoriel des RPS suppose la maîtrise de différents domaines de connaissance en lien avec le travail, l'organisation, la santé et l'individu ;
- La thématique des RPS est au cœur des relations professionnelles et du dialogue social car elle révèle toutes les complexités du travail prescrit, réel et vécu.

Quant aux actions de prévention, les différents niveaux sont complémentaires. Néanmoins, l'élimination ou la réduction des risques peut requérir de mettre en place des dispositifs de protection, par exemple, ou de normalisation des environnements de travail, voire des comportements des opérations. Or ces actions vont renforcer la prescription alors que le travail

est un lieu d'opportunité pour construire la santé dès lors que des moyens de régulation, sous la forme d'environnements de travail capacitant, par exemple, sont à la disposition des travailleurs.

## 5- Les composantes positives de la santé psychologique

La santé psychologique au travail se mesure par le bien-être, la satisfaction et l'engagement. Elle constitue un état d'adaptation active par des motivations pour le travail lui-même. Enfin, elle est marquée par le développement et l'investissement de ses talents et compétences. Pour démontrer ces caractéristiques essentielles à la santé et à la performance durable, l'individu doit posséder des traits et des dispositions, tels que la résilience et le sentiment d'efficacité personnelle, faisant aussi l'objet de cette section.

### 5.1- Bien-être au travail

Définir le bien-être au travail impose une double démarche. Nous considérons d'une part le bien-être au travail comme politique d'entreprise visant à tendre à la fois vers l'efficacité et vers la prise en charge des risques psychosociaux ; d'autre part nous expliciterons ce que constitue le bien-être au travail, entendu du point de vue des individus qui travaillent, des groupes de travailleurs de l'entreprise.

Le bien-être au travail est une notion complexe, marquée par des apports différents qui se manifestent dans les définitions et les indices servant à mesurer ce construit. Gallagher et al. (2009 ; Fisher, 2014) ont dégagé par analyses factorielles trois conceptualisations du bien-être général ayant chacune des composantes spécifiques ;

1. Le bien-être hédonique, composé d'affects positifs, d'affects négatifs et de la satisfaction face à la vie ;
2. Le bien-être au plan social, qui s'exprime entre autres dans l'intégration sociale et les relations positives avec les autres ;
3. Le bien-être eudémonique, constitué de quatre des six dimensions identifiées par Ryff en 1989 : l'acceptation de soi, l'autonomie, l'établissement de relations positives avec les autres, la capacité de gérer l'environnement de façon conforme à ses besoins et valeurs, la poursuite d'objectifs significatifs et d'une vie qui a du sens, le développement et la croissance continue en tant que personne.

Pour cerner le bien-être eudémonique en milieu de travail, Dagenais Desmarais (2010) a conçu un questionnaire mesurant cinq facteurs : l'adaptation au milieu de travail ; le sentiment d'accomplissement au travail ; le sentiment de compétence face à son travail ; le désir de s'engager au travail ; et le sentiment d'être reconnu et apprécié au travail. Ajoutons que dans la tradition eudémonique vise la satisfaction des besoins humains fondamentaux de compétence, d'autonomie, de relation et d'acceptation de soi, et qu'elle met l'accent sur la recherche de sens, de congruence et de réalisations de soi.

### **5.2- Bon travail, Beau travail**

Faire du « bon travail » ou du « beau travail » constitue un enjeu de santé pour les salariés, quel que soit leur travail, et sous-tend le lien de solidarité qui s'exprime dans le travail.

Travailler impose à la fois de se plier à un but assigné par autrui et d'y mettre du sien. Qu'il s'agisse des objectifs à atteindre, des consignes à respecter, de procédures à mettre en œuvre, le but est le résultat attendu par la hiérarchie, le collègue, le client. C'est ce que l'ergonomie appelle la prescription, indissociable du travail. Mais cela ne suffit pas pour que le travail se fasse. Encore, faut-il que le travailleur s'engage, se mobilise et, ce faisant, espère trouver la satisfaction d'un besoin vital. Ce but, venant de l'extérieur, se double rapidement de mobiles propres à la personne concernée, ce qui la pousse à travailler et donne à son travail telle ou telle orientation. Dans ce chemin entre le prescrit et le réel, elle fait l'expérience de la résistance de l'objet (le bois accroche, la machine grippe, ce dossier est incompréhensible...). Elle découvre aussi et surtout que sa façon de travailler a des conséquences sur l'activité des autres, des collègues, des patients, des clients. Face à cette double révélation, elle éprouve alors le besoin d'apporter des modifications, des améliorations à des dimensions de la situation que la consigne ne prend pas en compte. Autrement dit, l'activité de travail se loge dans ses améliorations, souvent invisibles à celui qui n'est pas du métier, mais qui permettent aux professionnels de se dire qu'il s'agit là de « beau et bon travail », de se reconnaître : un travail fait dans les règles du métier, tout en portant la trace de sa singularité, un travail qui rentre en lien et en résonance avec les autres, qui a son utilité.

### **5.3- Reconnaissance, identité**

La souffrance au travail mérite d'être considérée au regard de cette possibilité ou non de donner forme humaine à son travail et d'en débattre avec les collègues du même métier, car

chacun est porteur de sa propre dimension du travail bien fait. Pour passer de l'engagement\* individuel à la construction de règles de métier, il faut que les travailleurs élaborent collectivement les critères du « beau travail ». Or il y a là une difficulté de taille : ce point de vue du travail, expression du rapport sensible et singulier à la situation de travail, avec ses contradictions, ses dilemmes, ses tentatives d'amélioration, est partiellement obscur, y compris pour les travailleurs eux-mêmes, et donc difficile à élaborer.

Reconnaître cet engagement et cette contribution individuelle passe par l'élaboration collective d'un jugement de beauté : c'est du beau travail ! » Seuls les collègues, qui connaissent le métier, sont susceptibles de formuler ce jugement. Ce jugement ne signifie pas seulement que le travailleur maîtrise les règles de métier, mais qu'il y a aussi mis sa touche personnelle. Non seulement il connaît le métier, mais ses collègues reconnaissent son style, ce qui le distingue des autres. Le beau travail témoigne de l'appartenance à un groupe, mais aussi de la singularité de celui qui travaille. Cependant, quand les équipes de travail sont des collections de travailleurs sans identité collective et sans possibilité de se construire une identité par le travail, la santé se dégrade.

#### **5.4- L'estime de soi, la santé, le travail**

De nombreux liens entre estime de soi et santé ont été mis en évidence, ainsi que leur caractère plus ou moins direct. Ces liens répondent aux caractéristiques déjà décrites : souvent circulaires, ils dépendent de mécanismes relevant de la théorie de la complexité. Les niveaux d'estime de soi, entre autres, positivement associés au bien-être et à la santé globale, et inversement à ceux de dépression, d'anxiété, de burn-out ou de maladies cardiovasculaires. En favorisant la résilience et le développement d'un réseau social plus robuste, l'estime de soi permet de faire face aux difficultés de la vie comme la maladie ou le stress. Elle entre aussi en jeu dans l'adoption de comportements comme la consommation de psychotropes. La sociologie des organisations, s'intéressant à l'estime de soi au travail, a développé différents modèles compréhensifs de cette notion. (Pierce L. et al., 1989)

L'organization-based self-esteem (OBSE), construite par Jon Pierce et ses collègues (1989), est définie comme la valeur qu'un employé s'accorde à lui-même en tant que membre actif d'une organisation. L'OBSE montre des liens avec le bien-être, la satisfaction, la motivation et le

niveau d'engagement, et de façon plus ténue avec les performances au travail. Ce modèle regroupe les déterminants de l'OBSE en trois grandes familles :

1. L'environnement organisationnel comme le type d'organisation du travail, la justice et l'équité, les conditions d'exercice du rôle ;
2. Les messages donnés par les autres signifiants comme la reconnaissance, la confiance, le respect ;
3. Les expériences individuelles comme l'intégrité, la formation et l'expérience, que l'on peut mettre en lien avec les travaux d'Albert Bandura sur l'auto-efficacité perçue.

## Conclusion du chapitre

Les facteurs psychosociaux au travail font référence aux interactions entre et parmi l'environnement de travail, le contenu du poste, l'organisation des conditions et capacités des travailleurs, besoins, culture, personnel considérations extra-professionnelles qui peuvent, à travers des perceptions et expérience, influencer la santé, la performance au travail, l'emploi et la satisfaction.

L'environnement de travail, les tâches et les facteurs organisationnels sont des représentatifs des préoccupations. Les réactions des travailleurs dépendent de facteurs tels que leurs capacités, besoins, attentes, culture et vie privée. Celles-ci, les facteurs humains peuvent changer au fil du temps, reflétant l'adaptation d'autres influences. Une interaction négative entre les conditions et les facteurs humains peut entraîner des troubles émotionnels, problèmes de comportement et changements biochimiques et neuro-hormonaux, présentant des risques supplémentaires de maladie mentale et physique. Des effets négatifs sur la satisfaction au travail et la performance au travail peuvent également être attendus. Un équilibre optimal entre les facteurs humains et les conditions de travail suggérerait une situation psychosociale travail ayant une influence positive, notamment en ce qui concerne la santé

Le chômage et le sous-emploi sont apparemment liés aux facteurs psychosociaux au travail. Dans de nombreux pays industrialisés, la situation de l'emploi s'est détériorée ces dernières années.

Il y a des indications que le chômage a augmenté de la même manière dans un certain nombre de pays en voie de développement. L'instabilité de l'emploi affecte le bien-être des travailleurs.

Ils deviennent plus prêts à accepter un travail dans de mauvaises conditions de travail. Ils sont souvent soumis à des heures de travail difficiles et longues et à une mauvaise qualité de travail. La menace de perdre son emploi s'ajoute à celle liée à la tension d'emploi des travailleurs. Les mauvaises conditions, l'emploi précaire, des grandes familles et la malnutrition (ou la sous-alimentation) se combinent souvent pour mettre les travailleurs dans une position de faiblesse pour faire face à leur fardeau total.

**CHAPITRE IV : L'APPORT DE LA  
MÉDECINE DU TRAVAIL FACE AUX  
RPS**

## Préambule

Chaque société a sa culture, et ainsi elle a sa propre interprétation et représentation de la santé, ainsi que le mode de traitement ou de maintien de la santé. L'OMS définit la santé comme étant un « *état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmite* » (OMS), au milieu de travail, pour le cas des RPS, les entreprises peuvent solliciter l'aide de plusieurs spécialistes comme le médecin du travail, l'ergonome, psychologue, des sociologues des ingénieurs, leurs statuts est différents, mais chaque spécialiste que est sollicité, il est très important et essentiel pour en finir avec le problème auquel les entreprises font face.

Dans ce chapitre, nous aborderons le rôle du médecin du travail face aux RPS dans une entreprise, en étudiant le type d'aide qu'il peut apporter, la conduite qu'un médecin doit tenir, le rôle du psychologue du travail et comment ces deux spécialistes travaillent ensemble dans le cas des RPS.

### **1- Quelle aide peut apporter le médecin du travail en cas des salariés atteint des RPS ?**

La première règle pour le médecin du travail est de prendre « l'affaire au sérieux » et donc d'accepter de bousculer un agenda pour recevoir un salarié en souffrance, et pas seulement pour rédiger un courrier s'adressant à son médecin traitant, pour un arrêt de travail. Quand la souffrance en vient à s'exprimer dans le cabinet médical, le problème est ancien ; le salarié s'est déjà mobilisé et a mobilisé son entourage. Il ne fait pas nécessairement le lien avec le travail et incrimine les relations interpersonnelles. Le médecin du travail doit être convaincu qu'il est bien placé pour aider le salarié en difficulté ; pas question de se dérober son niveau de stress sur une échelle de mesure. Cette première rencontre, parfois dans l'urgence doit prévoir un nouveau contact rapproché si le temps de la consultation a été insuffisant, y compris pendant l'arrêt de travail, pour prendre le temps du récit et de l'entretien clinique.

La deuxième règle pour le médecin du travail, est de ne pas chercher à savoir « qui a raison », « qui dit vrai ». Le point de vue de chacun est souvent légitime au regard de sa fonction ou de

ses missions. L'école clinique spécifique du médecin du travail cherche à repérer les déterminants professionnels concrets de la souffrance exprimée.

Le médecin du travail peut faire référence à la dégradation d'une situation collective de travail sur une fiche de visite individuelle. Ceci bien sûr avec l'accord du salarié concerné (« personne sentinelle »).

Dans une petite entreprise par exemple, le médecin du travail ne peut agir sans s'être informé auprès du chef d'entreprise de son propre vécu du travail, étant lui-aussi un travailleur. Il n'est pas dans ses prérogatives de « prendre en charge » ces employeurs mais connaître ces éléments peut permettre de dénouer une situation mal engagée. Enfin, le médecin du travail va être particulièrement vigilant dans certains secteurs bien identifiés comme souvent problématiques :

- Les situations d'aide à la personne, où des conflits sont fréquents entre la logique gestionnaire, surtout si elle est portée par des bénévoles du monde associatif, et la logique de l'activité où les salariés ressentent un manque de moyens humains ou matériels pour faire un travail de qualité ;
- Les situations où les personnes se trouvent investies d'un rôle managérial qu'elles n'ont pas choisi et pour lequel elles ne sont pas préparées. C'est en particulier le cas des salariés des petites collectivités locales, dont le travail se déroule en permanence sous l'œil parfois suspicieux des citoyens secteurs qui, pour certains, ne vont pas manquer de signaler toute anomalie à la municipalité. Et ce travail de service, c'est ce qui n'est pas fait qui est visible, non ce qui est bien fait.

Le médecin du travail peut se concerter au niveau individuel avec le patient et, éventuellement également, avec l'entreprise afin de rechercher des solutions ensemble. Ainsi, des mesures d'adaptations des postes de travail peuvent être examinées si l'état de santé est affecté en raison d'une exposition à des risques psychosociaux au travail. En outre, le médecin du travail peut faire appel à la personne de confiance de l'entreprise et/ou au conseiller en prévention aspects psychosociaux. Ces derniers sont compétents en matière de problèmes psychosociaux.

Le médecin du travail peut, en outre, consigner les plaintes de nature psychosociale. Des données collectives comme, par exemple, le nombre de problèmes psychosociaux au sein d'une entreprise, peuvent être soumises de manière anonyme au comité pour la prévention et la protection au travail afin que des mesures structurelles de prévention soient prises.

En préparation d'un contact avec le médecin du travail, demandez à votre patient :

- De consigner les faits de manière détaillée, par exemple dans un journal/agenda.
- De préciser quelles actions il a déjà entrepris lui-même pour résoudre le problème (en a-t-il parlé avec les RH, la personne de confiance, le syndicat...).

Le médecin du travail peut, à l'occasion de l'examen médical entrepris dans le cadre de la surveillance de santé des travailleurs, constater qu'un collaborateur connaît des problèmes médicaux dont il soupçonne qu'ils trouvent leur origine dans des actes de harcèlement moral ou sexuel ou des actes de violence au travail. Le cas échéant, le médecin du travail informera le travailleur de la possibilité de s'adresser au conseiller en prévention psychosocial ou à la personne de confiance. S'il estime que le travailleur n'est pas en état de s'adresser à ces personnes, il pourra, moyennant l'accord du travailleur, informer lui-même le conseiller en prévention psychosocial des plaintes du travailleur relatives aux faits de violence, de harcèlement moral ou sexuel au travail.

Actuellement, la législation n'autorise pas le médecin du travail à remplir la fonction de personne de confiance en raison du conflit d'intérêts qui risque de naître. C'est pour cette raison aussi qu'il ne peut pas davantage revêtir la fonction de conseiller en prévention psychosocial.

Les actions concrètes préconisées visent l'amélioration de la qualité des soins dispensés, à travers l'amélioration de la santé physique et psychique des soignants. Nous pouvons citer quelques-unes :

- Procéder à l'analyse des postes, des activités et conditions de travail dans tous les services et unités de soins ;
- Evaluer les effets psychopathologiques et formuler les avis sur les contraintes physiques et psychiques des postes de travail, en fonction des aptitudes des agents de la santé concernés, et c'est avant tout nouveau recrutement ou nouvelle affectation ;
- Proposer les aménagements de postes nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale des personnels, en tenant compte de la nécessité d'assurer la disponibilité et la continuité des soins ;
- Proposer les mutations de postes nécessaires lorsque l'aménagement des postes de travail n'est pas compatible avec le fonctionnement normal du service.

Ces actions vont dans le sens de ce que Christophe Dejours aborde, notamment l'adéquation ou non des composantes du métier avec les attentes et besoins des travailleurs et la structure de

leur personnalité et leur relation avec la souffrance au travail. Néanmoins, dans la réalité l'application de ces directives reste difficile; les cas de souffrance que nous avons rencontrés lors de notre enquête n'ont pas été résolus, et les personnes concernées « devaient » continuer à assurer leur fonction dans les mêmes services, endurant les mêmes difficultés jusqu'à ce qu'un soignant soit trouvé pour remplacer un départ, ce qui relève de l'impossible puisque tous les soignants évitent ces services difficiles, appelés «générateurs de souffrance» dans la dite instruction.

## **2- La conduite à tenir du médecin du travail :**

### **En cas d'urgence :**

- Retrait immédiat du poste de travail
- Contact avec le médecin traitant (déclaration d'accident du travail)
- Hospitalisation éventuelle (risque suicidaire)

### **Sinon :**

- Organisation d'une prise en charge avec médecin traitant et ou spécialiste
- Prise de contact rapide avec l'employeur : analyse de la situation pour compréhension problématique individuelle ou collective

Etude de poste, des conditions de travail, de l'organisation du travail

Saisine du psychologue du travail de l'AIST83

### **Modalités de reprise du travail :**

- Si possible visite de pré reprise avant la visite de reprise
- Adaptation du poste et des conditions de travail avec l'employeur
- Temps partiel thérapeutique

En dernier recours décision d'**inaptitude**

### 3- Le rôle du conseiller en prévention psychosocial (psychologue du travail)

*L'intervention du psychologue du travail = en coordination avec le médecin du travail*

#### Passer d'une approche individuelle à une approche collective

*Le levier principal : partir du travail « réel » et comprendre ce qui dysfonctionne pour chercher à l'améliorer.*

- Débattre du travail
- Redonner du pouvoir d'agir aux salariés

#### Une Démarche participative

- Ecoute des situations de souffrance mentale et de vécu au travail
- Etude des organisations du travail
- Conseils dans la recherche de solutions
- Prise en compte dans DUERP et formalisation du plan d'action
- Accompagnement dans le cas d'évènements graves ou traumatiques

**En préventif :** Mise en place d'actions d'information et de sensibilisation à la prévention des risques psychosociaux, à la qualité de vie au travail

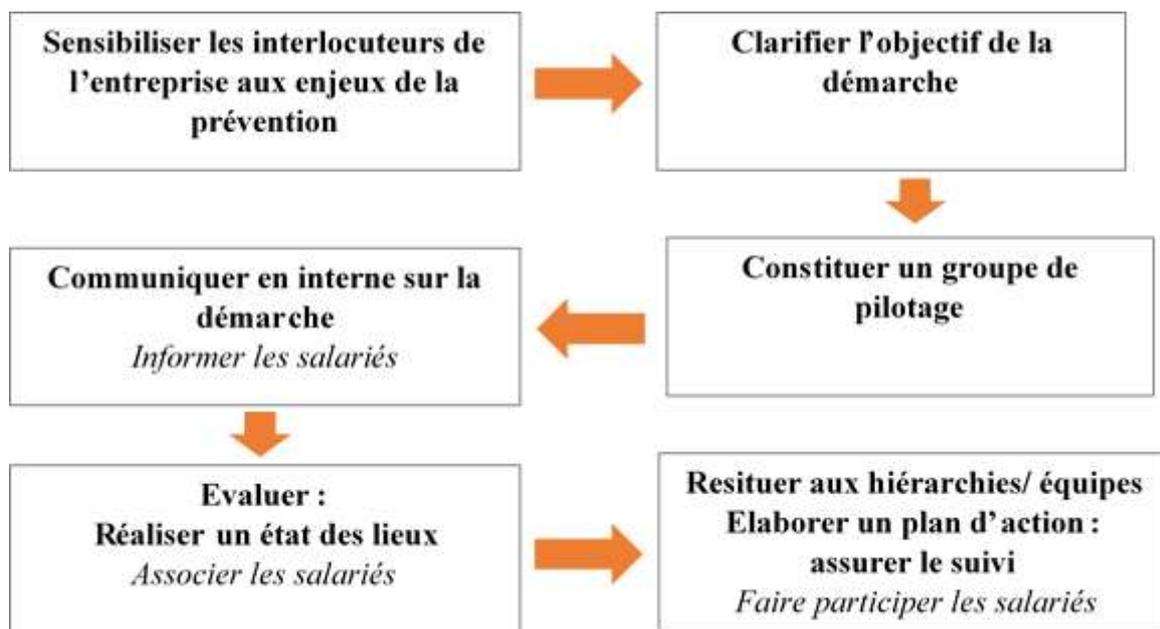


Figure 9 : Intervention du psychologue du travail - La démarche

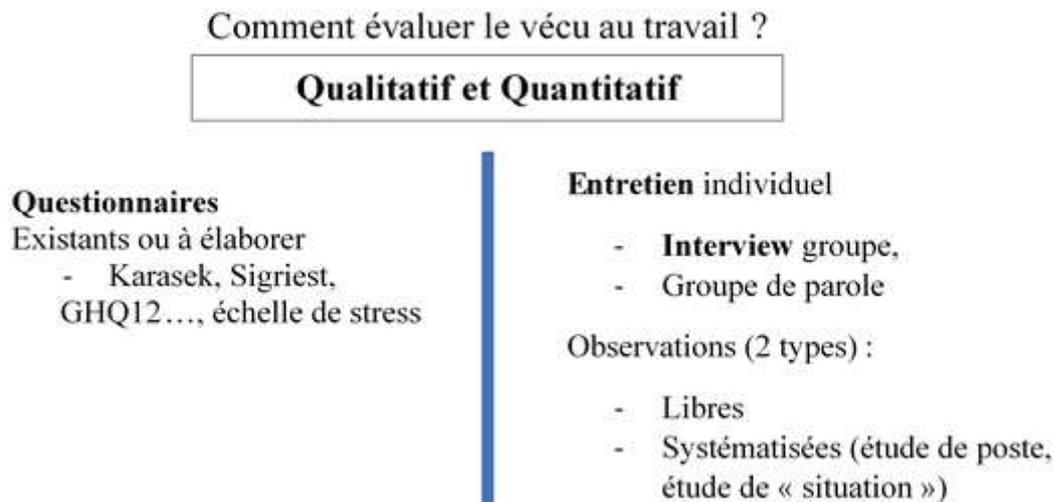


Figure 10 : Intervention du psychologue du travail - Les Outils

#### Les tâches générales du psychologue du travail consistent à :

- Participer à l'analyse des risques ;
- Donner des avis sur le plan global de prévention, le plan d'action annuel ;
- Participer à l'implémentation des mesures de prévention ;
- Effectuer des visites fréquentes des lieux de travail d'initiative ou à la demande de l'employeur, des travailleurs ou de leur représentant ;
- Examiner les postes de travail d'initiative, à la demande de l'employeur ou des travailleurs ;
- Examiner les incidents et réaliser les enquêtes qu'il juge pertinentes pour l'amélioration de la prévention ;
- Rendre des avis sur l'information et la formation des travailleurs ;
- Être à la disposition des personnes de l'entreprise pour toute question relative à l'application de la législation.

#### 4- Un exemple de sensibilisation aux RPS

Dans le cadre d'une sensibilisation en entreprise, il est question pour le psychologue du travail et le médecin du travail de diffuser des éléments de connaissance sur les RPS aux

différents acteurs, pour qu'ils puissent par la suite effectivement entamer une démarche de prévention collective. D'ailleurs, un document/outil 12 réalisé par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) sur la prévention des RPS (prenant appui sur la définition européenne) est très répandu au sein des SST. Ce dernier explique les étapes d'une démarche de prévention collective, sous la forme d'une démarche projet. Toutefois, ces principes ne sont pas applicables à toutes les situations et nécessitent notamment de la part du psychologue une activité de ré-normalisation de la prescription qui ne va pas sans difficultés.

Les demandes de sensibilisation arrivent au psychologue *via* le médecin du travail qui est dans ce cas de figure médiateur de la demande de l'entreprise. À ce stade, il peut déjà avoir proposé une sensibilisation à l'entreprise comme réponse à sa demande, sans forcément avoir encore consulté le psychologue qui pourra éventuellement par la suite estimer que ce dispositif n'est pas approprié à la situation, une fois les acteurs de l'entreprise rencontrés. L'analyse de la demande est donc à mener à deux niveaux et en plusieurs temps, avec le médecin du travail tout d'abord puis avec l'entreprise. Mais explorons la réalisation d'une sensibilisation.

La demande est issue du CHSCT d'une entreprise de peinture et revêtement où la question des RPS n'avait jusqu'à présent pas fait son apparition. Les membres CHSCT ont, durant une séance, interpellé le médecin du travail par rapport aux RPS en exprimant leur souhait d'avoir des éléments de compréhension pour pouvoir pleinement contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail 13. Dans ce cadre, le médecin du travail a suggéré la possibilité de faire une sensibilisation en collaboration avec le psychologue du travail. Une fois la date retenue, le support reste à bâtir. De nombreux questionnements font alors leur apparition. Comment aborder cette question de manière accessible ? Quel est l'objectif visé par le médecin du travail et par le psychologue durant une sensibilisation ?

Comment chacun d'eux comprend et envisage ce *risque* ? Les échanges entre médecin et psychologue du travail sont ici cruciaux pour partager nos regards sur la question du travail et définir les enjeux de la sensibilisation.

Bien que nos filiations théoriques soient différentes, la question du travail nous paraissait centrale, déterminante. Ce que nous voulions transmettre aux salariés, c'était l'idée du travail comme opérateur de santé ainsi que les facteurs permettant de saisir comment le processus peuvent se gripper ou s'atténuer.

La connaissance de l'entreprise par le médecin du travail est ici fondamentale pour pouvoir construire un support didactique permettant de faire référence à des exemples concrets de situations de travail connues des salariés. Ce dernier point nécessite deux précisions. **Le**

**médecin du travail** n'a pas toujours la possibilité de développer une connaissance approfondie de l'entreprise et de ses salariés, essentiellement pour deux raisons. Le médecin peut être amené à changer de secteur, c'est-à-dire qu'il n'aura plus du tout en charge les mêmes entreprises, il devra par conséquent reconstruire son action dans un tissu nouveau. D'autre part, le nombre de médecins du travail étant en diminution régulière, les effectifs de salariés qu'ils ont à surveiller peuvent être revus à la hausse, ce qui augmente le nombre de consultations et diminue le temps normalement alloué au milieu de travail appelé « tiers-temps 14 ».

Quoi qu'il en soit, les différents termes entendus sous l'appellation

RPS ont également fait partie des éléments transmis lors de la sensibilisation car cela répond à la mission de diffusion de connaissances des préventeurs. Mais comme le souligne Jean-Marc Weller (2008, p. 243) « les mots ne sont jamais innocents. La manière de qualifier un phénomène renvoie toujours à une certaine façon de lire le réel, d'en limiter les possibles, d'y attribuer un sens ou une orientation. Cela vaut en général, et pour la santé des travailleurs en particulier ». C'est pourquoi la convocation du réel de l'activité est importante. Elle permet de générer un débat sur la complexité des situations et sur les enjeux liés à l'évaluation de ce risque, sans devoir mettre systématiquement en œuvre une probité intellectuelle rendant compte de l'ensemble des possibles théoriques de chacun des concepts compris dans la catégorie RPS. Pour le dire autrement, l'enjeu autour d'une sensibilisation est de titiller la capacité d'agir des salariés en leur proposant de s'approprier la question des RPS plutôt que de leur fournir un « prêt à penser » à caractère scientifique déconnecté de l'action en milieu de travail. Pour autant, la diffusion de concept et de notions en santé-travail est primordiale. Nous sommes bien là au cœur de la problématique du lien entre l'action et la connaissance, de l'articulation du psychique et du social, et enfin du changement.

Mais, de quel changement s'agit-il ? Est-ce réellement donner les moyens aux acteurs de l'entreprise de se saisir de leur question RPS ou est-ce au contraire empêcher la rencontre entre une demande et un intervenant en diffusant des termes qui vont venir faire écran ? « Dans la mesure où le projet psychosociologique demeure ancré dans une visée de changement vers plus de démocratie et d'émancipation des acteurs sociaux, il est indissociable d'une perspective critique sur les enjeux de pouvoir [...] : pouvoir des chercheurs-intervenants par rapport aux groupes demandeurs ; structure de pouvoir des cadres sociaux de l'action ; portée des changements et de l'intervention » (Rhéaume, 2003, p. 71).

Ou est-il question pour les SST de diffuser des connaissances répondant à certaines approches théoriques, à certains canons scientifiques empêchant ainsi la *nécessaire complexité* multidisciplinaire

D'autant plus que comme le souligne Pascale Molinier, « les concepts sont le terrain d'une bataille qui n'est pas seulement scientifique, mais également idéologique et politique. C'est évidemment le cas en ce qui concerne les concepts qui permettent de penser les relations entre santé mentale et travail, dans la mesure où les connaissances qui sont construites dans ce champ sont supposées avoir des traductions en termes de prévention des risques, reconnaissance des préjudices causés par le travail et réparation, c'est-à-dire un coût économique et social pour les entreprises ou pour l'État » (Molinier, 2009, p. 32).

La terminologie en risques « psychosociaux » soulève donc de nombreuses interrogations quant à sa diffusion auprès des divers publics des SST : directions, salariés, CHSCT, DP dans le cadre de la prévention des risques professionnels. D'autant plus que, pour le clinicien, le travail du sens, c'est non seulement aider à des articulations libératrices, éclairer des inductions inconscientes, mais aussi démasquer les significations toutes faites dans lesquelles le sujet social s'aliène à son insu (Barus - Michel, 2004).

### **5- L'appropriation de la catégorie RPS par les acteurs de l'entreprise : enjeu social ou du travail ?**

Depuis l'explosion sur la scène médiatique de la notion de harcèlement moral (Hirigoyen, 1998) ou de stress (Buscatto, Loriol, Weller, 2008), il est possible d'affirmer que certains termes permettent aux salariés de venir dire quelque chose de leur situation de travail voire de renégocier leurs places au sein de l'entreprise. D'ailleurs, ce processus est également à l'œuvre concernant les directions. Sur fond de crise financière, de plans sociaux et de dialogue social tendu voire inexistant, l'utilisation de la catégorie RPS éclaire le psychologue sur la dialectique des rapports entre groupes sociaux au sein de l'entreprise et sur la difficulté à parfois faire avancer les questions de santé au travail. Prenons pour cela quelques exemples de demandes adressées au psychologue du travail dans trois entreprises de secteurs d'activités différents : l'aide à la personne, la restauration collective d'entreprise et la banque/assurance.

La première demande est issue de la direction d'une entreprise d'aide à la personne concernant deux responsables de secteurs en conflit ouvert depuis environ dix-huit mois. Ces salariées font partie d'un service comptant sept responsables de secteurs et quatre assistantes. L'entreprise fonctionne grâce à cinq services différents. L'analyse de la demande fait émerger les tentatives de médiation de la direction qui ont échoué, les sanctions prises envers une des deux (en arrêts régulièrement ensuite) et la réflexion pour séparer ces salariées car le processus de travail collectif commence à en pâtir. Le conflit serait dû aux différences de personnalités de chacune

d'elles, sans que l'activité soit en cause. Lorsque je cherche à creuser cette question, la direction ne voit pas de lien et formule rapidement son attente par rapport au psychologue du travail. Elle souhaite qu'une médiation soit réalisée pour que les salariées se séparent dans de bonnes conditions. L'histoire aurait pu s'arrêter là, bien sûr. Mais il en a été autrement, en approfondissant l'hypothèse des liens entre l'activité de responsable de secteurs et l'émergence récente de ce conflit. La directrice adjointe également présente à cette rencontre a permis d'abonder dans ce sens en expliquant qu'elle a auparavant occupé cette fonction qui exige une grande résistance au stress (entendu ici comme la capacité à réaliser des tâches différentes en même temps, sur un laps de temps court et à constamment s'adapter aux changements de dernière minute et aux divers interlocuteurs). Le directeur persiste à dire que le problème, c'est leur personnalité.

La proposition d'intervention du psychologue du travail est alors de mener une analyse des situations de travail de l'ensemble des responsables de secteurs afin de cerner les ressources et les contraintes présentes dans l'activité, dans un premier temps *via* des observations et des entretiens au poste. Puis de mettre en place et d'animer des groupes de travail. Cette proposition n'a pas convaincu le directeur qui s'avoue sceptique et ajoute que de toute façon il ne sera pas là pour voir les résultats car il a demandé sa mutation dans une autre ville. La directrice adjointe prendra la relève dans un mois. Suite à cette annonce, nous décidons d'un commun accord d'en rester là pour cette fois et de reprendre nos échanges peu de temps avant la prise de fonction de la nouvelle directrice.

Ce qui est intéressant à souligner dans cette situation, ce sont les représentations de la direction concernant la situation des salariées – le conflit est seulement lié aux personnes et le travail n'est qu'un décor –, d'autre part l'intervention du psychologue attendu sur le terrain interindividuel.

Ici, le changement de direction a permis de mettre en place l'intervention telle que proposée initialement et de la développer par la suite pour finalement retravailler l'ensemble de la dynamique organisationnelle en mettant en œuvre un groupe de travail constitué de membres des différents services.

Le deuxième exemple est issu d'une intervention chez un prestataire en restauration collective d'entreprise. L'équipe travaillant sur le site X appartenait depuis trente ans au même prestataire mais ce dernier ayant récemment perdu le marché, un changement d'employeur se profile. Le nouvel employeur ne tarde pas à faire appel au médecin du travail pour régler une situation de crise – un salarié aurait introduit une arme à feu dans l'entreprise et aurait proféré des menaces de mort contre ses collègues.

Comme le rappellent ces auteurs « il est fréquent que le médecin du travail soit sollicité tardivement, lorsque la situation de souffrance a déjà entraîné une décompensation psychique, c'est-à-dire une fois que le salarié a craqué » (Deveaux, Huez, 2010). C'est, en effet, un des paradoxes auxquels les préventeurs sont soumis, intervenir dans un objectif de prévention alors que certaines situations relèvent plutôt du curatif.

Le médecin du travail a pris en charge ce salarié et a suggéré à l'entreprise de faire intervenir le psychologue du travail. La direction a préféré faire appel à un consultant connu depuis longtemps de leurs services qui intervient sur *la gestion des RPS*. Une médiation d'équipe a été réalisée donnant lieu à des préconisations que la direction a plus ou moins mises en œuvre. La question de *l'après* s'est posée pour le consultant, le médecin du travail et le psychologue du travail. De concert, il nous semblait indispensable que la direction comprenne la nécessité de mettre en place un accompagnement plus soutenu. C'est dans ce contexte que cette intervention, qui est en cours, a démarré.

Lors de la rencontre avec la direction la commande a été posée en ces termes : « Le consultant a réalisé des profilages qui permettent maintenant d'y voir plus clair sur les personnes fragiles de l'équipe, la solution aux RPS est donc un simple accompagnement individuel avec le coaching de deux personnes en particulier, qui permettrait de passer ce cap. »

Des échanges préalables entre le médecin du travail et moi-même ont permis de formuler des hypothèses quant au sens de la situation actuelle. En effet, de nombreux responsables d'équipe se sont succédé durant trente ans. Ceux qui sont restés le plus longtemps sont aussi ceux qui ont fait le plus de dégât en mettant en place des « modes de management » humiliants. Ce passé a laissé des traces à différents niveaux, au sein de l'équipe : intra-individuel, interindividuel, positionnel et idéologique (Doise, 1982). De plus, l'ancien employeur a laissé faire malgré les remontées des salariés et du médecin du travail, ce qui a petit à petit détruit le lien de confiance à l'employeur, généré de l'insécurité chez les individus, développé un sentiment d'abandon de l'équipe et instauré des clans. Comme nous l'indique Jacqueline Barus-Michel, « les demandes sans voie d'expression ou qui ne sont ni entendues ni reçues crispent la souffrance ou l'amplifient, jusqu'à l'explosion qui se traduit sur le plan individuel par la crise paroxystique ou le suicide, sur le plan social par la violence et la terreur ».

Pour autant, le travail collectif ne semblait pas affecté d'après le médecin du travail qui déjeunait régulièrement sur le site. La mise en avant de ces éléments a permis à la direction actuelle de comprendre l'ampleur du problème, et donc de commencer par accorder plus d'écoute à ces salariés notamment en clarifiant le rôle et les missions de chacun.

Concernant l'intervention du psychologue du travail, la porte d'entrée est encore une fois l'analyse de l'activité par observations et entretiens au poste, avec l'avantage de générer des échanges collectifs notamment au moment des pauses sur ce qu'ils cherchent à faire ensemble (sans forcément y arriver) et comment.

Le rôle essentiel du médecin du travail dans des petites entreprises où les rapports sont très directs, va être de permettre aux acteurs salariés comme employeurs, d'exprimer leurs points de vue sur les situations de travail. Les services de santé au travail, dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire, disposent de compétences en ergonomie pour analyser l'activité de travail, mettre en visibilité ses aléas et la mobilisation des opérateurs face à ces difficultés. D'autres services de santé au travail ont recruté des psychologues du travail. Les modalités d'intervention de ces intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), qui ne relèvent pas du Code de Santé publique, restent encore à construire dans le TPE. Il s'agit probablement de montrer que les conflits vécus comme interprofessionnelles sont des conflits de métier, bref de favoriser les disputes professionnelles ; les converses professionnelles étant un signe de vitalité d'un métier. Autrement dit, savoir mettre en scène le travail invisible pour montrer combien trop souvent, c'est « l'activité rentrée », le « travail empêché » qui affecte les uns et les autres (Clot, 2008). Le médecin du travail n'intervient pas en lieu et place des salariés. Il encourage et favorise la prise de parole sur le lieu de travail, en ayant permis dans le cabinet médical l'expression des difficultés et leur mise en forme par le récit.

Face aux RPS, le médecin du travail n'a pas une attitude préétablie. A travers le récit qui met en scène les modalités du travail actuel (outil, collègues, usagers, élus), récit qui prend en compte la trajectoire professionnelle et ses ruptures, il essaie de repérer les enjeux et les ressorts de l'engagement subjectif d'un salarié dans son activité. Pour comprendre son point de vue, il faut qu'il ait accès à son activité et à ses aléas ou aux événements professionnels qui ont jalonné sa vie active. C'est dans ce récit portant sur les faits, que le salarié évoquera des éléments jamais exprimés auparavant sera amené à élaborer de nouvelles significations, répondra à des questions qu'il ne s'était jamais posé. Après cette analyse, il pourra, le plus souvent, comprendre le point de vue des autres, mieux accepter les contradictions inévitables du travail et accepter d'en débattre avec ses collègues.

C'est bien clinique, développé le plus souvent dans le cabinet médical, qui permet aux médecins du travail de déployer une activité spécifique de prévention et de prise en charge des décompensations individuelles et/ou collectives des RPS. C'est souvent par absence de travail

clinique, et de faute d'une élaboration suffisante de ces questions dans la profession, que les médecins du travail seront susceptibles de souffrir, eux-aussi, des RPS.

### **Conclusion du chapitre**

Nous avons conclu que le médecin du travail et le psychologue du travail conseillent les salariés pour qu'ils soient acteurs de leur santé : sport, gestion du stress, suivi médical. Depuis les diverses réformes de la santé au travail, les médecins du travail collaborent de plus en plus avec une équipe composée d'infirmiers en santé au travail, d'assistants en santé au travail, de conseillers en prévention, d'ergonomes, de psychologues du travail.

# **CHAPITRE V : LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LES RPS EN ALGÉRIE**

## **Préambule :**

Avec le développement et l'institution des lois défendant la santé du travailleur en milieu de travail, l'Algérie prend la santé des salariés comme un sujet à être pris au sérieux. La législation algérienne veille sur la santé des travailleurs, et elle cherche à ce que l'organisme employeur puisse appliquer la cette loi en milieu de travail. La médecine du travail ainsi que la psychologie du travail, de nos jours en Algérie, sont des spécialités prises au sérieux et très importantes pour la promotion de la santé des travailleurs. Plusieurs études ont été menées pour comprendre les RPS afin de les prévenir, et ce chapitre est consacré à la médecine du travail et les risques psychosociaux en Algérie, en illustrant l'évolution de la médecine du travail dans un premier temps, puis le financement de la médecine du travail, la formation en médecine du travail, le statut de médecin du travail, les tâches du médecin du travail, et la présentation de certaines études menées en Algérie sur les risques psychosociaux.

### **1- L'évolution de la Médecine du Travail en Algérie**

L'organisation de la médecine en Algérie reposait jusqu'en 1971 sur 8 Associations interprofessionnelles qui touchaient des corps de métiers plus ou moins apparentés comme :

- Les bâtiments et travaux publics de la région d'Alger (METRABAL) et du Sahara.
- Les banques et les assurances (AIBAMT).
- Le port de Skikda (SERMETRAP).
- Différentes entreprises de Constantine
- Différentes entreprises d'Alger (AMTA)

A compter du 1<sup>er</sup> Mars, ces organismes qui étaient semi-publics ont été placés sous le contrôle du Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Leur structuration sur des nouvelles bases a été opérée à partir du 1<sup>er</sup> Janvier 1974, après la création de l'Organisme Nationale Interentreprises de Médecine du Travail, placé sous la tutelle du ministère du travail et à rapidement unifié sous son égide tous les services interentreprises. Des mutuelles ont cependant continué à assurer des prestations de Médecine du Travail dans les secteurs de l'Electricité et du Gaz, des chemins de fer et des mines.

La création des centres médico-sociaux (C.M.S) d'entreprises et d'unités économiques à partir de 1974, centres qui devraient assurer essentiellement des activités de Médecine du Travail, en

principe améliorerait la couverture des travailleurs par la Médecine du Travail. Malheureusement ils ont été très vite détournés de cette mission et se sont mis pour la plupart à disperser des activités essentiellement curatives, la Médecine du Travail étant régulée au second plan.

Quelques centres, situés à l'intérieur de grands complexes industriels, ont pris cependant en charge cette activité et ont pris l'appellation de centres de Médecine du Travail. Néanmoins les résultats obtenus, tant par l'ONIMET que par les CMS et quelques centres de Médecine du Travail, n'ont pas permis d'assurer une véritable protection sanitaire en milieu de travail basée essentiellement sur la préservation des atteintes pathologiques liées au milieu de travail. A partir de 1979, des services de Médecine du Travail ont commencé) être mis en place au sein des Secteurs Sanitaires grâce à l'affectation de spécialistes en Médecine du Travail formés par les départements de Médecine Sociale d'Alger d'abord, ensuite ceux de Constantine, Annaba et Oran. Ces services ont permis à leur tour la prise en charge de la formation pratique des résidents en Médecine du Travail dont le nombre sans cesse croissant va faire multiplier les services formateurs, qui outre leur tâche de formation, vont couvrir des populations de travailleurs à haut risque.

Enfin, les résolutions du Comité Central du Parti du F.I.N. sur la santé en 1980 ont ouvert la voie à la mise en œuvre d'un programme de protection sanitaire intégré au système national de santé. La multiplication des services de Médecine du Travail dans les Secteurs Sanitaires depuis 1980 a conduit à la dissolution de l'O.N.I.M.E.T. en 1984 et à l'intégration de l'ensemble des activités de Médecine du Travail dans le cadre de l'organisation sanitaire nationale fondée sur les secteurs sanitaires qui permettaient la décentralisation des soins et un plus large accès des citoyens aux structures sanitaires de base (**Mohammed B. 2005**).

## **2- Etat des lieux actuels de la couverture sanitaire en milieu du travail**

En Algérie, on estime actuellement que 25% des travailleurs ont accès à la médecine du travail sur 3 millions de salariés, près de 700 000 travailleurs répartis en 86,3% pour le secteur public et 13,7% pour le secteur privé) sont suivis par la médecine du travail de quelques 185 secteurs sanitaires, 13 CHU et 3 établissements hospitaliers spécialisé. Cette couverture est formalisée par le biais de 6000 conventions. Les services de médecine du travail ou les

structures qui en font office emploient environ 300 médecins spécialistes diplômés en médecine du travail (DEMS) et quelques 400 généralistes habilités.

Le taux global de couverture des entreprises privées par la médecine du travail reste faible. Parmi 200 000 employeurs identifiés, 6000 (soit 3% seulement) ont contracté une convention pour assurer la couverture de leurs employés (**Mohammed B. 2005**).

Par ailleurs 300 000 travailleurs sont couverts par les structures sanitaires parapubliques, services autonomes des grandes entreprises (70 centres de médecine du travail et 367 centres médico-sociaux).

### **3- Le financement de la médecine du travail**

La réalisation de l'ensemble des activités relatives à l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail, est financée par l'organisme employeur cette disposition très claire connaît, en pratique, des distorsions à plusieurs niveaux. Le tarif actuel d'un examen médical réalisé à l'occasion d'une visite d'embauche ou d'un examen périodique est fixé à 100da pour le spécialiste et à 50da pour le généraliste habilité : les équivalents sont respectivement 1euro et 1/2 euro.

La nature et la liste des examens complémentaires à la charge de l'employeur ne sont pas encore connues. Une récente circulaire comportant une revalorisation de l'examen médical en médecine du travail porte tarif de 100da à 450da. Elle n'est appliquée en raison de multiples résistances (**Mohammed B. 2005**).

### **4- Organisation nationale de la médecine du travail**

En Algérie le schéma organisationnel de la Médecine du travail est de type géographique mais pas exclusivement. Le réseau de base est constitué par un Service de Médecine du Travail (SMT) de chaque secteur sanitaire. Les grandes entreprises sont dotées de services autonomes (ex : Sonatrach, Sonelgaz, la SNTF). D'autres organismes ont des services autonomes qui fonctionnent comme des services interentreprises car ils reçoivent et réalisent des prestations pour des employeurs plus modestes. Les CHU sont tous dotés de services de niveau 3. Ils fonctionnent comme des services autonomes pour les personnels de l'hôpital d'origine et comme service interentreprises pour tous les employeurs de la zone géographique qui le souhaitent par le biais de conventions. Enfin il existe l'exercice libéral de la médecine du

Travail, mais les tarifs et honoraires officiels appliqués n'encourage pas ce secteur (Mohammed B. 2005)

### **5- La formation en médecine du travail**

Les premiers médecins du travail, à la fin des années 70, début des années 80 ont été formés en Europe (Belgique, France) par les grandes entreprises nationales comme la Sonatrach, et la Société national de sidérurgie (SNS). A la même époque, l'Université recrute son premier maître assistant en médecin du travail.

On compte aujourd'hui environ 600 médecins spécialistes diplômés détenteur du DEMS\*. 400 d'entre eux sont sur le terrain. La déperdition se fait (1/3 environ) se fait essentiellement vers l'étranger. La diversification des types de formations pour le les besoins en santé au travail est encore en gestation (Mohammed B. 2005).

**Les types aujourd'hui connus sont :**

- 1) La post-graduation en médecine du travail dont l'accès est soumise à la réussite au concours d'accès au résidanat. La durée des études de spécialité y est de 4 ans. Ce diplôme permet d'exercer la spécialité dans les structures de santé publique ou en privé.
- 2) Le CES « prévention des risques professionnels » est un projet pour former et assurer la qualification des médecins généralistes qui exercent la médecine du travail.
- 3) Le DPGS\* : la première formation de ce type intitulée « gestion des risques pour la santé en milieu de travail et dans l'environnement industriel ».
- 4) La FC et les revues : des initiatives sont prises pour des formations ponctuelles sur des thèmes d'actualité ou des questions urgentes, la SAMT publie régulièrement une revue bisannuelle dénommée le Journal de la Médecine du Travail en abréviation JMT.
- 5) La rencontre nationale la plus prestigieuse en médecine du travail a lieu à l'occasion des Journées Nationales de Médecine du Travail. La 9<sup>ème</sup> édition s'est déroulée à Annaba du 1<sup>er</sup> au 3 décembre 2004. Elles sont l'occasion pour l'ensemble des médecins du travail algériens de débattre de thèmes choisis (Mohammed B. 2005).

### **6- Le statut de Médecin du Travail**

Le médecin du travail s'inscrit au tableau de l'ordre des médecins dans la wilaya où il exerce son activité. Cette inscription est rendue, depuis que son application n'est pas rigoureuse.

Son importance ne s'impose aux intéressés non-inscrits qu'en cas de faute professionnelle, d'erreur médicale, d'infraction au code de déontologie. Les obligations du médecin du travail apparaissent à travers la définition des missions dévolues à la médecine du travail soit dans la Loi d'orientation sur la santé mais aussi dans la Loi organisation de la médecine du travail. Il n'existe cependant pas de statut ou de contrat particulier au médecin du travail en Algérie malgré le caractère particulier de son exercice : un médecin du travail sous l'autorité d'un employeur non-médecin ! Il faut toutefois remarquer le caractère très singulier de la situation particulière du médecin du travail en Algérie : il est affecté et rémunéré par le ministère de la santé alors qu'il exerce une activité principale en principe à la charge de l'employeur selon les termes de la LOI ;

Le médecin du travail, en Algérie, garde un pouvoir qu'il ne possède pas dans d'autres pays comme la France par exemple. Il est prescripteur sans aucune restriction même si sa mission est essentiellement préventive. Il s'agit là d'une position statutaire très originale (**Mohammed B. 2005**).

## 7- Les tâches du médecin du travail

L'organisation de la Médecine du Travail est encadrée par plusieurs textes :

### 7.1- Les missions en milieu de travail

**En tiers temps** : C'est le temps que le médecin du travail est tenu de consacrer à la surveillance du milieu de travail au sein de l'organisme employeur et à l'amélioration des conditions de travail, il doit être modulé en fonction de la nature des risques, des effectifs et de la forme d'organisation de la médecine du travail. Dans tous les cas, le médecin du travail assurera au moins une visite semestrielle durant une journée.

Il est conseillé de l'entreprise, du chef d'entreprise, son représentant, des salariés, des représentants du personnel, du Comité d'Hygiène et Sécurité (CHS), dont il fait partie, et des services sociaux en ce qui concerne notamment :

L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise :

- L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes travail à la physiologie humaine ;
- La protection des salariés contre l'ensemble des nuisances ;
- L'hygiène générale de l'établissement, de son service de restauration ;

## 7.2- La prévention en médecine du travail

On distingue habituellement trois types de prévention :

- 1) **Prévention tertiaire** : réparation, dépistage de masse visant à limiter les atteintes à la santé ;
- 2) **Prévention secondaire** : dépistage précoce, actions de correction ou de prévention portant sur les facteurs de risque en milieu du travail ;
- 3) **La prévention primaire** : aménagement de l'environnement de travail afin d'éliminer les risques, prescription de comportements adaptés aux possibilités physiques et mentales de chacun.

Le passage de la prévention tertiaire à la prévention secondaire puis de la prévention secondaire à la prévention primaire, reflète les progrès considérables réalisés dans la prise en compte d'exigences nouvelles en matière d'Hygiène, de Sécurité et de conditions de travail (Mohammed B. 2005).

## 7.3- Moyens d'action du médecin du travail pour l'efficacité du tiers temps

1. Libre accès aux lieux de travail destinés au bien-être des travailleurs ;
2. Surveillance de l'hygiène générale de l'entreprise ;
3. Accès à l'information utile.

## 8- Les missions médicales

Elles ont pour but principal de protéger la santé des travailleurs. Donc les missions sont :

- **Préventives** : La visite médicale : est un acte médical auquel est soumis un travailleur postulant à une activité humaine organisée et rémunérée dans une entreprise ou tout autre établissement.
- **Il s'agit des visites obligatoires et facultatives.** Pour ces visites, le médecin du travail peut demander des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale, au dépistage des maladies à caractère professionnel ou des affections dangereuses.
- **La visite d'embauche** : c'est la première visite que subit le travailleur avant son entrée dans le monde du travail, tout salarié doit obligatoirement l'objet d'un examen médical

avant l'embauchage ou pendant la période d'essai. Selon l'article 11 du décret 93-120 du 15 Mai 1993, elle a pour but : rechercher si le salarié est atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ; de s'assurer qu'il est médicalement apte au travail envisagé ; de proposer éventuellement des adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes.

- **Les visites périodiques** : tout salarié doit bénéficier d'un examen médical, elle peut être annuelle mais aussi semestrielle et parfois trimestrielle. Son objectif est de s'assurer du maintien d'un état de santé compatible avec le poste occupé.
- **La visite médicale de reprise** : elle est également obligatoire par la Loi. Elle pour objectif d'évaluer le nouvel état de santé résultat d'un accident ou d'une maladie professionnelle ou non.
- **Les visites médicales spéciales** : elles concernent : les apprentis ; les travailleurs de moins de 18 ans ; les travailleurs âgés de plus de 55 ans ; le personnel chargé de la restauration ; les handicapés physiques ; les malades chroniques ; les femmes enceintes et les mères allaitantes ou d'un enfant de moins de deux ans ; les postes fortement exposés ; les postes de sécurité.
- **Les visites éventuelles** : la visite médicale demandée : par le travailleur lui-même si ce dernier est malade ; et à la demande de l'employeur si le travailleur perturbe l'activité au sens large du terme ; si le malade est accidentel.
- **Les autres visites** : pour une activité physique et sportive ; pour une aptitude à la conduite automobile non professionnelle ; pour une visite pré-nuptiale ; pour un voyage dans des zones particulières (avec la collaboration des épidémiologies) par les risques infectieux.
- **Vaccinations** : il s'agit des vaccinations selon les risques encourus ; antitétanique (presque tous les salariés), antirabique (travailleurs d'élevage, d'abattoir, vétérinaire...), anti-hépatite B (personnel soignant...), TAB (contact avec les eaux usées...) et des autres vaccinations (antigrippe, anticholérique...).
- **Fonction Curative ou de soins** :

Lorsque, à l'occasion d'une visite ou avec le résultat d'un examen complémentaire le médecin du travail dépiste une affection médicale, il l'avantage, par rapport au médecin du travail français, de pouvoir traiter les salariés dans la limite de ses compétences. Si non, il doit orienter le salarié vers le médecin spécialiste ou, s'il le juge nécessaire vers un centre hospitalier, en tenant toujours compte de la volonté de l'intéressé.

Ainsi, le législateur algérien a laissé au médecin du travail la sensibilité de prescrire et de traiter (Mohammed B. 2005).

## 9- Les risques psychosociaux en Algérie

Les RPS font de plus en plus partie du quotidien des travailleurs algériens, qui ça soit dans le côté de la santé comme le personnel soignant ou les urgentistes, ou encore chez les enseignants, mais également au sein des entreprises qu'ils soient petits ou grands, privés ou publics. Si nous essayons de donner une définition aux RPS en accord avec ce que nous avons abordé au-dessus, nous comprendrons donc que les RPS, c'est une condition ou une possibilité que le salarié est exposé en risquant sa santé mentale, et cela ne veut nécessairement pas dire qu'il tombera malade non, mais tout dépend de l'attitude que sera prise face à de cela, si l'on ne fait pas attention cela peut oui engendrer des graves conséquences. Des études et /ou enquêtes menés en Algérie en vue d'élargir les connaissances sur ces risques et les moyens de prévention ainsi que de prise en charge.

### 9.1- Des études menées en Algérie sur les RPS

Une étude menée l'année dernière avec la finalité « *d'analyser l'efficacité des textes législatifs et réglementaires qui servent à obliger les employeurs à protéger leurs salariés contre les risques professionnels en générale et les risques psychosociaux en particulier pour assurer leur bien-être physique et mental* » (Alger, Algérie le 10 et 11 Mars 2020).

Cette étude assume que l'importance de la recherche réside dans le fait que les lois représentent une barrière importante pour aider à prévenir les dits risques en Algérie, et l'objectif de l'étude était de passer une analyse des documents législatifs concernant la promotion et protection de la santé psychologique des salariés. Ils ont conclu qu'en Algérie, les RPS sont exclus de la classification comme des accidents de travail. (Kieffer, 2013).

Dans un congrès international sur la prévention des risques professionnels, réalisé à Alger, le congrès qui a porté sur différents de prévention des risques professionnels, avec les objectifs suivants : « *Promouvoir la culture de prévention et l'application de la législation nationale les bonnes pratiques de sécurité et de santé au travail ; Intensifier les échanges entre tous les acteurs de la prévention des risques professionnels ; Informer sur les différents risques*

*professionnels et les moyens de prévention* »(Ecole Supérieur de Ben Aknoun-Alger-Algérie ;03-05 Décembre 2019 ; consulté le 01/07/2021 à 02 :53), sur la santé mentale en Algérie :

La santé mentale au travail (Prof BENMSSAOUD H. Santé, mentale au travail ; 2<sup>ème</sup> congrès, Alger-Algérie, Ecole Supérieur de Ben Aknoun), renvoie aux facteurs psychosociaux complexes et composites, qui désignent un vaste ensemble de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle, qui portent atteinte aussi bien à l'intégrité physique qu'à l'équilibre psychique des travailleurs.

Il est attendu de cette séance dédiée à la santé mentale au travail :

- De débattre de l'expérience des uns et des autres et d'ouvrir le dialogue sur la qualité et le sens du travail à travers les concepts du stress, du harcèlement, de l'épuisement professionnel, de la violence au travail, et de la qualité de vie au travail qui fait le lien entre différents aspects de la vie au travail, et les interactions avec la vie hors travail.
- De dégager des pistes d'amélioration vers des organisations de travail plus saines, et des climats psycho-sociaux équilibrants.

Une conférence a eu lieu en 2018, en exposant le fait qu'il y a plusieurs études sur le stress, mais que le vocable RPS était encore peu utilisé et connu au sein de la population algérienne, et en vue de changer cette réalité, ils ont effectué des études avec l'ambition de réunir des travaux sur les RPS afin d'exposer, débattre différentes approches adoptées, les différentes dimensions étudiées et les stratégies de prévention recommandées, afin de comprendre le phénomène des RPS et d'y faire face (**Appel à la communication ; COLLOQUE NATIONAL ; les risques psychosociaux au travail : diagnostic et prévention ; 06 Novembre 2018 ; Univ de Bejaia, Campus Aboudaou**).

En 2015, un article avec la finalité de permettre aux gens de savoir différencier le stress du burn-out et/ou dépression a été publié. Dans l'article a été développé plusieurs aspects nécessaires dans le but d'aider les chercheurs dans les travaux pour mieux cerner ces trois troubles, et voici la conclusion tirée :

*« Dans un premier temps, stress et performance se croissent, puis le stress en continuant d'augmenter, la performance chute. Entre les deux extrêmes (trop de stress/pas de stress), il existe un niveau optimal de stress qui nous permet de nous mobiliser suffisamment pour faire face le plus efficacement possible aux nombreux stress professionnels auquel on fait face, sans mettre en péril notre santé. Par conséquent, le stress est ressenti quand il y'a une différence entre les situations perçues et les moyens que l'on peut mettre en place pour gérer celles-ci, et*

*l'évaluation de nos capacités à faire face à une situation déterminée par rapport à un niveau de stress. Tandis que le **burnout** est un trouble d'adaptation à une situation stressante insurmontable dans laquelle la personne consomme ses ressources internes de jour en jour dans l'espoir de vaincre des stress liés à une profession qui perdurent dans le temps. En ce vidant de son énergie la personne perd son sens de l'humour, et la relation avec autrui s'affaiblit, tandis que la confiance en soi pour maîtriser la situation stressante se diminue de jour en jour et le burnout s'installe. On peut dire que le burnout est la conséquence directe d'un stress professionnelle qui persiste dans le temps et dont la personne en qui en fait face ne peut le surmonter. Par ailleurs la **dépression**, contrairement au stress et au burnout, c'est une maladie qui n'a rien à voir avec la vie professionnelle comme charge directe, cependant, les stress liés au travail peuvent alourdir les conséquences d'une dépression causée par un ensemble de facteurs psychologiques, sociaux et biologiques qui affecte une personne. Un ouvrier en état de burnout peut être candidat à une dépression, et on ne peut dire le contraire » (Université Oum el Bouaghi, Algérie ; 2015).*

Une enquête menée sur l'analyse des représentations des risques professionnels et de la santé des travailleurs parmi des travailleurs de la commune de Bejaia. D'après eux, les risques professionnels et leurs répercussions sur la santé ont déjà été décrits, mais très peu de publications en Algérie sont consacrées au point de vue des travailleurs sur les accidents et maladies professionnelles qui risquent de les concerner.

Ils ajoutent encore qu'il existe une multitude de risques inhérents à la santé des travailleurs de la commune de Bejaia, et que le degré de gravité de chaque risque professionnel est variable par rapport au secteur d'activité économique et en fonction du poste de travail occupé.

	Risques Professionnels				
	Risques mécaniques	Risques physiques	Risques Biologiques	Risques chimiques	Risques psychosociaux
Cadres	24,13%	48,27%	20,68%	25,86%	20,68%
Ouvriers Qualifiés	28,12%	62,5%	18,75%	23,43%	15,62%
Ouvriers non Qualifiés	50,78%	77,34%	19,53%	32,81%	5,46%
Total	38,8%	66,8%	19,6%	28,8%	11,6%

*Tableau 3 : Perception Des Risques Professionnels Selon Les Catégories Socioprofessionnelles*

**(Source : Kandi N, Avril-Mai 2009. Enquête personnelle).**

Le tableau n° 3 montre que : 67% de l'ensemble des enquêtés déclarent que les risques de nature physique provoquent le plus de dommages corporels ; 39% déclarent qu'ils sont exposés à des risques mécaniques, tandis que 29% et 20% se considèrent exposés à des risques respectivement chimiques et biologiques. Une minorité de personnes interrogées (12%) estiment être exposées à des risques psychologiques. Les déclarations des enquêtés en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle montrent que :

Parmi les cadres :

- 48% se considèrent menacés par des risques physiques,
- 26% par des risques chimiques ;
- 24% par des risques mécaniques ;
- 21% par des risques psychologiques.
- Parmi les ouvriers qualifiés :
- 63% se considèrent menacés par des risques physiques ;
- 28% par des risques mécaniques.
- Parmi les ouvriers non qualifiés :
- 77% se considèrent menacés par des risques physiques ;
- 51% par des risques mécaniques.

Les risques psychologiques sont surtout ressentis par les cadres. Les ouvriers qualifiés sont en deuxième position et les ouvriers non qualifiés en dernier (5% seulement).

Comme conclusion de cette enquête :

Les ouvriers non qualifiés sont plus exposés aux risques professionnels (41%). L'absence de moyens de prévention et de protection individuelle et collective des travailleurs est le fait de l'insuffisance de l'action préventive. La responsabilité revient à une pluralité d'acteurs, notamment l'employeur, le médecin du travail et le responsable de l'hygiène, la sécurité et de l'environnement. (KANDI Nabil)

### **Conclusion du chapitre**

Nous pouvons conclure que chaque médecin doit assurer son activité sous l'autorité technique du service de médecine du travail qui « coordonne et évalue les activités du médecin du travail ». L'exercice de la médecine du travail est une œuvre pluridisciplinaire, faisant appel selon les cas aux : Auxiliaires infirmiers, secrétaire médical du travail, Hygiéniste industriel, Ergonome, Psychologue du travail. Cependant, il importe que les conditions de cette pluridisciplinarité soient bien précisées, et que le médecin du travail reste le maître des orientations en santé au travail.

**CHAPITRES VI : PRÉSENTATION ET  
DISCUSSION DES ENTRETIENS  
EXPLORATOIRES DE LA PRÉ-  
ENQUÊTE**

## Préambule

Le présent chapitre sera consacré à étudier les données qualitatives issues d'un ensemble d'entretiens exploratoires avec des membres de l'entreprise Groupe Kernou Aluminium de Bejaia interviewés l'heure de notre pré-enquête au terrain.

### 1- La pré-enquête :

D'après l'ouvrage de Raymond QUIVY, la pré-enquête est le premier contact avec le terrain qui vise essentiellement à avoir contact avec la réalité vécue par les acteurs sociaux. Cette étape de recherche est conçue pour aider à adopter une approche pénétrante de son objet d'étude et donc à trouver des idées et des pistes de réflexion éclairantes. (QUIVY. R. Van CAMPENHOUDT, L. P.58).

Notre pré-enquête s'est déroulée de cette manière : la première étape c'était la dernière semaine du mois de Février où notre objectif était d'avoir le consentement pour accéder au terrain d'étude, le mois de Mars on a commencé avec le stage et en premier temps c'était le premier contact avec le milieu de travail et ça nous a permis d'atteindre certains objectifs tels que :

- La faisabilité de notre recherche au terrain
- Connaître la population et cibler la population d'étude
- Se situer par rapport aux différentes approches théoriques
- Le contact avec le médecin du travail afin d'obtenir son consentement pour les entretiens.

De ce que, nous avons pu effectuer six entretiens exploratoires, nous avons eu l'opportunité de discuter en personne avec le directeur général de l'entreprise qui nous a accordé un entretien, ainsi qu'avec la responsable de HSE et le responsable de qualité, en suite avec quatre des ouvriers de l'usine et enfin un entretien plus approfondi avec le médecin du travail.

Pour justifier le nombre d'entretiens effectué, cela n'a pas été notre choix, mais les circonstances nous ont imposé, vu la période que traverse l'entreprise, on ne pouvait pas faire plus, nous avons attendus des semaines voire des mois pour voir si les choses s'amélioreraient

pour qu'on ait des entretiens avec au moins vingt salariés, mais cela n'a pas été possible, de ce que nous nous sommes contentés de ces entretiens effectués l'heure de la pré-enquête.

## 2- La Présentation des enquêtés

### La 1<sup>ère</sup> enquêtée :

La première enquêtée, il s'agit d'une femme qui est tenue comme responsable de HSE au sein de l'entreprise GKA, elle qui a commencé à travailler dans l'entreprise depuis l'année 2017 en tant que responsable HSE, avec les années d'expérience, et le savoir-faire dans son domaine, elle est le lien entre les salariés et le médecin du travail, elle est responsable pour la sécurité des salariés en milieu de travail, elle veille à ce que les salariés soient bien équipés pour le travail exercé.

**Première question : parlez-nous du milieu du travail des travailleurs, comment sont les relations entre les ouvriers, et comment est la relation des ouvriers avec leurs supérieurs ? :**

*« Ils maintiennent une relation plutôt bonne, ils sont mêmes devenus comme une famille, vu même qu'ils viennent de même village, ils se connaissent alors au travail ils se traitent bien, mais la relation de l'ouvrier avec ses supérieurs hiérarchiques est plutôt professionnelle et de respect et les ouvriers ne sont constamment pas en contact directe avec leurs supérieurs ».*

**Deuxième question : Quels sont les RPS les plus fréquents chez les travailleurs ? Et quelle est la cause ? :**

*“les salariés réclament souvent du stress, de l'épuisement, de la surcharge de travail, et de la pression exercée par la hiérarchie pour atteindre un objectif quelconque. La nature de ces facteurs, c'est très souvent les supérieurs hiérarchiques, parce qu'il ne pense pas au bien-être des ouvriers ou de ses collaborateurs, du moment où un salarié est atteint de quelque chose, la hiérarchie s'en fout complètement”.*

**Troisième question : Lorsque les salariés sont atteints des RPS, sont-ils conduits à un professionnel de santé comme le médecin ou psychologue du travail ?**

*“Non ! et nous l’avons demandé la raison de cela et elle expliqua : les ouvriers n’ont pas été conduit vers le médecin parce que les visites réglementaires des employés sont faites sous permission de ses supérieurs hiérarchiques, il était difficile de faire une visite médicale, et l’excuse était que il n’y avait pas du temps pour que les salariés s’absentent pour aller consulter le médecin, c’était difficile que le supérieur relâchent les travailleurs pour ces visites, dans la plupart des plaintes faites pas les salariés, elles n’étaient pas prises en considération ni en charge par un professionnel de la santé, sauf dans l’heure de leurs visites chez le médecin (les visites obligatoires), je les disaient de profiter et tout raconter au médecin et s’ils ont l’occasion de voir le psychologue du travail aussi”.*

**Quatrième question : Nous avons alors demandé si ces mêmes problèmes psychosociaux, ont déjà été source de problèmes dans le foyer des salariés.**

*“NON ! Nous dit-elle, et elle ajoute en disant heureusement que les problèmes connus dans l’usine ne sont pas arrivés dans leurs foyers, car je leur disais toujours de ne pas les transporter chez eux”.*

**Cinquième question : Pour terminer, nous l’avons posé la question par rapport au médecin du travail, s’il est facile que les travailleurs s’expriment auprès de lui, son importance également :**

*“Les travailleurs n’ont aucun problème à s’exprimer avec leur médecin du travail, et bien avant le jour de la consultation, je leur disais de se libérer et tout dire afin d’être aidé, car il n’y a que chez le médecin que vous allez vous sentir mieux.*

*Pour l’importance du médecin du travail, il est tellement important car il nous aide énormément, d’ailleurs moi-même j’ai une très bonne relation professionnelle avec le médecin, et elle nous apporte l’aide et soutien, des consignes et des directives, comme après les consultations des travailleurs, elle m’appelle toujours en alertant de faire attention aux travailleurs, à fournir un ambient de travail bon agréable, mettre à leurs dispositions des UPC, car un ouvrier déjà quand on pense à sa sécurité il se sont bien, il ressent qu’on lui donne de l’importance, quand on s’inquiète pour sa santé, et le médecin m’a aussi conseillé de prendre le temps de discuter avec les salariés au cas où je remarque quelque chose d’anormal”.*

**Le 2<sup>ème</sup> enquête :**

Il s'agit d'un Homme de 36 ans, marié, qui est le directeur de la société, le 3<sup>ème</sup> responsable après les deux gérants, son but en tant que directeur consistait de développer et de faire réussir la société par le contrôle de tous les services et toutes directions, toujours motivé et chaque jour avec un défi de réussite.

**Première question : parlez-nous du milieu du travail des travailleurs, comment sont les relations entre les ouvriers, et comment est la relation des ouvriers avec leurs supérieurs ?** *Je peux dire que c'est une relation de confiance et de leader.*

**Deuxième question : Nous avons demandé alors si l'entreprise avait enregistré des facteurs de risques psychosociaux, si oui, quels sont et quelle est la nature des mêmes.** *Malheureusement oui, nous avons enregistré plusieurs réclamations et plaintes des ouvriers à cause de certaines situations que les ouvriers subissent en milieu de travail, ils réclament généralement de l'épuisement, de l'organisation du travail, de la surcharge de travail ; les travailleurs ne se sentent pas reconnu, et ils ont la peur recourant de perdre le travail, et les chefs réclamaient des travailleurs qui n'acceptent pas de porter des équipements de sécurité professionnelle. Ses problèmes sont liés généralement aux conditions de travail, au système de rémunération de l'entreprise, la relation entre eux (salariés et supérieurs), et la manière dont les responsables hiérarchiques gèrent.*

**Troisième question : En occurrence des RPS, est-ce que les ouvriers sont conduits vers le service de la médecine du travail ?**

*Non. Pour l'instant lorsqu'il y avait ces problèmes nous les réglons avec le HSE.*

**Quatrième question : Est-ce que les RPS ont déjà été source de problèmes dans le foyer des salariés !** *Non.*

**Cinquième question : Quelle est l'importance du médecin du travail ? Est-il facile que les travailleurs s'expriment auprès du médecin du travail ?**

*Il nous dit que oui, il ajouta, moi-même j'ai déjà eu l'occasion de discuter avec le médecin du travail, où j'ai donné le feu vert aux employés de s'exprimer leurs soucis et besoins au médecin. Le médecin il nous est une aide importante, il est en effet l'interlocuteur, c'est lui qui écoute les plaintes des travailleurs et les conseille, nous apprenons du médecin les instructions pour changer ou améliorer quelque chose dans l'entreprise une fois qu'il a parlé avec les salariés, il est un professionnel de santé très utile pour les salariés ainsi que pour l'entreprise.*

**Le 3<sup>ème</sup> enquêté :**

**Il s'agit d'un homme, âgé de 38 ans, marié dont il est responsable de qualité.** Son travail consiste à réduire et à contrôler les risques industriels au sein de l'entreprise. Celui-là, il nous expliqua que ces derniers temps il n'aime plus son travail, qu'il ne ressent aucun plaisir dans ce qu'il fait et selon lui cela est dû à la saison que l'entreprise traverse, le mélange des tâches, le retard de paiement etc.

**Première question : Parlez de votre relation avec vos collègues et vos supérieurs ? :**

*C'est une relation plutôt amicale, tout dépend de la situation, des fois je me comporte comme un ami, surtout pendant les séances de sensibilisation et je suis très sévère en cas de négligence. Avec mes responsables hiérarchiques, nous avons une relation très professionnelle.*

**Deuxième question : RPS, et qu'elle était la cause ? :**

*La surcharge de travail, et le sentiment de ne pas être reconnu. Il explique que cela est dû au fait que certaines de mes supérieurs ne me font pas confiance à mes compétences, exemple : me dicter quoi faire et comment faire sur quelque chose de mon propre domaine. Et aussi, on ne reconnaît pas les efforts que je fournis dans mon travail.*

**Troisième question : Est-ce que ces RPS ont déjà affecté votre foyer d'une certaine manière ? :**

*Oui, ce n'était pas quelque chose de grave, mais c'est à cause du système de paiement, j'ai une famille à nourrir et lorsqu'on ne nous paie pas dans les délais, ça cause un désordre dans ce que j'avais programmé pour mon foyer.*

**Quatrième question : Avez-vous déjà consulté le médecin du travail en cas de problème ? Quelle est son importance ? :**

*Bien-sûr, j'ai eu des visites d'embauche, périodiques, et de contrôle. Le médecin est important, d'ailleurs la réglementation l'exige qu'on ait un médecin, et en plus il nous aident dans l'ornement ; J'apprécie le fait de pouvoir compter avec le médecin du travail, il nous aide en ce que certaines consignes que nous donnons pour la sécurité des salariés et qu'on ne nous écoute pas, lorsque le médecin se présente à l'usine, après sa visite il y a des orientations à suivre que les supérieurs et les ouvriers obéissent facilement car ça vient d'un professionnel de santé et ses consignes sont respectés.*

**La 4<sup>ème</sup> enquêtée :**

Il s'agit d'une femme, de 33 ans, qui est emballeuse depuis une année. Son travail consiste à emballer le produit fini qui est le PVC, elle utilise le scotch et film d'emballage et un couteau comme outil de travail.

**Première question : Aimez-vous votre travail ? Pourquoi ?**

*Oui, parce qu'il me permet de gagner ma journée, et également parce que le travail n'est pas pénible, et il est facile à exécuter.*

**Deuxième question : Parlez du milieu de travail, comment est votre relation avec vos collègues ainsi qu'avec vos supérieurs ?**

*Ma relation avec mes collègues est bonne par contre avec mes supérieurs hiérarchiques on ne se rencontre pas toujours, car je suis toujours dans mon poste.*

**Troisième question : Est-ce que vous avez déjà subi des facteurs de risques psychosociaux dans le travail ? Si oui, quelle était leur nature ?**

*Oui, il y a l'insécurité parce que le poste de travail n'est pas rassuré pour toujours, alors j'ai peur de perdre le travail et aussi je sens qu'on ne pas reconnu dans ce qu'on fait. Il y a aussi des fois qu'on nous demande un travail de plus quelles que soient les conditions, ça devient trop chargé et ça me rend stressée et nerveuse.*

**Quatrième question : Est-ce que ces RPS ont d'une certaine manière affectée votre foyer ?**

*Non.*

**Cinquième question : Avez-vous déjà consulté le médecin du travail, quelle est son importance selon vous ?**

*Bien, je n'ai pas encore vu le médecin du travail depuis que j'ai commencé à travailler ici, mais je me rappelle que lorsque je n'étais pas en bonnes conditions émotionnelles et mentales j'ai recouru à la responsable de HSE qui m'a beaucoup aidé.*

**Le 5<sup>ème</sup> enquêté :**

**Il s'agit d'un homme, âgé de 36 ans, marié.** Il est agent polyvalent. Et il dit : *vu que je n'ai pas un diplôme convenable alors je me suis obligé de travailler quoi que ce soit.*

**Première question : Aimez-vous votre travail ?**

*J'aime mon travail car c'est la seule façon de nourrir ma petite famille et ça me permet de fréquenter des gens, et c'est aussi un moyen de me distraire et de rester occupé.*

**Deuxième question : Parlez de votre milieu de travail, comment est votre relation avec vos collègues ainsi qu'avec vos supérieurs ?**

*Ma relation avec mes collègues est très bonne, ils sont réconfortants et amusants, je suis gentil avec eux et ça fait en sorte que mes collègues m'aiment bien et cela est un sentiment mutuel, avec eux le temps passe vite.*

**Troisième question : Est-ce que vous avez déjà subi des facteurs de risques psychosociaux dans le travail ? Si oui, quelle était leur nature ?**

*Il y a la surcharge de travail, j'ai parfois peur de perdre le travail, et je ne me sens pas reconnu, des fois c'est comme si je ne suis pas utile comme les autres. Ce qui provoque ces risques la plupart du temps, ce sont les supérieurs, parce qu'on me donne des ordres qui ne finissent jamais, cela peut-être parce que je suis agent polyvalent, alors il y a toujours quelque chose qu'on me demande de faire et cela est très fatigant et épuisant.*

**Quatrième question : Est-ce que ces RPS ont déjà affecté d'une certaine façon votre foyer ?**

*Pas vraiment non, c'est juste qu'à cause de la charge de travail, en arrivant à la maison je suis déjà trop épuisé.*

**Cinquième question : Avez-vous déjà consulté le médecin du travail ? Si oui, dites-nous l'importance qu'il a pour vous ? Malheureusement je n'ai pas encore consulté le médecin du travail, mais il y a une fois qu'il est venu ici, et après sa visite certaines choses ont été améliorées, donc je crois qu'il est important de l'avoir.****Le 6<sup>ème</sup> enquêté :**

**Il s'agit d'un homme, célibataire, âgé de 27 ans. Il est chef de ligne et son travail consiste à veiller sur la production et l'optimisation du travail en général et maintenance des machines, contrôle de qualité du produit et réglage.**

**Première question : Aimez-vous votre travail ?** *J'aime mon travail, et chaque jour c'est un nouveau défi à relever, j'apprends chaque jour et je me développe, le travail me comble de joie et de satisfaction car je sais que je suis utile dans l'entreprise.*

**Deuxième question : Parles du milieu de travail, comment est votre relation avec vos collègues et avec vos supérieurs hiérarchiques ?**

*Le cercle de mes collègues est plutôt restreint mais bon, car nous sommes plus que des collègues, et ma relation avec mes supérieurs est aussi bonne mais surtout d'ordre et de respect mutuel.*

**Troisième question : Est-ce que vous avez déjà subi des facteurs de risques psychosociaux dans le travail ? Si oui, quelle était leur nature ?**

*Il y a beaucoup d'exigences ; trop de charge dans le travail ; le stress, et cela m'épuise gravement ; et la nature de cela est la charge de travail ainsi que les délais serrés de paiement qui rend stressé ; la charge du travail est dû à l'absence d'un collègue pour m'aider, la pression du travail ou moyens de pièce de la machine.*

**Quatrième question : Est-ce que ces RPS ont déjà affecté d'une certaine façon votre foyer ?** *Non, pas du tout, je sais diviser les choses, le travail c'est le travail, et à la maison je laisse de côté les choses du travail.*

**Cinquième question : Avez-vous déjà consulté le médecin du travail ? Si oui, dites-nous l'importance qu'il a pour vous ?** *Moi j'ai seulement consulté le médecin à l'heure d'une visite d'embauche, pas d'autres choses, ça n'a pas été long, donc, je ne peux rien dire sur ça.*

**La 7<sup>ème</sup> enquêtée :**

**Il s'agit d'une femme, mariée, âgée de 52 ans, avec 23 ans d'expérience, et c'est le médecin du travail responsable pour les travailleurs de GKA.**

**Première question : quel est le rôle du médecin du travail ?**

*Le travail d'un médecin consiste d'après elle à assurer le dépistage de tous les problèmes physiques, mentaux et sociaux des travailleurs. Son rôle est de faire appel à la personne de confiance de l'entreprise (employeur) afin de trouver des solutions adaptées. Le médecin du travail tend à se déplacer vers le lieu de travail afin de voir dans le champ la réalité des*

*entreprises afin de mieux aider le travailleur, soit dans l'aménagement de poste et/ou améliorer les conditions de travail, et cela dépend de la situation de chacun.*

**Deuxième question : Connaissant les travailleurs de GKA, quels sont les facteurs de RPS les plus fréquents ? :**

*Le stress au travail (dû à la charge physique, mentale importante) ; l'insécurité de la situation de travail type socio-économique ; la peur de perdre son emploi et la précarité de contrôle de travail.*

**Troisième question : Nous l'avons alors demandé, face aux RPS, est-ce que le médecin a un rôle ? Si oui lequel ? Et comment est-il effectué ?**

*Le médecin peut oui aider en cas des RPS, d'ailleurs il faut savoir que la majorité des salariés préfèrent aborder ces cas avec le médecin du travail qu'avec le psychologue, en effet cela est dû à la connexion que nous avons déjà, il existe un lien entre le médecin et le patient dès le jour qu'il vient faire les examens d'embauches, l'heure des visites périodiques également, alors cette relation entre médecin et patient fait en sorte que le salarié se sente à l'aise pour partager ses problèmes en cherchant une aide d'un professionnelle de santé. J'apporte mon aide dès le moment où je commence à écouter le salarié parler, il faut admettre que ce n'est pas facile, parce que par jour je dois assurer environ 7/10 ou plus de travailleurs, mais lorsque le travailleur se met à raconter ce que ne va pas bien, je ne peux pas lui couper la parole, je prends mon temps et je l'écoute, alors, mon travail face aux RPS commence lorsque je m'intéresse à lui et à son travail ainsi que son foyer, pour savoir si tout va bien, et là il raconte tout, vu le temps qui m'est limitée, je demande que cette personne reviennent un autre jour pour le contrôle et m'assurer qu'il va bien. J'apporte mon aide également en soignant les salariés dont la santé mentale est affectée et surtout soigner le poste de travail, ce que veut dire placer même le salarié dans des conditions adaptées à ses facultés physiques et mentales. Je contribue également en proposant d'aménagement de poste et une meilleure organisation de travail, vu que le stress et d'autres RPS sont engendrés par la surcharge de travail et les conditions de travail.*

**Quatrième question : Dans le cas où les salariés ont cette peur de perdre le travail, comment l'aidez-vous ?**

*Dans cette situation il est important de faire comprendre à l'employé que le médecin du travail est un intermédiaire pour résoudre leurs problèmes; le médecin est le conseiller de l'employeur,*

*il est là pour capter les insuffisances et poser des solutions; comme médecin l'heure des visites en milieu de travail, je donne des recommandations, maintenant c'est à l'employeur de les capter et les mettre en pratique, mais il y a des moments où l'employeur ne fait pas tout ce que le médecin recommande, là on a alors besoin de l'intervention de l'inspecteur du travail afin de sanctionner l'employeur. Malheureusement je ne peux pas assurer le poste de travail, mais je me positionne en sorte que les salariés soient dans de bonnes conditions, voilà pourquoi les employeurs ne nous aiment pas, parce que nous portons le regard sur tout afin d'aider le salarié, le salarié lui seul ne peut même pas dire à son employeur qu'il y a ça et ceci, de peur qu'il ne soit dit : si tu ne veux pas tu peux démissionner et on engagera quelqu'un d'autre. Il faut que les employés sachent qu'on ne dénonce pas auprès de leur employeur, non, mais par contre nous proposons des solutions.*

### **3- Discussion des résultats de la pré-enquête**

Après nos entretiens avec les membres de l'entreprise GKA ainsi qu'avec le médecin du travail responsable pour la santé des travailleurs de la même entreprise, nous avons pu déceler que le milieu de travail en soi est bon et les travailleurs entretiennent des bonnes relations entre eux, et des relations professionnelles et de respect et avec leurs supérieurs. Nous avons constaté que les ouvriers réclament de la surcharge de travail, des exigences mentales et physiques importantes, de la peur de perdre le travail, de la non reconnaissance des efforts fournis, ceci sont des indices qui donnent naissance au stress, à l'épuisement professionnel. Et ces indices ont lieu à cause des supérieurs hiérarchiques qui sont constamment en train d'exiger des travaux de plus à cause des objectifs à atteindre, l'un des ouvriers dit « *on me donne des ordres, quoique soit* » c'est - à- dire l'ouvrier n'a pas le droit de refuser. Dans l'introduction de ce travail et même dans la problématique nous avons évoqué que dans la plupart des cas, les RPS ont lieu parce qu'au travail il y a plus des exigences, et les salariés acceptent plus de charge et ainsi de suite. Mais jusqu'à où le salarié pourrait-il supporter cela ? Car au fur et à mesure qu'il accepte ce sont des efforts, c'est une pression sur lui, et lorsqu'il ne pourra plus, comment ça sera ? D'après la responsable de HSE, lorsque les salariés n'en peuvent plus de ces exigences, de la pression, et des conditions de travail, ils finissent par démissionner. Cela nous fait alors déduire que le salarié essaye d'envoyer des signaux pour signaler la surcharge, mais sans succès, comme l'a dit la responsable HSE, les salariés ne peuvent même pas consulter le médecin du travail pour chercher de l'aide. Au moment de notre arrivée dans l'entreprise pour le stage, nous avons rencontré certains travailleurs membres de l'administration dans l'usine, mais un temps plus tard ils avaient démissionné, nous avons connus d'autres et après un mois ils avaient

démisionné également, jusqu'au directeur que nous avons interviewé et la responsable HSE. La raison de ces démissions nous est inconnue, mais la discussion avec le médecin du travail nous a poussés à déduire que le fait que soit une entreprise privée, à un mode de fonctionnement différent. Le médecin nous a assuré que les travailleurs doivent d'après la réglementation consulter le médecin pendant les heures de travail et non pas après ou avant, parce qu'en cas d'incident cela sera considéré comme un accident de trajet, mais certains travailleurs ont peur de perdre le travail et ils ne connaissent pas cette réglementation. En fait, ils n'ont pas connaissance de ce que la consultation médicale est obligatoire, ainsi, ils peuvent demander une visite en cas des problèmes ; dans une entreprise privée le système de rémunération est différent comme l'a cité le directeur général, les salariés sont payés par heure. Alors certains travailleurs croient qu'en quittant le travail pour une visite ça les réduira le montant du salaire, et cela les pousse à tout supporter jusqu'à ne plus supporter et démissionner. Le médecin ajouta que les travailleurs sont couverts en cas d'accident et seront même défendus et ils ne seront pas sanctionnés par la sécurité sociale et autre.

Nous sommes alors devant une situation où les travailleurs font de leur mieux pour tout supporter et ils finissent sous l'emprise des RPS. On ignore jusqu'à présent les répercussions de ces RPS, nous avons été informés qu'il y a eu des cas où les salariés étaient en dépression alarmante et cette personne a été conseillée de quitter son poste de travail car ça affectait même son foyer et ses émotions à un niveau très inquiétant.

Les travailleurs réclament du stress ainsi que de l'épuisement mais nous nous questionnons sur la gravité du stress et de l'épuisement professionnel, Ou c'est par habitude que cela est dit et employé ? À force des coutumes, même nous les étudiants disent très souvent que nous sommes épuisés et que nous sommes stressés, en effet, à force de l'usage nous ne réalisons pas la gravité de ces concepts, qui sont des manifestations d'un état grave de santé de quelqu'un qui a véritablement besoin d'une pause, d'arrêter et se faire soigner.

Le cas des travailleurs qui ont peur de perdre le travail et ne se confient pas au médecin en pensant qu'il va les dénoncer, le médecin du travail, nous a fait comprendre qu'il est là pour aider les travailleurs, qu'il est le conseiller de l'entreprise, pour chaque situation sa fonction n'est pas uniquement de connaître le problème et se taire ou alors rendre compte à l'employeur non, mais de manière très professionnelle, le médecin se déplace vers le lieu de travail afin de vérifier le milieu, évaluer et prendre le temps d'en parler aux responsables, cela peut résulter un aménagement de poste ou même légèrement dans le travail. Le médecin ajouta en disant que la décision finale ne lui revient pas à lui, l'organisme employeur en apprenant que les salariés

sont atteints des RPS ou d'autres problèmes, est chargé de prendre une décision, il y a des circonstances dans lesquelles l'organisme employeur obéit au médecin mais en d'autres circonstances non, et aussi, il y a les inspecteurs de travail qui doivent inspecter les lieux de travail et pénaliser si nécessaire l'organisme employeur en cas de non-respect de la réglementation et de la santé des travailleurs.

Les travailleurs de cette entreprise ont besoin d'aide ainsi que de séminaires ou moments d'enseignement sur ce que sont les RPS, l'heure de notre présentation, très peu semblaient se familiariser avec le mot risques psychosociaux, lorsque nous parlions du médecin du travail et du psychologue, il y a des travailleurs mâles qui ont dit « *ça c'est pour les femmes, nous on n'a rien à dire aux psychologues, les femmes sont plus émotives et elles parlent plus, elles peuvent vouloir parler au psychologue, et même au médecin* » nous avons dû expliquer très soigneusement ce qu'était ces risques, la fonction du médecin et du psychologue, car d'autres disaient « *c'est le travail, c'est comme ça et on doit supporter* », il y a une nécessité de les enseigner, plusieurs étaient animés au fait qu'on soit là pour les poser des questions et ils cherchaient à savoir si c'était uniquement pour le mémoire, mais nous leur avons dit que nous voulions connaître leur réalité en milieu de travail afin de pouvoir à la fin de notre travail montrer les résultats aux responsables et voir des possibilités d'amélioration des choses. Mais lorsque nous sommes arrivés la semaine suivante, presque tout le monde ne voulait plus passer aux entretiens.

Également, ils ont besoin d'en savoir plus sur le rôle du médecin et du psychologue, nous avons déduit qu'il y a ce manque de connaissance de leur part. Les travailleurs ne peuvent pas faire confiance au médecin/psychologue s'ils ont en tête que ces derniers sont contre eux. Il est important, et nécessaire qu'ils acquièrent de connaissance à ce sujet, ce n'est pas lorsqu'on est malade ou lorsque nous avons une injurie dans le corps que nous consultons le médecin du travail, le médecin est ami, un professionnel doté de connaissance et en mesure d'aider en toutes circonstances.

### **Conclusion de chapitre**

Comme conclusion de ce chapitre, nous ne pouvons que dire qu'il y a encore plus à être fait, notre enquête n'a pas apporté des chiffres comme nous le souhaitions, c'était une pré-enquête avec des résultats qu'appellent une étude plus profonde et avec plus de temps.

## Conclusion générale

**STRESS, EPUISEMENT**, ces mots sont devenus le quotidien de plusieurs personnes de nos jours, nous écoutons presque tous dirent : je suis épuisé, je suis stressé, mais dans des situations ou d'autres expressions pourraient être utilisées, sans connaître le significat nous croyons être stressé et épuisé. Supporter, le travail est ainsi, la recherche pour un boulot est devenu une chasse et celui qui trouve doit tout supporter, aujourd'hui les travailleurs supportent de tout dans leurs travail parce qu'il y a la fameuse phrase : « si tu ne peux pas je trouverai une autre travailleur, si tu n'es pas capable, si tu réclames, si tu dénonces, on te remplacera » aujourd'hui nous grandissons nous les jeunes avec la croissance qu'il faut tout supportent et ne jamais réclamer ou dire quoi que ce soit, ceux qui travaillent déjà sont déjà conformé au point de dire « le travail est comme », parce qu'il n'y a pas un autre moyen de subvenir à ses besoins il faut alors tout supporter, il faut se soumettre à tout, à toutes les demandes des supérieurs il faut un oui et c'est tout. Nous nous retrouvons aujourd'hui dans un monde où tout est en train de se développer et évoluer, il y a de meilleures conditions de travail mais au même temps il des travaux si pénibles, il y a des travailleurs qui ne se sentent pas reconnus dans leurs propres travaux. Les travailleurs vivent dans la peur constante de perdre le travail.

Dans le dernier chapitre de ce travail, nous avons proposé des facteurs psychosociaux favorables à la santé, des facteurs qui contribuent pour le bien-être au travail, et ces facteurs sont le bien-être, la reconnaissance, bon travail, beau travail, estime de soi, santé. En fait le travail donne à l'homme une identité, un statut social, et une appartenance, le travail doit être un atout pour la santé, le travail doit coopérer pour le bien-être des travailleurs ; le travail doit être même comme une thérapie capable d'épanouir les gens de leurs problèmes comme l'a dit l'un des interviewés que le travail lui permet de gagner la journée et de lui maintenir occupée, en étant occupé, en exercent une tâche l'homme si sent utile et important.

Elton Mayo a effectué une expérience dans une usine de Hawthorne (<https://www.coladaweb.com/administracao/elton-mayo>), et les résultats de son expérience viennent à compléter ce que nous avons compris de cette recherche que : Le travail est une activité typiquement de groupe et les travailleurs nécessitent d'être et de se sentir intégrés dans un groupe quelconque; le travailleur réagit en tant que membre d'un groupe et non en tant qu'individu isolé ; L'organisation efficace est incapable d'augmenter la productivité si les

besoins psychologiques ne sont pas découverts, localisés et satisfaits, la plupart du temps on s'attend à ce que les travailleurs soient productifs, mais on ne cherche pas à soigner le psychique, certains accidents de travail sont causés par un déséquilibre ou problème psychique quelconque qui a été ignoré. Un travailleur stressé produira moins et ne sera pas vraiment concentré sur le travail. Les relations humaines et la coopération sont la clé pour éviter les conflits sociaux, tous les travailleurs doivent avoir la même valeur et importance indépendamment du type de travail que chacun d'eux effectue, on ne doit pas mesurer le respect ni l'importance du travail en fonction du travail, ils sont des êtres humains nécessitant de se relationner et de se sentir reconnu et importants. Talcott Parsons s'intéressant aux professions, nous expliqua par rapport à l'ordre sociale, en touchant le rôle du médecin et celui du patient (Talcott Parsons, 1951), lorsqu'un patient se trouve malade, celui-ci n'est pas responsable de son état, il est incompetent pour s'en sortir, et il est dans un état de tension émotionnelle et de vulnérabilité, le rôle du médecin en revanche c'est de l'aider à guérir en reconnaissant son état de malade, tout mettre en œuvre pour y parvenir, coopérer avec son patient pour des meilleures conditions de guérison, ainsi, nous trouvons la réciprocité des rôles et équilibre entre les orientations du médecin et les besoins du patient.

Le travail du médecin du travail est large, plus que ce que nous imaginons, plus que ce que la théorie nous dit, dans la réalité les médecins ce sont des professionnels qui se positionnent de différentes manières avec la finalité d'aider les travailleurs, ils doivent écouter les salariés, ayant des activités préventives, activités curatives, activités administratives, ayant des liaisons avec le comité d'hygiène et sécurité, service social, service de l'emploi et du travail, services spécialisés et centres d'exploration et d'investigation, les médecins conseils de caisse et sécurité sociale, les organismes et institutions nationales et internationales chargés de la prévention. (*Dr BEHLOULI Ahmed, 2020/21*).

D'après nos entretiens avec le prof Derradj et le médecin de Travail Dr. BELAID Salima, en Algérie plus précisément à Bejaia il y a un grand manque des médecins du travail et des psychologues de travail ; dans des grandes entreprises nous ne trouverons pas des médecins du travail mais des médecins généralistes qu'en certaines circonstances ils appellent les médecins du travail ; aussi, les visites que les médecins font au milieu de travail selon la réglementation ils doivent être faits sans un alerte à l'organisation, mais à cause du manque des moyens de transport pour le déplacement des médecins, le médecin est obligé d'envoyer une lettre en informant qu'il se déplacera pour une visite au sein de l'entreprise pour que l'entreprise puisse envoyer une voiture pour le déplacement, et cela est fait avec des jours d'antécédence, dans cet

intervalle l'employeur cherchera à arranger tout dans son entreprise et le jour que le médecin sera là il croira que tout va bien, alors que cela est dû au fait qu'ils ont été informés en avance.

Le médecin du travail travaille en collaboration avec le psychologue du travail afin d'aider les travailleurs en cas des RPS, même les visites en milieu de travail, le psychologue peut visiter en présence du médecin ; En effet, les salariés ont la facilité de parler avec le médecin qu'avec le psychologue, le médecin pour soi, il les envoie au psychologue, mais pour cela il faut le consentement des travailleurs.

Si l'organisme employeur plus le médecin du travail ensemble avec les travailleurs, s'ils s'engagent en sorte que le travailleur en milieu de travail soit épanoui, cette collaboration permettra une meilleure qualité de la vie en milieu de travail.

## Liste des références

### Les archives en ligne :

- Abraham Maslow, « *A Theory of Human Motivation* », *Psychological Review*, no 50, 1943, p. 370-396 [archive]
- Kaufman, Scott Barry *Transcend: the new science of self-actualization*, New York, TarcherPerigree, 2020 [archice].
- *Alger, Algérie le 10 et 11 Mars 2020*).
- *Université Oum el Bouaghi, Algérie ; Dr Khelassi Mourad ; 2015*.
- Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire. [www.joradp.dz](http://www.joradp.dz).
- Manuel de santé au travail. OMS/AFRO. 2001.
- Fyad A et coll. *Médecine du travail*. Laboratoire de recherche N°29, université d'Oran, 2005.

### Les Ouvrages :

- Anderson S. Coffey B. et Byerly R. « Formal Organizational Initiatives and Informal Workplace Practices : Links to Work-Family Conflict and Job Related Outcomes », *Journal of Management*, vol. 28, 2002.
- Bruno LEFEBVRE ; MATTHIEU Poirot ; *stress et risques psychosociaux au travail ; 2ème édition ; Elsevier Masson S.A.S ; 2015*.
- Cahiers des RPS, prévenir ensemble les risques d'atteinte psychologique au travail, n° 16, décembre 2010.
- Canini F., Trousselard M., « Les axes de recherche des états de stress post-traumatiques », *Perspectives Psy*, 2010/1.
- Christine LAGABRIELLE, Sonia LABERON, *Santé au travail et risques psychosociaux, tous préventeurs ?* L'Harmattan ; Paris ; 2014.
- Croquette D., « Où et quand reposer la tête ? Performances humaines et techniques », numéro hors série, 1998.
- Daniellou F., Simard M. et Boissières I., *Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle. Un état de l'art*, Toulouse, FonCSI, 2009.
- DARES, *L'Exposition aux Risques professionnels par famille professionnelle ; Résultats ; Sumer 2003, Document d'étude, n° 121, 2009*.
- Dejours C., *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Le Seuil, 1998.

- De Keyser V., Hnasez I., WOCCQ : Working Conditions and Control Questionnaire, Univ de Liège, 2000.
- Desrumaux P., « Le harcèlement moral : l'enfer au travail », Revue Cerveaux et Psycho, 36 ? 2009.
- Douillet P., « Risques Psychosociaux : un concept opérant pour transformer l'organisation du travail ? », in D. Lhuiller, F Giust-Desprairies., M. Litim, revue de psychologie, vol.10, Paris, Editions Erès, 2010.
- Faulx D., Erpicum F., Horion E., « Effect Gavroche et relations hyperconflituelles de travail », Interact, 9 (1) 2005.
- Fletcher C., Higginbotham R., Norris P., The Inter-Relationships of Managers' Work Time and Personal Time, Document de recherche, University of Cranfield, 1993.
- Freudenberger H. J., « Staff burnout », Journal of Social Issues, 30, 159-165, 1974.
- Gérard Valéry ; Sylvain Leduc ; les Risques Psychosociaux ; Qui sais-je ? Puf, 1<sup>er</sup> édition ; 2012.
- Guilbert L., Lancry A., « L'analyse des activités des cadres : l'intérêt de la triangulation des méthodes », Le travail humain, 2007, vol 70.
- INRS, Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention, Dossier médico-technique, n°106, 2006.
- Karasek R.A., « Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain : Implications for job Redesign », Administrative Science Quartely, 24, 285-308, 1979.
- Légeron P., Le Stress au travail, Paris, Odile Jacob, 2001.
- Malash C., « Burned-out », Human Behavior, 5 (9), 1976.
- Selye H., The Stress of Life, New York, McGraw-Hill, 1956.
- Siegrist J., « Adverse Health Effects of High-Effort Low-Reward Conditions, Journal of Occupational Health Psychology, 1, 27-41, 1996.
- Tomkiewicz S., Vivet P., Aimer mal, châtier bien. Enquêter sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents, Paris, Le Seuil, 1982.
- Weiss J. M., « Psychological Factors in Stress and Disease », Scientific American, 266(6), 1972.
- Philippe Zawieja ; Franck Guarnieri ; Dictionnaire des Risques Psychosociaux ; Editions du Seuil ; Paris ; 2014.
- Dictionnaire Larousse ;
- Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire. [www.joradp.dz](http://www.joradp.dz). Consulté le 26 Mai 2021

- Festinger L., Reicken H, Stchachater S. When prophecy fails, a social and psychological study of a modern group that predicted the destruction of the world. New York ; Harper & Row ; 1956. (1993) pour la trad. fr : L'échec d'une prophétie. Paris ; PUF)
- Kieffer, Ch. in collaboration with the European forum of the insurance against accidents at work and occupational diseases. 2013. "What recognition of work-related mental disorders? A study on 10 European countries" (online cit. 2019-04-09).
- Kroes, W.H. et al. "Job stress: An unlisted occupational hazard", in Journal of Occupational Medicine, Vol. 16, No. 10, 1974.
- Hacker, W.; Vaie, H. "Psychologische Analyse interindividueller Leistungsdifferenzen als eine Grundlage von Rationalisierungsbeiträgen", in Hacker, W. et al. (eds.): Psychologische Arbeituntersuchung. Berlin, Deutscher Verlag der Wiss., 1973.
- Hartman, E.A.; PerIman, B. "Burnout: Summary and future research", in Human Relations, Vol. 35, No. 4, 1982.
- Bainbridge, L. "Problems in the assessment of mental load", in Le travail humain, Vol. 37, 1974.
- Bosse, R. et al. "Anxiety, extraversion and smoking", in British Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 17, 1978.
- Clegg, C.W. "Psychology of employee lateness, absence and turnover: A methodological critique and an empirical study", in Journal of Applied Psychology, Vol. 68, No. 1, 1983.
- Eisdorfer, D.; Elliott, G.R. (eds.). Stress and human health. New York, Springer, 1982.
- Elo , A.L. Merenkulkijoiden työ ja terveys [English translation].
- KANDI Nabil ; BRAHAMIA Brahim ; TÜĞEN Kâmil ; Les représentations des risques professionnels et de l'état de santé au travail parmi les travailleurs de la commune de Bejaia.
- Driken, J.M. et al. "Stress and cardiovascular health ; An international co-operative study: II. The male population of a factory at Zurich", in Social Science and Medicine, Vol. 7, 1973.
- Hacker, W.; Vaie, H. "Psychologische Analyse interindividueller Leistungsdifferenzen als eine Grundlage von Rationalisierungsbeiträgen", in Hacker, W. et al. (eds.): Psychologische Arbeituntersuchung. Berlin, Deutscher Verlag der Wiss., 1973.
- Hartman, E.A.; PerIman, B. "Burnout: Summary and future research", in Human Relations, Vol. 35, No. 4, 1982, pp. 283-305
- Ministère de la Santé Publique ; Guide d'usage des médecins chargés des activités de Médecine du Travail ; Les presses de l'Entreprise nationale des arts graphiques Unité de Réghaia, Algérie, 1989.
- Muchinsky, P.M. "Employee absenteeism: A review of the literature", in Journal of Vocational Behaviour, Vol. 10, No. 3, 1977, pp. 316-330; Nyman, K.; Raitasalo, R. Absence from work and their determinants in Finland. Helsinki, Research Institute for Social Security, 1978. Reports of the Social Security Institution, A14.

- Porter, L.W.; Steers, R.M. "Organizational, work and personal factors in employee turnover and absenteeism", in Psychology Bulletin, Vol. 80, No. 2, 1973, pp. 151-176.
- Pr Fyad Abdérrahmane, Médecine du Travail ; Université d'Oran ; 2005.
- Strayer, R. "A study of employment and adjustment of 80 male alcoholics", in Quarterly Journal of Studies in Alcoholism, Vol. 18, 1957, pp. 278-287.
- Seamonds, B.C. "Stress and its effects on absenteeism in a corporate employee group", in Journal of Management, Vol. 24, 1982, pp. 393-397
- Welford, A.T. "Stress and performance", in Ergonomics, Vol. 16, 1973, pp. 567-580.

### Mémoires et Thèses :

- ❖ BOUNEBBAB Siham ; BOUSSOURA Lynda ; L'impact des conditions de travail sur la satisfaction des salariés de l'entreprise privée ; Mémoire de fin de cycle ; Université de Bejaia, 2011/12.
- ❖ BENAMEUR Omar ; Risques psychosociaux dans le milieu hospitalier
- ❖ « Chez le personnel soignant à l'unité d'oncologie de l'hôpital de Ghazaouet » Mémoire fin de cycle ; Université de Tlemcen ; 2016/17 ;
- ❖ KANDI Nabil ; Evaluation socioéconomique du stress professionnel au niveau des entreprises de la wilaya de Bejaia ; Thèse de Doctorat ; Université de Bejaia ; 2017/18.
- ❖ JOURDAN Antoine : « **Risques Psychosociaux en Pratique Soignante** » Agir face aux risques psychosociaux identifiés chez les infirmiers de moins de 3 ans d'exercice ; Diplôme Universitaire ; Université Paris Sud ; 2017/2018.
- ❖ MEKBEL Lynda ; KHESRANI Djida ; Le changement organisationnel et les risques psychosociaux au travail : comment réduire le stress professionnel ? Mémoire de fin de cycle ; Université de Bejaia, 2019/20.
- ❖ NAIT ALI Younes Le bonheur et le bien être des étudiants (Étudiants résidents dans des campus universitaires de Bejaia) ; Mémoire de fin de cycle ; Université de Bejaia ; 2019/20.
- ❖ OUHAB Houria : OULD YUCEF Ouahiba La Notion de médecin traitant : un impératif pour une meilleure organisation de la distribution de soins en Algérie ; UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU ; 2018

## Annexe

### PRÉSENTATION DU GROUPE KERNOU ALUMINIUM (GKA)



GKA est une importante entreprise en plein développement et commercialisant des produits en aluminium.

Créée en 2011, elle enregistre une forte expérience dans le domaine de son activité.

Le Groupe Kernou Aluminium a lancé en 2016/2017 une nouvelle unité de production (LAMSTOR) avec diverses gammes de produits de lame thermique pour volet roulants. Ses missions gravitent principalement autour de la mise à disposition de sa clientèle des produits répondant aux normes de qualité – prix dans des délais très courts.

La Sarl inscrit la satisfaction de la clientèle comme préoccupation majeure.

Elle vise la diversification de la production et la prise en charge des contraintes et exigences des différents clients.

## Résumé

Les facteurs de risques psychosociaux sont à l'origine de l'augmentation des problèmes de santé des travailleurs dans le monde entier, avec des implications sur la survenue des accidents de travail, maladies professionnelles et autres, de ce que les risques psychosociaux sont devenus un sujet d'études et recherches majeure. Le service de médecine de travail a le rôle de veiller sur la santé et le bien-être des salariés tout au long de leur parcours professionnel. Le médecin du travail veille sur l'état de santé des travailleurs en fonction de leur âge, des risques concernant leur sécurité, leur santé et la pénibilité au travail.

Parler des RPS c'est directement faire allusion au psychologue/psychanalyste comme des professionnels pouvant traiter ces risques, ce qui est correcte ;portant dans le cadre de ce concept si complexe (les RPS), il s'avérait nécessaire et important d'enquêter sur cette thématique, en apportant des connaissances permettant de comprendre le rôle de la médecine du travail en présence des risques psychosociaux. C'est une recherche qui s'est déroulée au sein de l'usine du Groupe Kernou Aluminium, avec l'objectif de mettre au point l'importance de la médecine de travail, en confrontant la théorie et la réalité. La problématique est par conséquent la suivante : sachant **que le médecin du travail n'est pas habilité à traiter les RPS, comment apportent-il son aide aux travailleurs se confiant à lui pour des problèmes psychosociaux sans prendre la place du psychologue du travail et sans compromettre le poste de travail des salariés de l'usine du groupe kernou aluminium ?**

Pour répondre à la problématique, une expérience observatoire de la pré-enquête a été cruciale pour avoir un point de départ, et pour des conclusions bien spécifiques, des entretiens exploratoires avec certains salariés y compris le médecin du travail responsable ont été effectués.

Les résultats de cette enquête ont démontrés que le milieu de travail est bon et les travailleurs entretiennent des bonnes relations entre eux et des relations professionnelles et de respect avec leurs supérieurs. Mais, cette bonne ambiance de travail n'a pas empêchée les travailleurs de faire connaître qu'il y a la surcharge de travail, des exigences mentales et physiques importantes, de la non reconnaissance des efforts fournis et ces indices donnent naissance au stress et à l'épuisement professionnel.

Le médecin du travail est un conseiller de l'entreprise, il doit connaître la réalité dans le milieu du travail afin de parvenir à aider les travailleurs. Le médecin du travail se présente également comme un ami à l'écoute du salarié, il est ce premier contact avec le salarié l'heure de la visite d'embauche et à lui de faire le suivi tout au long de son parcours professionnel, mais il s'avère que le suivi dans ce cas est devenu difficile car certains salariés sont interdits de voir le médecin du travail par ses supérieurs. La peur de perdre le travail, le manque de connaissances fait en sorte que les salariés ne parlent pas au médecin de leurs problèmes de peur qu'il ne les dénonce.

Des recherches ultérieures devraient permettre d'approfondir encore le rôle du médecin du travail dans les multiples facettes des risques psychosociaux au travail et présenter des cas plus concrets et éclairants avec des solutions immédiatement applicables pour améliorer la qualité de vie au travail, permettant ainsi le développement de la santé et du bien-être des travailleurs.

## **ABSTRACT**

Psychosocial risk factors are at the root of the increase in workers' health problems all over the world, with implications for the occurrence of accidents at work, occupational diseases and others, because psychosocial risks have become a subject of study and major research. The occupational medicine service has the role of monitoring the health and well-being of employees throughout their professional career. The occupational physician monitors the state of health of the workers according to their age, the risks concerning their safety, their health and the arduous nature of the work.

To speak of RPS is to directly allude to the psychologist/psychoanalyst as professionals who can treat these risks, which is correct; bearing within the framework of this so complex concept (RPS), it was necessary and important to investigate on this theme, by providing knowledge to understand the role of occupational medicine in the presence of psychosocial risks. It is a research that took place within the factory of the Kernou Aluminum Group, with the objective of developing the importance of occupational medicine, by confronting theory and reality. The problem is therefore as follows: knowing that the occupational physician is not authorized to treat PSR, how does he provide assistance to workers who confide in him for psychosocial problems without taking the place of the occupational psychologist and without compromise the workstations of employees of the kernou aluminum group factory?

To answer the problem, an observatory experience of the pre-survey was crucial to have a starting point, and for very specific conclusions, exploratory interviews with certain employees, including the responsible occupational physician, were carried out.

The results of this research showed that the working environment is good and the workers maintain good relations with each other and professional and respectful relations with their superiors. But this good working atmosphere has not prevented the workers from doing knowing that there is work overload, significant mental and physical demands, non-recognition of the efforts made and these clues give rise to stress and burnout.

The occupational doctor is an adviser to the company, he must know the reality in the workplace in order to be able to help the workers. The occupational doctor also presents himself as a friend listening to the employee, he is this first contact with the employee at the time of the hiring visit and it is up to him to follow up throughout his professional career, but it turns out that the follow-up in this case has become difficult because some employees are forbidden to see the occupational doctor by their superiors. The fear of losing the job, the lack of knowledge makes it so that the employees do not speak to the doctor about their problems for fear that he will denounce them.

Further research should make it possible to further deepen the role of the occupational physician in the multiple facets of psychosocial risks at work and present more concrete and enlightening cases with immediately applicable solutions to improve the quality of life at work, thus allowing the development health and well-being of workers.

## Resumo

Os fatores de risco psicossociais estão na origem do aumento dos problemas de saúde dos trabalhadores em todo o mundo, com implicações na ocorrência de acidentes de trabalho, doenças profissionais e outros, pois os riscos psicossociais tornaram-se objeto de estudo e grande investigação. O serviço de medicina do trabalho tem a função de acompanhar a saúde e o bem-estar dos colaboradores ao longo do seu percurso profissional. O médico do trabalho acompanha o estado de saúde dos trabalhadores de acordo com a sua idade, os riscos relativos à sua segurança, à sua saúde e à árdua tarefa do trabalho.

Falar de RPS é fazer alusão direta ao psicólogo/psicanalista como profissional que pode tratar esses riscos, o que é correto; no marco desse conceito tão complexo (RPS), foi necessário e importante investigar sobre esse tema, com a finalidade de fornecer conhecimentos para compreender o papel da medicina do trabalho na presença de riscos psicossociais. Esta é uma pesquisa realizada dentro da fábrica do Kernou Aluminum Group, com o objetivo de desenvolver a importância da medicina do trabalho, comparando teoria e realidade. A questão do problema é, portanto, a seguinte: sabendo que o médico do trabalho não está autorizado a tratar PSR, como é que presta assistência aos trabalhadores que lhe confiam por problemas psicossociais sem substituir o psicólogo do trabalho e sem comprometer os postos de trabalho dos funcionários do kernou fábrica de grupo de alumínio?

Para responder ao problema, uma experiência observatória do pré-inquérito foi crucial para se ter um ponto de partida, e para conclusões muito específicas, foram realizadas entrevistas exploratórias com alguns colaboradores, incluindo o médico do trabalho responsável.

Os resultados desta pesquisa mostraram que o ambiente de trabalho é bom e os trabalhadores mantêm boas relações entre si e relações profissionais e respeitadas com seus superiores. demandas mentais e físicas, o não reconhecimento dos esforços realizados e essas pistas geram estresse e esgotamento.

O médico do trabalho é um conselheiro da empresa, deve conhecer a realidade do local de trabalho para poder ajudar os trabalhadores. O médico do trabalho também se apresenta como um amigo ouvindo o funcionário, ele é esse primeiro contato com o funcionário no momento da visita de contratação e cabe a ele o acompanhamento ao longo de sua trajetória profissional, mas acontece que o acompanhamento O aumento neste caso tornou-se difícil porque alguns funcionários são proibidos de consultar o médico do trabalho por seus superiores. O medo de perder o emprego, a falta de conhecimento faz com que os funcionários não falem com o médico sobre seus problemas por medo de que ele os denuncie.

A continuação da investigação deverá permitir aprofundar ainda mais o papel do médico do trabalho nas múltiplas facetas dos riscos psicossociais no trabalho e apresentar casos mais concretos e esclarecedores com soluções imediatamente aplicáveis para melhorar a qualidade de vida no trabalho, permitindo assim o desenvolvimento da saúde e bem-estar dos trabalhadores.