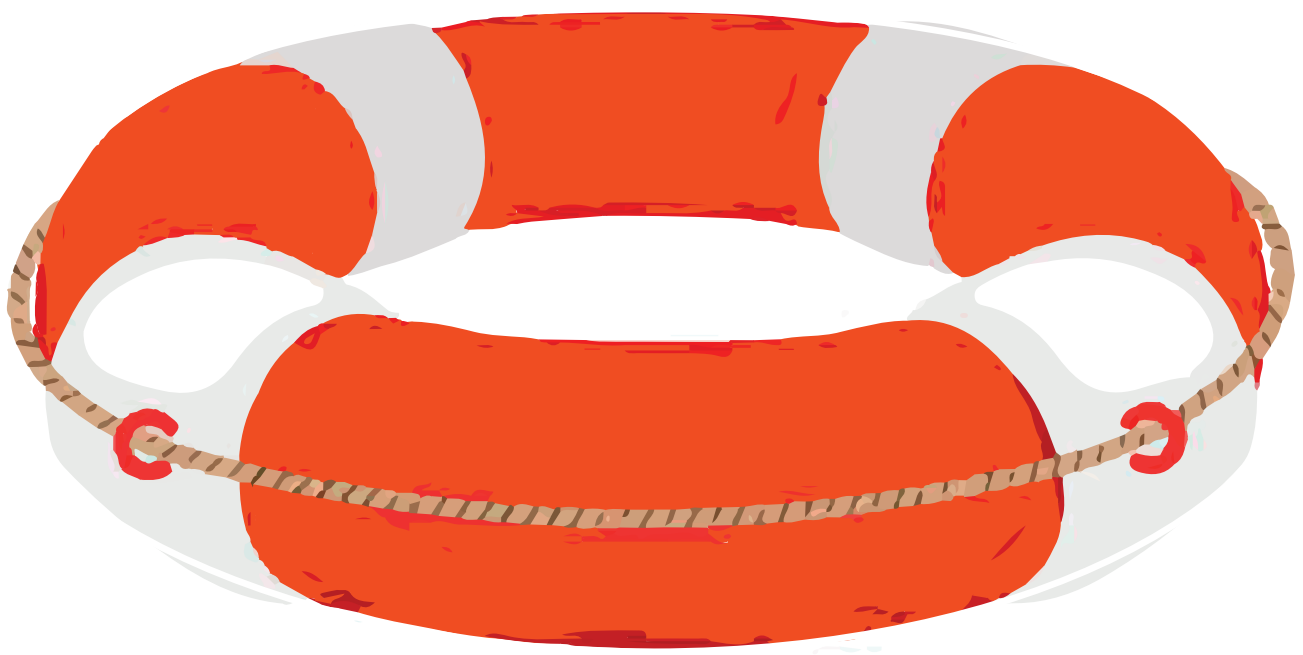
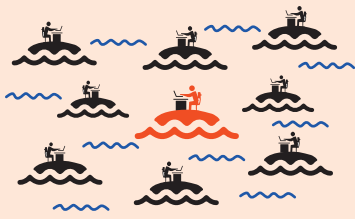


Santé et conditions de travail





Mon travail et nous

1/7_ INTRODUCTION : Le travail au centre de nos organisations individuelles et collectives

2/7_ Évolution des organisations et de la relation d'emploi

Entre dynamiques de fragmentation et prise en compte de nouvelles aspirations sociétales, le monde du travail à la recherche de nouveaux repères

3/7_ Aspirations des professionnels

Plus de sens pour une meilleure performance, plus d'autonomie pour une meilleure organisation

4/7_ Transformations numériques

Des usages numériques toujours plus présents et indispensables au travail, mais aussi aliénants et nocifs pour la santé à long terme... Un regard de plus en plus exigeant posé sur la digitalisation du travail

5/7_ Santé et conditions de travail

Une montée en puissance de nouvelles pathologies professionnelles (burn-out, brown-out) qui questionne en profondeur le sens et l'organisation du travail. Et pose un défi à la prévention des risques professionnels

6/7_ Tendances globales qui affectent le travail

Face à la montée des crises sociales, économiques, technologiques et surtout écologiques, comment le travail et son organisation peuvent-ils contribuer à la résilience des territoires ?

7/7_ Stratégies et pratiques managériales

Organiser, arbitrer, contrôler, mais aussi animer, donner du sens et entraîner : les managers super-héros ou forcés des années 2020 ?

Métropole de Lyon - Juillet 2020 / Avril 2021

Prospective du travail : tendances

Commanditaire : Délégation Ressources Humaines & Moyens Généraux/DRSEP

Pilotage : DPDP - service Prospective des politiques publiques

Direction des études : Jean-Loup Molin et Eddy Maaroufi

Études et rédaction : DPDP / réseau de veille prospective

Anouk Jordan et Ludovic Viévard

Conception et réalisation éditoriale : DPDP / Nathalie Joly

Impression : La Métropole de Lyon – 2021

Mise en ligne : www.millenaire3.com

Une montée en puissance de nouvelles pathologies professionnelles (*burn-out*, *brown-out*) qui questionne en profondeur le sens et l'organisation du travail. Et pose un défi à la prévention des risques professionnels.

6 fiches tendances

- 1• Le *burn-out* : nouvelle maladie du siècle ?
- 2• Inégalités professionnelles de santé : une tendance persistante
- 3• Pression temporelle : une montée des pathologies liées au stress professionnel dans les organisations
- 4• Fragilisation des collectifs : parler des règles de métier, une perte de temps ?
- 5• QVT et BET : vision « totale » ou « totalitaire » de la santé au travail ?
- 6• Un affaiblissement des instances veillant sur la santé au travail : quelle prévention des risques professionnels demain ?



à retenir



Extension des problématiques de santé aux populations cadres

En matière de risques professionnels la tendance qui a certainement le plus frappé les esprits depuis une trentaine d'années est l'extension des problématiques de santé aux populations cadres, qui en semblaient jusque-là épargnées. Le développement de nouveaux troubles, comme le *burn-out*, a montré l'importance d'envisager la santé au travail sous ses deux aspects : physique et psychique (fiche 1). Pour

autant, cette diversification des pathologies professionnelles et son extension à des populations jusque-là relativement épargnées n'a pas effacé les inégalités sociales de santé au travail : l'activité professionnelle continue de peser bien davantage sur la santé des ouvriers et des travailleurs précaires que sur celle des cadres (fiche 2).



L'urgence temporelle devient la norme

Cette évolution des pathologies professionnelles est directement liée aux transformations productives et à l'évolution des modes de gestion engagées à partir des années 80. Avec l'intensification du travail (chasse aux temps morts, flux tendus...) l'urgence temporelle devient la norme pour les salariés et les organisations, favorisant le développement du stress professionnel et des pathologies

associées : troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux (fiche 3). Dans le même temps, les restructurations permanentes, la précarisation de l'emploi, l'évaluation individuelle des performances ont fragilisé les collectifs de travail, privant les individus au travail de ressources psychosociales nécessaires pour faire face aux exigences accrues de l'activité (fiche 4).



L'épanouissement des personnes devient une dimension majeure de la prévention

Troisième grande tendance : avec la montée d'une vision extensive de la santé, l'épanouissement des personnes devient une dimension majeure de la prévention, avec pour risque de faire passer au second plan les exigences de l'activité collective. La qualité de vie au travail et le bien-être au travail (fiche 6) apparaissent ainsi comme des réponses paradoxales puisqu'elles reviennent parfois à poser des injonctions d'épanouissement fortes

aux individus. Quant aux acteurs traditionnels de la prévention de la santé en entreprise (médecine du travail/de prévention, CHSCT/CT), ils font face à un champ de demandes en extension tout en étant aujourd'hui en perte d'influence. Des réformes du système de santé au travail se succèdent à un rythme accéléré depuis le début des années 2000, sans donner satisfaction (fiche 5).

Ces tendances interrogent l'évolution des organisations publiques

? **Le secteur public peut-il porter un modèle alternatif de politique de santé au travail ?**

Certes les contraintes gestionnaires (mise en concurrence des salariés, course à la rentabilité...) sont loin d'être absentes, mais l'institution publique dispose sans doute d'une marge de manœuvre supérieure au secteur privé du fait d'une situation davantage protégée de la concurrence avec les autres acteurs économiques. Peut-être y a-t-il là une chance pour porter des approches alternatives de la santé au travail, redonnant à chacun les marges d'action pour ne pas être ou se vivre comme victime de l'organisation mais comme acteur et responsable d'une construction collective ?

? **Comment arbitrer les conflits entre attentes et expressions individuelles et contraintes collectives ou, à tout le moins, comment mieux les faire converger ?**

Les organisations publiques n'échappent pas à la montée des risques psychosociaux. Ceux-ci mettent sans doute davantage en tension qu'au paravant les contraintes collectives des organisations (pression temporelle accrue, demande d'efficacité, etc.) et les aspirations des individus, de plus en plus entendues comme légitimes. Aujourd'hui, pour répondre aux risques psychosociaux les organisations tendent à accorder plus d'attention aux difficultés des individus. La capacité des organisations à faire valoir la légitimité des contraintes collectives peut-elle s'en trouver affaiblie ?

? **Quelle politique de santé au travail dans les grandes collectivités qui abritent une diversité de métiers ?**

En effet, les risques en matière de santé au travail sont très différents dans les métiers du social, les métiers techniques ou administratifs. Cette diversité est un facteur de complexité pour la collectivité qui doit alors adapter l'évaluation et la prévention des risques.

? **Comment protéger les professionnels des injustices de santé ?**

Les inégalités de santé au travail sont une constante que les organisations peinent à limiter, sans doute parce qu'elles résultent d'une grande diversité de facteurs, y compris en dehors de la sphère professionnelle. Pour la Métropole, la question se pose d'abord de savoir comment protéger ses agents de ces injustices de santé. Mais elle se pose également d'évaluer ses possibilités d'action pour protéger les employés d'entreprises privées assurant pour son compte des missions de services publics (DSP). Il serait de fait assez injuste d'externaliser les missions les plus difficiles, protégeant ainsi les agents au risque d'exposer d'autres professionnels.



Le *burn-out* : nouvelle maladie du siècle ?

Décrit dans les années 1970, le *burn-out* se voit régulièrement proposé comme maladie professionnelle. Une évolution importante puisqu'elle ferait porter sur les entreprises les conséquences financières d'une affection psychique aux contours flous et en partie due à des facteurs autres que professionnels. Mais derrière les questions de nosologie apparaît un enjeu de société plus large de lutte contre un symptôme qui marque le monde du travail contemporain.



La tendance en bref

Dans les années 70, aux États-Unis, une première description d'un symptôme d'épuisement touchant des professionnels du soin constitue les prémices de ce qui sera généralisé sous le terme de *burn-out*¹ ou épuisement professionnel. En 1981, la psychologue américaine Christina Maslach propose le premier outil de mesure par questionnaire, le *Burn-out Inventory* (MBI). Encore largement utilisé aujourd'hui², il combine trois dimensions complémentaires (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque de réalisation de soi). L'OMS, qui n'a pas intégré le *burn-out* dans sa classification des maladies (CIM-11), le définit comme un « syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré »³. En France, l'Académie de médecine décrit le *burn-out* comme « un état d'épuisement psychologique (émotionnel), mais aussi cognitif (avec une perte de motivation et des difficultés de concentration) et physique (« coup de pompe »), qui se présente sous forme de symptômes traduisant une réaction de détresse à une situation de stress en milieu professionnel »⁴. Depuis quelques années, des demandes répétées⁵ souhaitent sa reconnaissance comme maladie professionnelle⁶. Pour certains auteurs, la définition du *burn-out* reste

floue, y compris du point de vue de la biologie, et « le recouplement avec deux diagnostics existants – le trouble dépressif et le trouble de l'adaptation – est tellement important qu'il n'est pas nécessaire d'ajouter un diagnostic spécifique ». Pour d'autres, en revanche, la procédure de reconnaissance en maladie professionnelle semble justifiée, mais « le lien avec l'activité professionnelle mériterait d'être précisé. »⁷ Ce dernier point est problématique puisque les causes du *burn-out* sont aussi liées à la personnalité du salarié et des facteurs individuels peuvent être des déterminants de vulnérabilité.

Contre-tendances & bifurcations possibles



Les médecins Alain Chamoux et Frédéric Vilmant constatent une augmentation extrêmement rapide de la fréquence des maladies psychiques liées au travail depuis les années 2010, dimension de plus en plus prise en compte en France, comme en Europe. Ceci peut laisser penser que le « sens de l'Histoire » va vers la reconnaissance du *burn-out* comme maladie professionnelle. Il est aujourd'hui bien connu du grand public et fait l'objet d'un débat récurrent et médiatisé. En France, une mission d'information

parlementaire de 2017 se situait dans une position d'ouverture en indiquant : « L'élaboration d'un tableau de maladie professionnelle incluant le *burn-out* reste un processus difficile et non abouti à ce jour. Le rapporteur propose d'avancer dans cette voie en ayant recours à l'expérimentation et à l'amélioration des outils existants. »⁸.



Impacts sur le travail

Aujourd'hui, la reconnaissance d'une maladie psychique comme étant d'origine professionnelle est possible, mais longue et complexe. Inscrire le *burn-out* au tableau des maladies professionnelles, publié au Journal officiel, aurait pour premier impact de faciliter les démarches des personnes touchées. La prise en charge serait également plus complète puisque les frais de santé des maladies professionnelles sont pris en charge à 100 % et que le salarié bénéficie d'indemnités journalières majorées de la part de la CPAM, voire d'une indemnisation complémentaire versée par l'employeur. Second impact, le transfert du financement de sa réparation de la branche maladie de la CNAM vers la branche accident du travail/maladie du travail (AT/MT), financée presque

exclusivement par les cotisations des employeurs⁹. Conforme au principe « pollueur-payeur », elle pourrait encourager les politiques de prévention des entreprises. Ainsi, écrit le rapport de l'Académie de médecine, « **le coût pour les entreprises de la réparation des troubles psychosociaux reconnus par les C2RMP est un facteur puissant de sollicitation pour une mise en œuvre de moyens de prévention efficaces**, comme cela a été le cas pour toutes les autres maladies professionnelles et pour les accidents du travail »¹⁰.



Enjeux pour la société

Bien que l'on manque de données chiffrées, le *burn-out* est présenté dans la presse comme le nouveau « mal du siècle ». De fait, selon la CNAM-TS, les demandes de reconnaissance d'affections psychiatriques dans le monde du travail sont passées de 588 en 2011 à 2 298 en 2016¹¹. Certes, « *l'un des obstacles majeurs à la lutte contre le burn-out est l'absence d'une définition convaincante, consensuelle, et réellement opérante* »¹². Mais, au-delà des questions de nosologie, la reconnaissance du *burn-out* comme maladie professionnelle répond d'abord à un enjeu de prévention et de santé publique. Mettre l'accent sur le *burn-out*, c'est se questionner sur la prévention : « *veiller au risque lié à la suractivité professionnelle et mettre en place en entreprise une politique globale de prévention portant sur les conditions de travail et sur le dépistage du stress professionnel avant décompensation* »¹³.



Enjeux pour les collectivités publiques territoriales

Pour les collectivités publiques, en l'absence de l'évolution du cadre réglementaire, l'enjeu est également celui de la prévention. Pour éviter de fragmenter les politiques de santé psychique, il semble préférable d'inscrire la prévention des *burn-out* dans une politique employeur plus large de lutte contre les risques psychosociaux. Ceci rejoint les conclusions du collège d'experts, auteur d'un guide de prévention : « *L'entreprise, la structure privée ou publique peut, de manière très opérationnelle, prévenir le burn-out en intégrant les six familles de facteurs de RPS dans sa démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels [intensité du travail et temps de travail; exigences émotionnelles; autonomie; rapports sociaux; conflits de valeur; insécurité de la situation de travail]* »¹⁴.



Inégalités professionnelles de santé : une tendance persistante

Alors que depuis 25 ans, l'espérance de vie progresse en France, l'écart entre l'espérance de vie des ouvriers et celle des cadres supérieurs ne se réduit pas. Il témoigne d'inégalités persistantes de santé, notamment liées aux métiers. Un constat qui pourrait conduire les employeurs à renforcer leur rôle de prévention spécifiquement auprès des métiers les plus à risques.



La tendance en bref

En 1976-1984, l'espérance de vie des ouvriers ayant 35 ans était de 35,7 ans quand celle des cadres du même âge était de 41,7 ans, soit 6 ans de plus¹⁵. Cette différence tient à un impact défavorable des métiers ouvriers sur la santé, connu depuis au moins le 19^e siècle¹⁶. Pour y répondre, la législation s'est progressivement construite, à partir du 19^e siècle et durant le 20^e siècle, et en particulier avec la loi de 1946 qui fixe les contours d'un droit dont l'esprit est toujours d'actualité. Elle installe en particulier les trois institutions chargées de la santé au travail : l'inspection du travail, la branche AT-MP de la Sécurité sociale, et la médecine du travail. « *Les services de santé au travail, indique la loi, ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* » (Code du travail, art. L.4622-2). Ces outils de prévention ont porté leurs fruits et « *le 20^e siècle a enregistré d'immenses progrès sur le strict plan de la sinistralité, en tout cas sur la baisse des accidents du travail* »¹⁷. Pourtant, malgré ces progrès et si l'espérance de vie des personnes a bien augmenté, l'écart entre ouvriers et cadres demeure, voire se renforce. Ainsi, en 2009-2013, chacune de ces deux catégories d'emploi a vu son

espérance de vie croître de près de 7 ans, et l'écart qui les sépare est passé de 6 ans à 6,4 ans¹⁸.

Pour expliquer cette inégalité de santé, il faut à la fois tenir compte des facteurs strictement liés aux métiers, mais aussi de ceux qui relèvent de facteurs socio-économiques plus larges. Parmi les premières causes, on trouve les conditions de travail comme l'exposition aux bruits et aux risques (produits CMR, etc.), la pénibilité des postures, ou encore l'organisation du travail (horaires décalés, latitude décisionnelle moindre, etc.). Ensuite viennent les causes qui tiennent aux conséquences de la précarité de l'emploi ouvrier, qui expliquent des conditions de vie parfois plus difficiles, des logements qui peuvent être insalubres, une moindre prise en charge des problèmes de santé, un moindre accès à l'information sanitaire, etc. Enfin, certaines pratiques de consommation autour de l'alimentation ou du tabac, marquées socialement, contribuent aussi aux inégalités de santé. **L'entremêlement de toutes ces causalités explique la montée en puissance de la notion d'inégalités sociales de santé, plus large que les inégalités professionnelles de santé.**

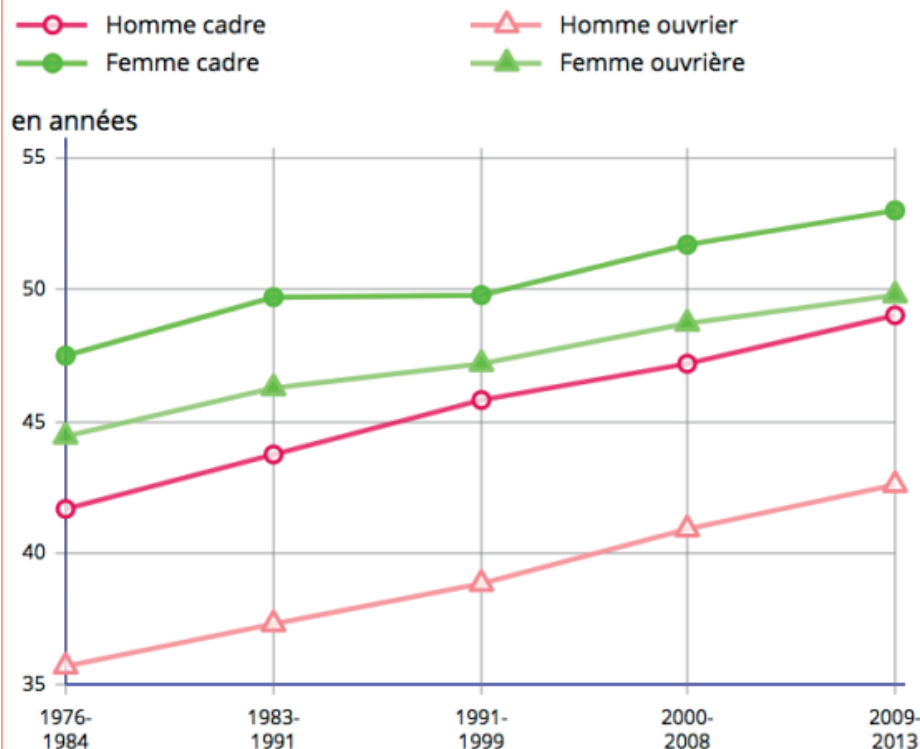


Contre-tendances & bifurcations possibles

L'accent mis par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 sur la réduction des inégalités sociales de santé pourrait permettre de combler l'écart de santé induit par les conditions de travail. En particulier, l'adoption de politiques universelles proportionnées permettrait de porter davantage de moyens sur les professionnels les plus touchés par ces écarts, quand les politiques universelles ont, au contraire, tendance à les accroître¹⁹. Pour autant, prévient l'Observatoire des inégalités, malgré les avancées apportées par l'extension de la couverture maladie et les campagnes de prévention, « *la remise en cause des progrès en matière de temps de travail et la faible prise en compte de la pénibilité dans les droits à la retraite jouent inversement* ».²⁰ Par ailleurs, on a vu le poids négatif de la précarité. De ce fait, la tendance décrite ici pourrait s'aggraver du fait de la précarisation de l'emploi.

Ainsi écrit Laurent Vogel, juriste et chercheur en santé au travail à l'Institut syndical européen (ETUI), « [...] le développement du travail précaire a privé une partie des travailleurs exposés de l'amélioration des politiques de prévention dont a pu bénéficier une partie des travailleurs stables de grandes entreprises »²¹.

Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers



Lecture : en 2009-2013, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres est de 53,0 ans.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, Échantillon démographique permanent.



Enjeux pour la société

Deux types d'enjeux peuvent être mis en avant. Le premier concerne des enjeux que se fixent les politiques publiques de santé et de prévention, car l'écart d'espérance de vie entre ouvriers et cadres révèle un relatif échec de ces politiques. Le second enjeu concerne la justice sociale qui se trouve mise en cause dès lors que ces métiers, en plus d'exposer à une surmortalité, sont aussi peu valorisés socialement et peu rémunérés, contrairement aux emplois de cadres. La justice sociale est également interrogée quant à l'écart « contribution retraite/bénéfice » des ouvriers par rapport aux cadres. Les derniers profitent en moyenne de 7 années de retraite supplémentaire pour des temps de cotisation souvent moindre (les ouvriers étant davantage concernés par les carrières longues). Un écart qui a suscité un débat lors des propositions de réforme de retraites de 2019/2020. Ainsi Thomas Piketty a-t-il souhaité que soit introduit « dans le calcul des retraites un traitement plus favorable des bas et moyens salaires par comparaison aux hauts salaires, afin de corriger les écarts d'espérance de vie »²².



Enjeux pour les collectivités publiques territoriales

Si les collectivités disposent en tant qu'employeurs de nombreux outils pour agir sur les inégalités professionnelles de santé, elles peuvent aussi dans le cadre de leurs politiques publiques mobiliser des approches territoriales. Une étude de l'Observatoire de la santé des Lyonnais montre que « les territoires prioritaires et les quartiers voisins présentent une suraccidentologie »²³ liée au travail. L'étude conclut que « la cartographie de l'accidentologie du travail révèle des disparités territoriales qui relèvent donc plus certainement de la précarisation du rapport au travail que d'autres facteurs »²⁴. Cet angle territorial mériterait d'être complété pour d'autres indicateurs, croisant espérance de vie et statut socioprofessionnel. Cela permettrait de soutenir l'action de la collectivité au travers des différents leviers dont elle dispose : prévention santé, éducation, insertion professionnelle, nuisances urbaines, etc.



Pression temporelle : une montée des pathologies liées au stress professionnel dans les organisations

L'urgence permanente tend à devenir une norme au travail. Elle induit une montée des pathologies liées au stress professionnel chez les cadres et les employés, comme chez les ouvriers. Comment dans ces conditions préserver la capacité de recul des professionnels et des organisations ?



La tendance en bref

Depuis le milieu des années 80, les contraintes pesant sur le rythme de travail se sont multipliées. Aux contrôles hiérarchiques et mécaniques, se sont ajoutés le contrôle par les outils informatiques, par l'aval (demande), et par une dépendance immédiate plus forte vis-à-vis des collègues (Dares, 2017). La proportion de personnes dont le travail est soumis à au moins 3 contraintes de rythme (hors contrôle informatisé²⁵) est passée de 1 sur 5 en 1991 à plus de 1 sur 3 en 2016.

Pour la majorité des salariés, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, cela s'est traduit par une pression temporelle accrue : près des 2 personnes sur 3 déclarent « ne pas pouvoir quitter leur travail des yeux », contre 1 sur 2 en 1991. Deux tiers des agents de la fonction publique territoriale expriment finir une journée de travail « nerveusement fatigués » (Baromètre Pragma, La Gazette, Emploipublic.fr). Ce rythme de travail plus soutenu va de pair avec des interruptions de tâche plus fréquentes, dans le secteur privé comme dans la fonction publique territoriale²⁶.

Selon la Haute Autorité en Santé (2016), ces interruptions génèrent « une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte ». Elles induisent perte de productivité et surcharge mentale.

Du fait de cette augmentation de la pression temporelle, la Dares estime que l'autonomie des salariés a globalement régressé entre 2003 et 2017 (Dares, 2017).



Contre-tendances & bifurcations possibles

Le basculement du monde du travail dans une logique d'urgence permanente a des déterminants multiples, qui font intervenir des choix de politique économique (« choc de compétitivité » induit par la libéralisation économique des années 80), des stratégies de gestion (chasse au temps morts, politiques des flux tendus, juste à temps...), des facteurs technologiques (développement des outils de contrôle informatisés) et des stratégies défensives des salariés (hyperactivisme, autoaccélération...). Pour

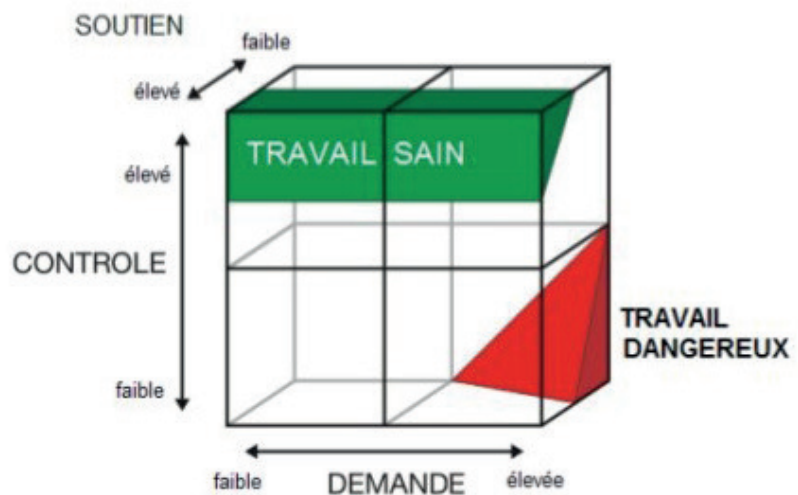
l'ensemble de ces raisons, l'urgence permanente tend aujourd'hui à « faire système ».



Impacts sur le travail

Ces 20 dernières années ont vu la montée des problèmes de souffrance au travail parmi les populations peu exposées à la pénibilité physique (cadres, managers, employés de bureau, travailleurs sociaux...). Cette évolution a amené à réévaluer le rôle du stress dans les pathologies professionnelles. Le « modèle de stress » qui fait aujourd'hui référence est celui de Kasarek. Il montre que le stress au travail n'est pas nécessairement pathogène, mais le devient lorsque de fortes exigences psychologiques de l'activité s'accompagnent d'une faible latitude décisionnelle et d'un soutien social insuffisant. Selon Eurofound (2017), la France se caractérise par le soutien social perçu le plus faible en Europe²⁷. La Dares estime qu'en 2017, 18% des salariés se trouvaient dans la zone « travail dangereux », un chiffre en augmentation pour toutes les catégories socioprofessionnelles depuis 2003.

Généralement associé au *burn-out*, le stress joue aussi un rôle central dans l'étiologie des troubles musculo-squelettiques (TMS). Il génère en effet un état inflammatoire chronique qui, associé à une contrainte posturale forte, augmente le risque de se blesser (Davezies, 2013). De telles contraintes posturales existent à la fois dans les métiers peu qualifiés (gestes répétitifs) et dans le travail de bureau (immobilité forcée).



Source : <http://www.psychologuedutravail.com/tag/modele-de-karasek/>

		Cadres	Professions intermédiaires	Employés administratifs	Employés de commerce et services	Ouvriers qualifiés	Ouvriers non qualifiés	Ensemble
Avoir au moins trois contraintes de rythme	1991	12	20	19	13	30	32	21
	2016	24	35	30	29	53	49	35
Ne pas pouvoir quitter son travail des yeux	1991	12	20	25	19	40	38	26
	2016	27	42	34	43	66	52	43
Devoir fréquemment abandonner une tâche pour une autre plus urgente	1991	55	52	53	49	42	36	48
	2016	76	75	75	61	50	43	65

Source : Dares, DGAFP, Drees, Insee, enquêtes Conditions de travail.

Champ : salariés de France métropolitaine.



Enjeux pour la société

Les risques psychosociaux et les troubles musculo-squelettiques sont aujourd'hui les deux premiers motifs de consultation de la médecine du travail. Les TMS représentent 95% des maladies professionnelles reconnues. L'ANACT estime les coûts directs induits pour les entreprises entre 100€ et 500 € par an et par salarié (touché par des TMS ou non) auxquels il faut ajouter des coûts indirects 2 à 7 fois supérieurs et des coûts stratégiques.

L'urgence temporelle ne touche pas seulement les salariés, mais aussi la capacité de réflexivité des organisations. Les réorganisations sont permanentes et, dans le secteur privé en tout cas, elles reposent rarement sur un bilan de l'existant²⁸. Ainsi, l'urgence enferme dans un « présent permanent » ou le passé tend à perdre sa capacité à faire ressource pour penser l'avenir.



Enjeux pour les collectivités publiques territoriales

Même si la pression temporelle est réputée moins forte dans le public, les contraintes budgétaires sont réelles et l'agenda politique structurant. Le rythme de travail des agents en face à face avec l'utilisateur (filière sociale) est contraint par l'aval, et la pression temporelle ressentie dans ces métiers est forte²⁹. À ce titre, si elles veulent pouvoir porter des projets fédérateurs et préserver la santé de leurs agents, les collectivités se doivent comme toute organisation de relever le défi de préserver le dialogue sur le travail réel, même sous contrainte temporelle. Soumis à des exigences de l'activité trop fortes, et sans espace social pour discuter des arbitrages à faire, chacun finit en effet par « lâcher » certains critères de qualité du travail, faute de parvenir à tous les tenir. Ces « petits renoncements solitaires » finissent par entamer l'estime de soi et/ou par créer des conflits interpersonnels. La « gesticulation » tend alors à prendre le pas sur l'action.

Face à ce risque, Kasarek pointe l'importance du soutien social. Celui-ci se construit par le dialogue sur le travail réel à tous les niveaux de l'organisation. Quand faut-il lâcher un critère de qualité du travail ? Quand faut-il malgré tout le tenir, quitte à en aménager un autre ou à prendre un peu de retard ?



Fragilisation des collectifs de travail : parler des règles de métier, une perte de temps ?

Multiplication des « restructurations », montée du travail précaire, évaluations individualisées des performances... Ces dernières années de nombreux facteurs ont contribué à affaiblir les collectifs de travail au sein des entreprises et des organisations. Pourtant, l'épanouissement des professionnels dans un travail de qualité implique qu'entre le prescrit et le sujet au travail, puisse s'intercaler une production déontique collective portée par les professionnels engagés dans le travail réel.



La tendance en bref

La notion de collectif de travail est à distinguer de celle de groupe et d'équipe. Le groupe est une collection d'individus ; l'équipe est une entité opérationnelle définie par l'organisation formelle du travail. Le collectif de travail, lui, est un groupe ou une équipe qui produit, partage, transmet des règles de métier (Dejours, 1978, Clot 1999 ; 2008, Cru, 2014). Ces règles guident les professionnels dans l'action : elles indiquent comment les prescriptions doivent être interprétées en situations de travail réelles. Mais aujourd'hui, la littérature regorge d'études de cas mettant en évidence la fragilisation des collectifs de travail sous l'effet de différentes évolutions.

- Ces dernières décennies, les restructurations sont devenues un outil de gestion central des entreprises. Les plans se sont multipliés à des intervalles de plus en plus courts. Ils ont démantelé beaucoup de collectifs existants, en particulier dans l'industrie, lorsqu'ils ne les ont pas purement et simplement détruits (fermeture). Ces restructurations ont par ailleurs

souvent laissé les salariés dont les postes avaient été préservés avec un rapport au collectif dégradé.

- La montée du travail précaire, des contrats courts, a recomposé des communautés professionnelles dans lesquelles les mécanismes de coopération peinent souvent à s'installer.

Cette problématique concerne aussi les communautés professionnelles mixtes (contrats stables/courts) : l'hétérogénéité du statut dans l'emploi induit des logiques de rapport au travail différentes qui compliquent l'identification à un collectif contribuant à une « œuvre commune ».

- L'évaluation individualisée des performances, permise par le reporting, décourage la coopération à double titre. D'une part, parce qu'en réduisant la contribution de chacun à l'atteinte d'objectifs chiffrés, elle gomme l'épaisseur du travail et l'étendue des questions que soulève l'appréciation du « travail bien fait ». D'autre part, parce qu'en valorisant exclusivement la performance individuelle, elle fait apparaître le travail collectif au mieux comme une perte de

temps, au pire comme dangereux pour celui qui ferait bénéficier les autres de son expérience (Dejours, 2003).



Contre-tendances & bifurcations possibles

Même dans des milieux de travail très dégradés, des capacités de dégagement existent. Par exemple, lorsque la discussion est ramenée sur la qualité du travail, ce qui apparaissait initialement comme des conflits de personnes reprend son statut de question de métier : un objet sur lequel on peut être en désaccord, mais qui fait commun, et à partir duquel le collectif de travail peut se développer. On peut imaginer que l'expérimentation du télétravail à grande échelle pendant la crise sanitaire modifie la perception sociétale de l'importance des collectifs de travail. La suspension (au moins temporaire) des collectifs physiques étant vécue comme un soulagement pour certains professionnels, comme une gêne pour d'autres, certains collectifs s'étant avérés

plus soutenant en distanciel et d'autres moins... la question de « quel collectif nous avons envie/besoin de vivre au travail (au bureau ou en distanciel) » pourrait être plus largement posée, et peut-être même envisagée comme un aspect des projets d'organisation/ d'entreprise.

Impacts sur le travail

Les collectifs de travail sont le lieu où se partagent, se débattent, se disputent, s'élaborent et se transmettent les gestes de métier qui permettent à chacun d'enrichir son activité.

De nombreux travaux, en gestion (Detchessahar, 2019), en ergonomie (Caroly, 2010), en psychologie et sociologie du travail (Clot, 1999, Lhuillier, 2010) montrent leur rôle dans l'efficacité des organisations et la construction de la santé au travail. Sans se recouper, les deux questions sont liées. Pouvoir se reconnaître dans son travail – ou du moins ne pas en avoir honte – est nécessaire pour rester en bonne santé (Clot, 2008). À cela s'ajoute le rôle des collectifs de travail en matière de transmission des « savoir-faire de prudence » (Cru, 2014). Situés du côté de l'intelligence pratique, du corps, ils relèvent des savoir-faire incorporés, souvent non-

conscients, mais très utiles pour prévenir l'accident, la faute, la fatigue...



Enjeux pour la société

Le risque à ne pas prendre suffisamment soin de l'activité déontique des collectifs est de laisser les professionnels seuls face aux épreuves du travail (pathologies de la solitude au travail) ou de voir les collectifs de travail s'absorber dans une fonction défensive : tenir à distance ce qui fait souffrir pour ne pas tomber malade mais en retour s'interdire de penser ce qu'il faudrait transformer.



Enjeux pour les collectivités publiques territoriales

Sans minimiser les difficultés propres aux situations de travail dans les collectivités territoriales (du côté de la déréalisation des prescriptions en particulier), force est de constater qu'un certain nombre d'évolutions que nous avons listées comme conduisant à une fragilisation des collectifs de travail (restructurations, évaluation individualisée des performances) y sont moins marquées que dans le secteur privé. Cela est également vrai, dans une certaine mesure pour le travail précaire, même si la contractualisation fait bouger les lignes. Un atout (ou une absence de handicaps) à cultiver pour une efficacité organisationnelle et une santé au travail renforcées ? À noter : alors que la souffrance au travail semble très répandue dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, il convient de rappeler que dans des professions où les dilemmes de l'activité exposent à la souffrance éthique le développement du collectif de travail est particulièrement crucial.



QVT et BET : vision « totale » ou « totalitaire » de la santé au travail ?

La valeur d'épanouissement personnel a gagné en légitimité et progressivement pénétré le monde du travail. La dimension psychologique de la personne est davantage prise en compte, de même que son bien-être. Les missions de travail, les organisations et les outils se réorganisent à partir des notions de « qualité de vie au travail » (QVT) ou « bien-être au travail » (BET), au risque parfois de diffuser dans le monde du travail une injonction au bonheur contreproductive.



La tendance en bref

Dans les années 1990, les conditions de travail font l'objet d'une vague de critiques portant sur l'organisation du travail et les nouveaux modes de management. Monte dans le débat public la question du « management par le stress et du harcèlement au travail », thèmes qui déplacent progressivement la perception des risques professionnels du champ physique à celui du psychique et aux rapports interindividuels. La notion de harcèlement moral fait son apparition dans la Loi de modernisation sociale de 2002. La question du stress au travail s'institutionnalise en 2004³⁰ puis en 2008 avec la signature d'un important accord interprofessionnel. Au début des années 2000 se développe l'expression de risques psychosociaux ou RPS. Regroupant les violences et le stress induits par l'activité, l'organisation ou les relations de travail, elle se diffuse rapidement et s'impose comme une dimension réglementaire de la prévention de santé au travail³¹. Autre signe de l'extension du domaine de la santé, la loi de 2002 qui modifie l'expression « services médicaux du travail » en « service de santé au travail »

et adjoint au terme « santé » les qualificatifs « physique et mentale ». La conception de la santé au travail dépasse le seul registre de la maladie physique ou psychique pour englober celui du bien-être, conformément à la définition de l'OMS. Ainsi, la santé, y compris au travail, « est une dynamique de construction du bien-être physique, psychique et social et ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité »³². Appuyant cette évolution, les notions de bien-être au travail (BET) et de la qualité de vie au travail (QVT) se développent en France. Le BET fait référence « à un sentiment général de satisfaction et d'épanouissement dans et par le travail »³³. Quant à la QVT, elle concerne l'ensemble des dimensions de la vie des salariés (égalité professionnelle, conciliation des temps, diversité, etc.) et s'appuie sur leur participation. Suivant l'évolution de la société française, BET et QVT se sont diffusées dans la littérature institutionnelle sans toutefois s'imposer réellement dans la réglementation.



Contre-tendances & bifurcations possibles

Des critiques dénoncent une « psychologisation » du travail. Elles visent en particulier la façon dont la dimension politique des rapports de travail a été évacuée par une nouvelle lecture psychologique des rapports interpersonnels qui fragilise la personne en la rendant davantage responsable de son état. Selon la professeure de psychologie sociale Pascale Molinier, « on utilise le psychologue pour faire du contrôle social, pour adapter les humains à des contextes hostiles » (Le Monde, 20/01/2016) alors qu'il serait préférable de travailler la qualité du management. Mais deux arguments viennent à l'appui du développement de cette tendance. Économique, d'abord. Les organisations mettant en œuvre des approches BET ou QVT seraient plus efficaces et, selon une étude de Malakoff Médéric (2014), 48 % des dirigeants verraient la QVT comme un « levier de compétitivité ». Ensuite, il y a un marché du bien-être au travail, au sens large, poussé par des cabinets d'audit. Si leurs propositions se construisent en partie sur

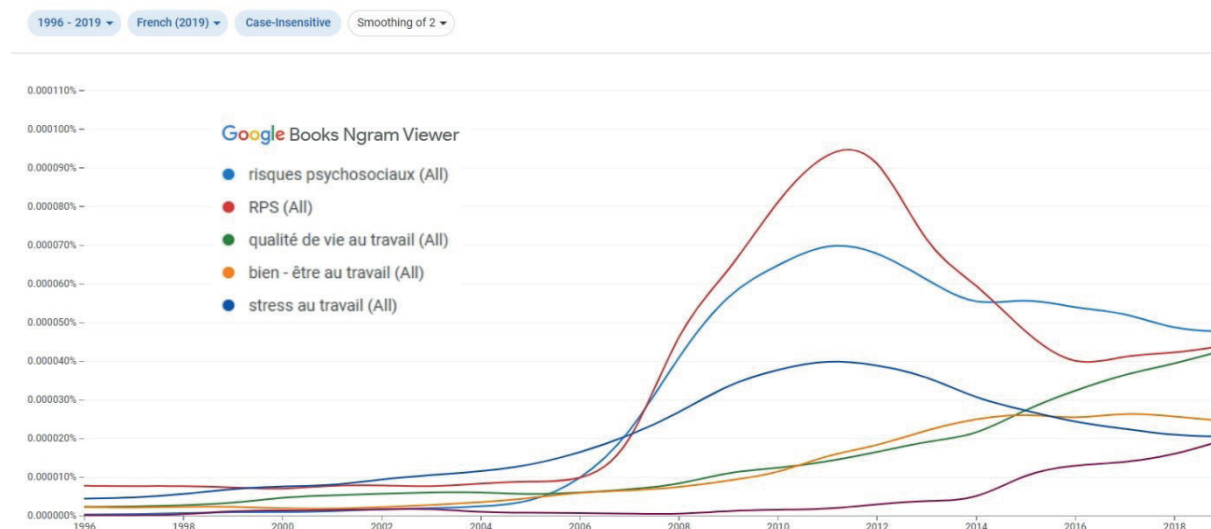
les obligations réglementaires (notamment l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux) et sur les incitations des grands instituts de santé et de travail (en particulier l'ANACT et l'INRS), leurs impératifs économiques sont en eux-mêmes des leviers de croissance du secteur.

Impacts sur le travail

Les démarches QVT et BET ont une dimension systémique engageant les questions de santé, d'égalité, de management, de gestion des ressources, etc.

La santé au travail n'en est qu'un des aspects, et passe d'un enjeu de réparation ou de la prévention des troubles physiques ou psychiques à « une logique de promotion de la qualité de vie au travail »³⁶. Cette approche qui amène les employeurs à développer une vision extensive et globale de la santé au travail (articulation des temps, qualité de l'environnement, etc.) peut contribuer à une amélioration de la santé des personnes. Mais pour certains chercheurs, la tendance dans laquelle s'inscrivent QVT et BET a des impacts nocifs. La sociologue Éva Illouz³⁷ décrit ainsi un soft power de la psychologie

positive qui participe au contrôle social. Les Chief Happiness Officers incarnent une entreprise « prescriptrice » d'un mode de vie qui enjoint au bonheur et qui peut s'avérer dévastateur pour les personnes en les renvoyant à leur incapacité (à s'adapter, à gérer leurs émotions, etc.). À l'inverse peut-on imaginer que la légitimation du besoin d'épanouissement des individus devenant envahissante, elle pourrait mettre en échec les organisations (bloquer des équipes, complexifier le management, etc.) ?



Lecture : Sur ce graphique indiquant la fréquence d'apparition des termes notés à gauche dans un échantillon d'ouvrages rédigés en français, on voit nettement l'apparition d'un intérêt nouveau autour de la dimension psychologique au travail.



Enjeux pour la société

Il paraît impossible de refuser de prendre en compte les notions de « bonheur », de « bien-être », etc., tant elles formatent puissamment nos représentations. L'enjeu collectif est donc de se situer dans la recherche d'un équilibre pour que la prise en compte du bien-être au travail ne se transforme pas en un levier de « contrôle » des personnes, mais demeure un levier d'émancipation.



Enjeux pour les collectivités publiques territoriales

Malgré le rejet de l'accord-cadre de 2015 sur la QVT, la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), en lien avec l'ANACT, pousse les fonctions publiques à engager des démarches QVT³⁸. L'ANACT et la MGEN pointent au moins trois enjeux spécifiques. Le premier sur le sens du travail des agents, et notamment à partir de la question de la qualité du service public. Un second sur le management, souvent très descendant dans les grandes collectivités, et qui devrait laisser plus de place à la participation des agents pour expérimenter de nouvelles formes d'organisation. Enfin, la question des usagers est posée, en particulier celle de savoir comment mieux les associer³⁹.



Un affaiblissement des instances veillant sur la santé au travail : quelle prévention des risques professionnels demain ?

La prévention des risques professionnels fait traditionnellement intervenir deux types d'acteurs : des fonctions placées sous l'autorité du chef d'entreprise et des acteurs tirant leur légitimité du droit du travail, et ayant pour mission de porter le point de vue du personnel (CHSCT, médecine du travail). Ces instances ont longtemps été pensées comme nécessaires pour équilibrer impératifs de santé et de gestion. Mais, depuis une dizaine d'années, leur pouvoir d'agir s'est considérablement réduit.

La tendance en bref

Premier acteur indépendant de la santé au travail en entreprise, la médecine du travail a été institutionnalisée en 1946, avec pour mission exclusive de protéger la santé des salariés des atteintes du travail. Dans la pratique, le positionnement du médecin du travail a toujours été compliqué : censé exercer un contrôle sur le chef d'entreprise, il lui était hiérarchiquement rattaché. Malgré ces limites, les médecins du travail ont joué un rôle essentiel dans la progression de la prévention des risques professionnels. Suivant individuellement l'ensemble des salariés de l'entreprise et participant aux réunions de CHSCT, ils avaient une connaissance fine des milieux de travail et pouvaient réserver un tiers de leur temps à des actions de prévention (aménagement de postes, définition des périmètres de fonctions...). Mais, au cours des dix dernières années, une série de réformes a fortement limité le pouvoir d'agir des médecins du travail. Absorbés

par les tâches de management au sein de services de santé au travail, ils ne suivent plus l'ensemble des salariés mais seulement ceux qui sont positionnés sur des postes dits « à risque » (soit 20 % environ d'entre eux). Pour les 80 % restants, les visites périodiques à la médecine du travail ont été espacées et sont prises en charge par des infirmiers du travail ou des médecins de ville agréés, qui n'ont pas de connaissance des milieux de travail concernés. Autre contre-pouvoir en matière de prévention, les CHSCT, créés par les lois Auroux (1982), ont depuis 2015 vu leurs prérogatives considérablement réduites. À l'occasion de la Loi de Sécurisation de l'Emploi (2015), les instances représentatives du personnel ont en effet perdu la possibilité de bloquer la mise en œuvre d'un projet de réorganisation. Depuis les ordonnances Macron (2017), les CHSCT ne peuvent plus non plus commanditer d'expertise indépendante pour apprécier l'impact des

projets dits « importants » (passage au télétravail, projet de déménagement, réorganisation...) ⁴⁰. Enfin, et surtout, la fusion avec les Comités d'entreprise au sein des Comités Social d'Entreprise, s'est traduite, dans la plupart des entreprises, par une diminution du nombre de représentants du personnel siégeant dans les instances et pouvant effectuer une veille de terrain.

Contre-tendances & bifurcations possibles

Si les acteurs traditionnels de prévention sont aujourd'hui en perte de vitesse, on voit ici et là poindre de nouvelles formes de dialogue social sur l'organisation du travail. Chez Renault-Flins par exemple, un système de référents élus par les salariés a été mis en place, de façon à ce que les problèmes d'organisation du travail rencontrés sur les chaînes de production soient remontés et traités par le management. Cette organisation, qui devrait être étendue à

d'autres entités du groupe, vise à la fois l'amélioration de la qualité du travail et de la qualité de vie au travail (Bonnefond, 2019). Rien n'est en effet pire, du point de vue de la santé, que d'avoir le sentiment de ne pas faire du « bon boulot ».

Impacts sur le travail

La médecine du travail et les CHSCT se sont historiquement imposés comme des acteurs légitimes pour porter un point de vue sur l'organisation du travail alternatif à celui de l'employeur. Leur présence dans

l'entreprise obligeait à prendre en compte l'impact sur la santé de l'organisation du travail. Contraignant pour l'employeur, ce système avait l'avantage de s'inscrire dans une logique de prévention primaire, consistant à prévenir les atteintes du travail sur la santé plutôt que de (tenter) d'en réparer *a posteriori* les méfaits.

Avec la perte d'influence de la médecine du travail et des CHSCT, on peut craindre que la prévention primaire ne demeure un vœu pieux. Que ce soit au niveau français ou européen, tous les textes législatifs le soulignent : il est bien préférable, à la fois sur

le plan économique et humain, d'adapter le travail à l'homme, plutôt que d'adapter l'homme au travail. L'accord national interprofessionnel (ANI) santé au travail qui vient d'être négocié (décembre 2020) met de nouveau l'accent sur la prévention primaire. Mais comment opérationnaliser cet objectif, sans relais pour les décliner concrètement en entreprise ?



Enjeux pour la société

Faute d'interlocuteurs à même d'animer un dialogue social de qualité sur la santé au travail, on peut craindre que celui-ci ne se réduise au partage des responsabilités juridiques. C'est malheureusement l'impression qu'ont donné les négociations du dernier ANI sur la santé au travail (décembre 2020). L'essentiel des discussions ont en effet porté sur la responsabilité légale de l'employeur (maintien de l'obligation de résultats ou retour à l'obligation de moyens) et sur le périmètre des risques professionnels couverts (incluant ou excluant les risques psycho-sociaux).



Enjeux pour les collectivités publiques territoriales

La crise de vocation que suscite la médecine du travail touche aussi, et peut-être plus encore, la fonction publique. Aux difficultés générales de la profession, s'ajoutent des conditions de travail dégradées par l'austérité budgétaire et un niveau de rémunération inférieur à celui du privé.

Pourtant, la fonction publique semble avoir une carte à jouer en matière de co-construction des politiques de santé au travail. Le statut du médecin du travail y est plus cohérent que dans le secteur privé. Le médecin de prévention (de la fonction publique), contrairement au médecin du travail (du secteur privé), ne réalise pas d'examen d'aptitude. Sa fiche de poste ne l'expose pas aux mêmes conflits d'intérêt que son homologue du secteur privé.

De la même façon, les dix amendements portés conjointement par une coordination d'employeurs territoriaux et d'organisations syndicales, pour amender le décret sur les futurs comités sociaux territoriaux dans un sens favorable aux CHSCT, donnent à voir une autre tradition de dialogue social autour des conditions de travail. Par ces amendements, cette coordination tentait en effet de préserver une instance qui du point de vue des employeurs comme des organisations syndicales, jouait un rôle positif. Même s'ils n'ont pas été retenus, ils dénotent d'un acquis sur lequel la fonction publique peut sans doute s'appuyer pour porter une vision de la construction des politiques de prévention dans laquelle une diversité de points de vue puisse se faire entendre.



Notes & Bibliographie

Notes de bas de page :

1. Sur l'histoire du *burn-out* : V. Kovess-Masfetya et L. Saunderb, « Le *burn-out* : historique, mesures et controverses », Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, vol.78, n°1, 2017.
2. Ch. Maslach et S. Jackson, *The Measurement of Experienced Burn-out*, Journal of Organizational Behavior 2(2), 1981.
3. Voir ICD-11 Coding Tool (https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release).
4. J.-P. Olié et P. Légeron, « Le Burn-out », Académie nationale de médecine, 2016.
5. Plusieurs projets de loi, notamment en 2018 par F. Ruffin, en 2016 par B. Hamon.
6. Aujourd'hui, la reconnaissance du caractère professionnel des maladies psychiques « passe par un système dérogatoire devant un CRRMP [Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles]. Deux conditions particulièrement restrictives doivent être satisfaites. La pathologie doit : 1) être « essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime » ; 2) entraîner « le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé ». La maladie doit entraîner un taux d'incapacité permanente partielle d'au moins 25 % ou le décès de la victime », Michalletz, « Le burn-out doit-il être inscrit dans un tableau de maladies professionnelles? », La Semaine Juridique Social, n° 5, 2016.
7. Chamoux A. et Vilmant A., « Considérations sur le burn-out en milieu de travail », Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, vol. 201, Issues 7-9, 2017.
8. Sebaoun G., Rapport d'information consacré au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out), Assemblée nationale, 2017.
9. M. Rioux, « La reconnaissance des maladies professionnelles, une procédure opportunément restrictive », Médecine & Droit, 2017 (146-147).
10. J.-P. Olié et P. Légeron, op. cit.
11. Chiffres cités dans A. Chamoux et A. Vilmant, op. cit.
12. Sebaoun G., Rapport d'information consacré au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out), Assemblée nationale, 2017.
13. Chamoux A. et Vilmant A., op. cit.
14. Groupe pluridisciplinaire formé par la Direction générale du travail (DGT) avec l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), des enseignants-chercheurs et experts de terrain (médecin du travail, docteur en psychologie du travail) qui a rédigé le Guide d'aide à la prévention, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out, Mieux comprendre pour mieux agir, 2015
15. INSEE Première, 1584, février 2016
16. Haines Michael R. Déclin de la mortalité et conditions de travail. Annales de démographie historique, 1989. Le déclin de la mortalité.
17. Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, rapport au Premier ministre par Ch. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, avec l'appui de H. Lanouzière, 2018.
18. INSEE Première, op. cit.
19. Lang T. et Ulrich V. (dir.), 2017 : Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016, DRESS
20. Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent, Observatoire des inégalités, 14 avril 2020.
21. Laurent Vogel, « Santé au travail : stratégie européenne et dynamique des acteurs », dans La santé au cœur des transformations du travail (coord. P. Reman, F. Ladrière et P. Feltesse), Cahiers du CIRTES n° 1, 2009, Presses universitaires de Louvain.
22. « Plusieurs retraites universelles sont possibles », Le Monde, 7 décembre 2019.
23. Rapport 2012, ARSR Rhône-Alpes-Ville de Lyon
20. Idem
25. Les chiffres de la Dares ne prennent pas en compte le suivi informatisé, car il n'a été suivi par l'enquête SUMER qu'à partir de 2005. En 2016, il concernait environ un tiers des salariés.
26. Selon le baromètre Pragma, La Gazette, Emploipublic.fr, 72 % des agents de la fonction publique territoriale déclarent interrompre leur tâche fréquemment pour une autre plus urgente (dont 36 % très fréquemment).

27. L'indicateur retenu prend en compte le soutien du management, l'entraide entre collègues et les « comportements hostiles » (injures, menaces, violence physique, harcèlement sexuel...).
28. C'est ce dont témoignent les experts pour le Comité d'Entreprise qui interviennent sur des projets de réorganisation, avec les mêmes prérogatives en termes d'accès à l'information que le Commissaire aux Comptes. ;
29. Baromètre Pragma, La Gazette, Emploipublic.fr.
30. Par la signature d'un accord-cadre européen sur le stress au travail.
31. Enquête de suivi des Conditions du travail – Risques psychosociaux par la DARES, obligation faite à l'employeur d'évaluer les RPS (articles L 4121-1 à 5 du Code du travail). L'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique signé le 22 octobre 2013 oblige chaque employeur public à élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS.
32. Pour l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.
33. Masse, Max. « Fonction publique, la qualité de vie au travail (QVT) quitte le côté obscur », Gestion & Finances Publiques, vol. 3, no. 3, 2017.
34. « Risques psychosociaux, bien-être et qualité de vie au travail », Décryptage, INRS, 2019.
35. Signé pour 3 ans, l'ANI du 19 juin 2013 Qualité de vie au travail n'a pas été renouvelé.
36. Pascale Lagesse, avocate, dans Les Cahiers Lamy du CE, n° 125 – avril 2013
37. Voir en particulier Edgar Cabanas, Éva Illouz, Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies, Premier Parallèle, 2018.
38. Voir Guide de la qualité de vie au travail – Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT, mars 2019.
39. Comprendre La QVT dans la Fonction Publique, plateforme « Santé-travail fonction publique » (www.santetravail-fp.fr).
40. Théoriquement, ce droit existe toujours, mais dans la mesure où le CHSCT doit désormais financer cette expertise (auparavant financée par l'employeur) sur son propre budget, il ne peut qu'exceptionnellement être mobilisé.

Références et bibliographie :

- Berthet M. & Cru D. (2003), *Travail prescrit, travail réel et santé au travail*, Travail et Emploi, n°96.
- Blanpain N. (2016), *Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers*, INSEE.
- Chamoux A. et Vilmant A. (2017), *Considérations sur le burn-out en milieu de travail*, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, vol.201, Issues 7-9.
- Eurofound (2018), *Burn-out in the workplace: A review of data and policy responses in the EU*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Haines Michael R. (1989), *Déclin de la mortalité et conditions de travail*, Annales de démographie historique.
- Kovess-Masvetya V. et Saunderb L. (2017), *Le burn-out : historique, mesures et controverses*, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, vol.78, n°1.
- Lang T. et Ulrich V. (2017), *Les inégalités sociales de santé*, Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016, DRESS.
- Lecoq C., Dupuis B., Forest H., et Lanouziere H. (2018), *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, rapport au Premier ministre*.
- Maslach C. et Jackson S. (1981), *The Measurement of Experienced Burn-out*, Journal of Organizational Behavior 2 (2).
- Michalletz M. (2016), *Le burn-out doit-il être inscrit dans un tableau de maladies professionnelles?*, La Semaine Juridique Sociale, n°5.
- Observatoire de la santé des Lyonnais (2012), Rapport 2012, ARSR Rhône-Alpes-Ville de Lyon
- Observatoire des inégalités (2020), *Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent*, Observatoire des inégalités.
- Olie J-P. et Legeron P. (2016), *Le Burn-out*, Académie nationale de médecine.



- Piketty T. (2019), *Plusieurs retraites universelles sont possibles*, Le Monde.
- Rioux M. (2017), *La reconnaissance des maladies professionnelles, une procédure opportunément restrictive*, Médecine & Droit (146-147).
- Sebaoun G. (2017), *Rapport d'information consacré au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out)*, Assemblée nationale.
- Vogel L. (2009), *Santé au travail : stratégie européenne et dynamique des acteurs*, in La santé au cœur des transformations du travail (coor. Reman P., Ladriere F. et Feltesse P.), Cahiers du CIRTES n°1, Presses universitaires de Louvain.
- Caroly S. (2010), *Activité collective et réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail*, Habilitation à diriger les recherches, https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/464801/filename/HDR_Caroly.pdf
- Clot Y. (1999), *La fonction psychologique du travail*, PUF.
- Clot Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, PUF.
- Cru D. (2014), *Le risque et la règle*, ERES.
- Dejours C. (2003), *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Paris, INRA Éditions
- Detchessahar, M. (2019), *L'entreprise délibérée*, Nouvelle Cité.
- Lhuillier (2010), *L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail*, Sciences Sociales et Santé, n°28 (2).
- Ughetto P. (2011), *Risques psychosociaux : quelles réalités, quels enjeux pour le travail ?*, Octarès, pp.49-75.



WWW.

RETROUVEZ
TOUTES LES ÉTUDES SUR

MILLENAIRE3.

COM

MÉTROPOLE DE LYON
DIRECTION DE LA PROSPECTIVE
ET DU DIALOGUE PUBLIC
20 RUE DU LAC - 69399 LYON CEDEX 03